



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde
relativamente ao brincar como estratégia de alívio
da dor na criança.**

Maria Leonor Rosa Roque Castelo

Guarda
2013



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem, com Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Elaboração:

Maria Leonor Rosa Roque Castelo

Orientação:

Professora Adjunta, Mestre Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra

Coorientação:

Professora Coordenadora, Mestre Maria Fernanda Neto Saraiva Ribeiro Cruz

Guarda
2013



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde
relativamente ao brincar como estratégia de alívio da
dor na criança.**

Maria Leonor Rosa Roque Castelo

Guarda
2013



Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico da Guarda
I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

A Perceção dos enfermeiros do Centro de Saúde relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Dissertação de Mestrado para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem,
com Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

Elaboração:

Maria Leonor Rosa Roque Castelo

Orientação:

Professora Adjunta, Mestre Paula Cristina do Vale Lopes Pissarra

Coorientação:

Professora Coordenadora, Mestre Maria Fernanda Neto Saraiva Ribeiro Cruz

Guarda
2013

LISTA DE SIGLAS

ANAES	<i>Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé</i>
APED	Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
DGS	Direção Geral de Saúde
EACH	Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas
EDIN	<i>Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né</i>
EMLA ®	Eutectic Mixture of Local Anesthetics
EN	Escala Numérica
EVA	Escala Visual Analógica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FPS	Face Pain Scale
FPS -R	Face Pain Scale - Revised
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
MPQ	Questionário McGill de Dor
NS/NR	Não sabe/ Não responde
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Objective Pain Scale
PIPP	Premature Infant Pain Profile
RN	Recém- Nascido
SNC	Sistema Nervoso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Science
TA	Tensão Arterial
ULS	Unidade Local de Saúde

AGRADECIMENTOS

Ao findar esta meta de formação e investigação académica, importa reconhecer todos os que me apoiaram neste percurso e que tornaram possível a caminhada até aqui. Por isso, quero deixar os meus sinceros agradecimentos, ainda que simbolizem muito pouco em comparação com a grandeza do contributo que recebi.

- À Professora Fernanda Cruz, pela coorientação, disponibilidade sempre presente e o apoio dado na realização deste trabalho;
- À Professora Paula Pissarra, pela orientação e o apoio na elaboração do mesmo.
- Ao Ex^o. Senhor Presidente do Conselho de Administração da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, pela sua disponibilidade e por permitir a recolha de dados;
- A todos os enfermeiros dos Agrupamentos de Centros de Saúde Pinhal Interior Sul e Beira Interior, que colaboraram no preenchimento dos questionários, tornando possível o presente trabalho;
- Aos profissionais que colaboraram na recolha dos questionários;
- Aos meus filhos, por todas as horas que não passei com eles e que eram deles por direito. Os seus sorrisos, carinhos, beijos e abraços, tornaram este trabalho possível;
- Aos meus pais, que sempre me apoiaram e ampararam nos momentos difíceis e me incentivaram a continuar;
- Ao meu marido, pela paciência ao longo do curso e durante a realização deste trabalho;
- À minha prima Magui, que me deu o seu valioso contributo como enfermeira, auxiliando-me na realização dos trabalhos e nas traduções;
- A todos os colegas e amigos que me incitaram a nunca desistir e particularmente aqueles em quem mais me apoiei e que mais me apoiaram neste trabalho, pelas sugestões, críticas, apoio e amizade demonstrada

A todos **MUITO OBRIGADA!**

edare dolorem divinum opus est
Hipócrates

*Brincar sempre para experimentar e um dia ir buscar.
Brincar para entrar em contato com a própria vontade para então conseguir decidir.
Brincar com liberdade plena para imaginar e criar para um dia vir a construir.
Brincar imitando para aprender a aprender.
Brincar com a fantasia para perceber que se é capaz de transformar, perdendo e cooperando
para saber viver pacificamente.
Brincar sentindo alegria, medo, frustrações, felicidade, amor e ódio para um dia poder vir a
perdoar.
Brincar sempre, para toda a vida.*

(Aflalo, 2004)

ÍNDICE DE FIGURAS

	Folha
Figura 1 – Neurofisiologia da dor -----	47
Figura 2 – Teoria do Portão de Melzack e Wall -----	48
Figura 3 – Expressão facial de dor -----	52
Figura 4 – Manifestação de Dor no Recém-Nascido -----	53
Figura 5 – Escala das Faces de Wong-Baker -----	72
Figura 6 – Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) -----	73
Figura 7 – Escala Visual Analógica (EVA) -----	73
Figura 8 – Questionário McGill (MPQ) -----	75
Figura 9 – Contorno do Corpo -----	76
Figura 10 – Escala Analgésica da OMS -----	78
Figura 11 – Estratégias farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros no seu Centro de Saúde, para o alívio da dor na criança-----	131

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Folha
Gráfico 1 – Distribuição percentual da população quanto ao <i>Género</i> -----	108
Gráfico 2 – Histograma representativo da <i>Idade</i> -----	109
Gráfico 3 – Distribuição percentual da população pelos <i>Centros de Saúde onde exercem função</i> -----	110
Gráfico 4 – Distribuição percentual da população por <i>Área de prestação de Cuidados</i> -----	112
Gráfico 5 – Histograma representativo do <i>Tempo de Experiência Profissional</i> -----	113
Gráfico 6 – Distribuição percentual da população por formação profissional na área da Dor Pediátrica -----	114
Gráfico 7 – Representação das respostas à questão <i>Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde</i> , por Centro de Saúde ---	127
Gráfico 8 – Representação das respostas à questão <i>Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança</i> , por Centro de Saúde-----	130
Gráfico 9 – Representação das respostas à questão <i>Descrever as estruturas utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde</i> , por Centro de Saúde.-----	135

ÍNDICE DE QUADROS

	Folha
Quadro 1 – Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) -----	67
Quadro 2 – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) -----	68
Quadro 3 – Premature Infant Pain Profile (PIPP) -----	69
Quadro 4 – Objective Pain Scale (OPS) -----	69
Quadro 5 – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) -----	70
Quadro 6 – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability - Revised (FLACC – R) ----	71
Quadro 7 – Escala Numérica (EN) -----	74
Quadro 8 – Distribuição da população pelos diferentes Centros de Saúde-----	102
Quadro 9 – Caracterização da população quanto ao <i>Género</i> -----	108
Quadro 10 – Caracterização da população quanto à <i>Idade</i> -----	109
Quadro 11 – Caracterização da população relativamente aos <i>Centros de Saúde onde exercem funções</i> -----	110
Quadro 12 – Caracterização da população por <i>Área de Prestação de Cuidados</i>	111
Quadro 13 – Caracterização da população por <i>Outra área da prestação de cuidados</i> -----	112
Quadro 14 – Caracterização da população por <i>Tempo de experiência profissional</i> -----	113
Quadro 15 – Caracterização da população por <i>Formação profissional na área da Dor Pediátrica</i> -----	113
Quadro 16 – Distribuição das respostas à questão: <i>onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica</i> -----	114
Quadro 17 – Distribuição das respostas à questão: <i>qual foi o outro tipo de formação onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica</i> -----	114
Quadro 18 – Distribuição das respostas à questão: <i>Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde</i> -----	122
Quadro 19 – Distribuição das respostas à questão <i>Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde, por categorias e subcategorias</i> -----	123
Quadro 20 – Distribuição das respostas à questão <i>Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde por Centro de Saúde</i>	126

Quadro 21 – Distribuição das respostas da população quanto à questão <i>Descreva as razões porque brincar pode aliviar a dor na criança</i> -----	127
Quadro 22 – Distribuição das respostas à questão <i>Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança</i> , por categorias e subcategorias -----	128
Quadro 23 – Distribuição das respostas à questão <i>Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança</i> , por Centro de Saúde -----	130
Quadro 24 – Distribuição das respostas à questão <i>Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança no seu Centro de Saúde</i> -----	131
Quadro 25 – Apresentação das Estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança segundo os enfermeiros dos Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco -----	132
Quadro 26 – Distribuição das respostas à questão <i>Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, nos Centros de Saúde</i> , por Centro de Saúde -----	135

RESUMO

A dor é uma das principais causas de sofrimento na criança, envolvendo uma multiplicidade de fatores, tendo consequências diretas no seu desenvolvimento. Tem como causa direta a doença, mas pode estar relacionada com procedimentos potencialmente dolorosos, resultantes da manipulação para exames complementares de diagnóstico, prevenção e/ou tratamentos.

Atualmente observa-se uma crescente utilização de estratégias não farmacológicas como forma de prevenir e tratar a dor pediátrica e apesar de não substituir as farmacológicas, o seu efeito deve ser muito valorizado. É necessário compreender a gênese da dor e conhecer as estratégias não farmacológicas no seu controlo e adequa-las a cada fase do desenvolvimento infantil. O brincar como reconhecida atividade de desenvolvimento humano e de valor terapêutico é a estratégia não farmacológica que melhor se aplica neste contexto.

O presente estudo visa analisar a percepção atribuída pelos enfermeiros dos Centros de Saúde da influência da Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança. Estudo tipo exploratório-descritivo, com recurso a análise quantitativa e qualitativa de conteúdo, em que os dados foram obtidos através da aplicação de um questionário constituído por 3 partes: dados pessoais/profissionais; perguntas fechadas e perguntas abertas, sobre a percepção dos profissionais em relação ao brincar no Centro de Saúde, como estratégia de alívio da dor na criança. O estudo contou com uma população de 88 enfermeiros, em exercício de funções. Verificaram-se diferenças entre os dois géneros, observando-se maior participação no género feminino (90,9%). A média de idades entre os enfermeiros em estudo foi de 39,9 anos. O Centro de Saúde onde se verificou maior participação foi o de Castelo Branco. A maioria dos inquiridos presta cuidados diretos a crianças (72,7%), concluindo ter em média 17 anos de experiência profissional. No entanto, 85,2% dos enfermeiros participantes no estudo responderam não possuem formação profissional na área da dor pediátrica. A importância do brincar como estratégia de alívio da dor na criança foi reconhecida por criar elos de ligação à criança/família (N60), fundamentalmente pela importância em criar confiança/empatia entre o enfermeiro/criança (N40). Pelo brincar como estratégia de alívio da dor é reconhecido predominantemente a distração (N40), o autocontrolo e a autoconfiança perante a dor (N11). As estratégias aplicadas pelos enfermeiros nos Centros de Saúde são maioritariamente não farmacológicas (N149), sendo o brinquedo e o jogo (N49), o suporte emocional (N46) e a familiarização com o material antes do procedimento doloroso (N30) as mais mencionadas. De um modo geral, os

enfermeiros que participaram no estudo têm percepção que o brincar é uma estratégia de alívio da dor na criança importante a ser aplicada no Centro de Saúde, no entanto concluímos que as opiniões são divergentes entre os enfermeiros dos diferentes Centros de Saúde. O estudo ainda concluiu que não existe relação entre a idade e o tempo de serviço dos enfermeiros e a percepção do brincar como estratégia de alívio da dor na criança nos Centros de Saúde. Sendo estas concordantes com as opiniões dos diferentes autores consultados.

Palavras-chave: Criança; Enfermeiros; Dor; Brincar; Centro de Saúde.

ABSTRAT

Pain is a major cause of suffering in children, it involves a multitude of factors that has direct consequences on their development. Her direct cause is the disease, it can be related to potentially painful procedures, resultant from handling exams for diagnosis, prevention and / or treatment.

Currently there is a growing use of non-pharmacological strategies as a way to prevent and treat pediatric pain and, despite not replace pharmacological, its effect should be highly valued. It is necessary to understand the genesis of pain and knowing the non-pharmacological strategies, in its control and fits it to every stage of child development. Playing as a recognized activity of human development and therapeutic value is a non-pharmacological strategy that better applies in this context.

This study aims to analyze the perception given by nurses in health centers of influence Unidade Local de Saúde de Castelo Branco (ULS), using the play as a strategy for pain relief in children. Exploratory descriptive study, using quantitative and qualitative analysis of content, in which the data were obtained through a questionnaire consisting of 3 parts: personal and professional data; closed questions and open questions about the perception of professionals play in relation to the Health Center, as a strategy for pain relief in children. The study included a population of 88 nurses on duty. There are differences between the two genders, with a greater participation of females (90,9%). The average age of nurses in the study was 39,9 years. It was in Castelo Branco's Health Centre where there was a greater participation. Most respondents provide direct care to children (72,7%), concluding take average 17 years of professional experience. However, 85,2% of the nurses in the study participants answered they have no professional training in the area of pediatric pain. The importance of play as a strategy for pain relief in children has been recognized for creating linkages to the child/family (N60), based on their importance in creating trust/empathy between nurse/child (N40). By playing as a strategy for pain relief is predominantly recognized distraction (N40), self-control and self-confidence in the face of pain (N11). The strategies implemented by nurses in health centers, are mostly non-pharmacological (N149), so toys and games (N49), emotional support (N46) and familiarity with the material before the painful recognition (N30) were the most mentioned. In general, the nurses who participated in the study have the perception that playing is a strategy for pain relief in children and it's important to be applied at the Health Center, however, we conclude that opinions are divergent among nurses from different Health Centers. The study also concluded that there is

no relationship between age and length of service of nurses and the perception of playing as a relief strategy of pain in children in the Health Centers. These are consistent with the perspectives of the different authors that were consulted.

Keywords: Children, Nurses, Pain, Play, Health Center.

ÍNDICE

	Folha
INTRODUÇÃO	17
CAPITULO I – REVISÃO DA LITERATURA	22
1 – A DOR EM IDADE PEDIÁTRICA	23
1.1 – FATORES QUE INFLUÊNCIAM A VALORIZAÇÃO DA DOR	26
1.2 – ASPETOS HISTÓRICOS DO ESTUDO DA DOR	30
1.2.1 – Evolução da dor ao longo dos tempos	30
1.2.2 – Aspectos históricos da dor na criança	34
1.2.3 – Aspectos históricos da dor na criança em Portugal	36
1.3 – CONCEITOS E TIPOS DE DOR	39
1.4 – NEUROFISIOLOGIA DA DOR	44
1.5 – O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E A DOR	50
1.6 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAR E QUANTIFICAR A DOR NA CRIANÇA	58
1.6.1 – Escalas de Avaliação: apresentação e descrição	64
1.7 – ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA	76
1.7.1 – Estratégias farmacológicas	76
1.7.2 – Estratégias não farmacológicas	79
2 – A CRIANÇA, O BRINCAR E A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	85
2.1 – O BRINCAR E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	90
2.2 – A IMPORTANCIA DO BRINCAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL	92
CAPITULO II – FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA	95
1 – OBJETIVOS DO ESTUDO	96
2 – TIPO DE ESTUDO	98
3 – HIPÓTESES	100
4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	101
5 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS	103

6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS -----	104
6.1 – QUESTIONÁRIO -----	104
6.2 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS -----	105
6.3 – COLHEITA DADOS -----	105
CAPITULO III – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS -----	106
1 – CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA POPULAÇÃO -----	108
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS-----	116
3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS PERGUNTAS ABERTAS -----	122
4 – VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES -----	136
CONCLUSÃO E PISTAS DE ESTUDO -----	144
BIBLIOGRAFIA -----	151
ANEXOS -----	160
ANEXO A – Declaração autorizando a aplicação do questionário elaborado e utilizado pela autora -----	161
ANEXO B – Questionário aplicado no estudo -----	163
ANEXO C – Carta dirigida ao presidente do Conselho de Administração da ULS CB pedindo autorização para aplicação dos questionários aos enfermeiros do ACES BIS e PIS -----	170
ANEXO D – Resultados obtidos em relação à percepção dos enfermeiros relativamente ao brincar com estratégias de alívio da dor na criança--	173
ANEXO E – Representação das respostas descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde -----	178
ANEXO F – Teste ANOVA de Kruskal – Wallis para a H1 -----	180
ANEXO G – Resultado do teste do teste Qui – Quadrado, relativamente à H1 -----	185
ANEXO H – Resultados do Coeficiente da Correlação de Pearson da H2 -----	187
ANEXO I – Resultados do Coeficiente da Correlação de Pearson H3 -----	191

INTRODUÇÃO

Tão antiga como a própria humanidade e inerente à vida, a dor é uma das experiências mais temidas e no entanto uma das mais experimentadas. O alívio da dor sempre preocupou o Homem como Ser que cuida do próximo, à luz dos conhecimentos da época e adaptando-se à evolução da humanidade. O desafio passava inevitavelmente por desvendar os mecanismos fisiopatológicos da dor e contornar uma cultura muito enraizada envolvida de mitos, que provocava imensos obstáculos. No entanto, foi mundialmente interessando à comunidade de cientistas, ao longo de décadas e largos foram os passos conquistados no sentido de se descobrir um espaço envolto de mistérios.

Em 1965 foi publicada uma das mais proeminentes teorias da dor, a Teoria do Portão de Melzack e Wall (Batalha, 2010), sem dúvida um passo importante, para a compreensão do fenómeno da dor.

O conceito de *dor* é abstrato quanto à sua evolução, pois até hoje vários foram os investigadores e cientistas que a enunciaram, não chegando a uma definição precisa. A dor representa uma categoria de fenómenos compreendendo muitas experiências diferentes e únicas tendo causas diversas, e caracterizadas por qualidades distintas, variando segundo um certo número de critérios sensoriais e afetivos.

Em 1973, surge a *International Assocional for the Study of Pain* (IASP), reunindo vários grupos profissionais de modo a desenvolver estratégias para o controlo e tratamento da dor. Esta associação refere que a dor é uma experiência desagradável, envolvendo múltiplas dimensões, de carácter sensorial e emocional, que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, podendo ser descrita em função desta lesão (Fonseca e Santos, 2006; Batalha, 2010).

A preocupação pela dor da criança em particular começou a assumir importância no final do século XX, mais concretamente em 1977, altura em que proliferaram relatos entre a diferença no tratamento da dor em crianças e adultos, em condições semelhantes (Fernandes, 2000; Batalha, 2010).

Apesar da criança, poder adquirir estratégias de coping, as repercussões para o seu desenvolvimento resultantes do *stress* e da ansiedade, associados aos procedimentos dolorosos (dor aguda) ou de doença (dor crónica) podem ter consequências físicas e

psicológicas, podendo inclusive atrasar o processo de recuperação e contribuir para aumentar a taxa de mortalidade (Lemos e Ambiel, 2010). Tanto a percepção da dor como as estratégias de coping, estão diretamente relacionadas com a idade e o desenvolvimento cognitivo da criança, podendo a experiência de dor ocorrer desde o período fetal (Batalha, 2010). Desta forma a assistência integral voltada para a criança está presente na grande maioria dos documentos oficiais, que integram as políticas de saúde atuais.

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança reconhece que a infância constitui um grupo vulnerável da população, devendo ser protegida na sua globalidade, inclusive relativamente a questões de saúde (Vasco, Levy e Cepêda, 2009). No seguimento desta, surgiu a Carta da Criança Hospitalizada, que reúne uma lista de direitos da criança referentes ao período envolvente da sua hospitalização, referindo no seu artigo 4º que “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Vasco, Levy e Cepêda, 2009:16).

A Direção Geral da Saúde (DGS) (2003; 2008; 2010) emitiu uma série de recomendações em relação às estratégias de controlo e tratamento da dor, classificando a dor como 5º sinal vital, devendo ser avaliada, registada e ser considerada como uma manifestação clínica, emitindo orientações específicas e particulares relativamente à dor pediátrica.

Atualmente os Centros de Saúde são importantes organismos de prestação de cuidados de saúde pública, dirigidos à criança/jovens e família, atuando na vigilância, no diagnóstico e tratamento desde o nascimento, pretendendo-se que o contato com o enfermeiro se mantenha de proximidade, considerado fator decisivo para a humanização de cuidados (Fonseca e Santos, 2006).

No entanto, apesar de todos estes reconhecimentos a prevenção e o tratamento inadequados da dor ainda são bastantes comuns. Tal fato reflete limitações em conhecer a capacidade da criança em manifestar a sua dor, responder ou perceber o que a incomoda (Batalha, 2010).

A dor nas crianças é, pela sua frequência em causar incapacidade, um verdadeiro problema de saúde pública, que justifica humanização dos cuidados de saúde, uma atuação planeada, organizada e validada cientificamente.

Por esse motivo é um enorme desafio que se coloca a quem sofre e a quem cuida. Neste contexto o controlo da dor na criança/jovem deve ser prática diária dos cuidados

prestados pelos enfermeiros. A avaliação e o registo da dor em pediatria são um dever dos enfermeiros e um direito das crianças que sofrem, por vezes em silêncio.

No entanto, ao longo das duas décadas observaram-se enormes progressos no desenvolvimento da abordagem e controlo da dor na criança.

Acreditamos que a dor está presente com frequência na criança durante a sua permanência no Centro de Saúde, quer devido a doença, quer devido aos procedimentos dolorosos necessários à prevenção ou tratamentos. A imagem dos Centros de Saúde para uma criança como um local de dor, juntamente com o medo natural que tem de ambientes estranhos, permanece na memória de muitos. A ansiedade e o medo que podem envolver alguns tratamentos, vacinas, injeções, pensos, entre outros, refletem-se na construção de processos pouco favoráveis.

Quando pensamos no cuidado à criança não nos podemos limitar às intervenções farmacológicas no controlo da dor. A criança necessita de ser considerada na sua singularidade e de ter ao seu dispor recursos que sejam do seu domínio, de forma a expressar-se livremente, vivenciar e elaborar a sua situação de doença ou procedimento pelo qual vai passar.

O controlo da dor abrange técnicas farmacológicas e não farmacológicas (Batalha, 2003; 2010), existindo várias técnicas não farmacológicas que os enfermeiros podem utilizar autonomamente e em exclusivo, que são importantes e eficazes para o alívio da dor e/ou utilizadas de forma a reforçar sempre que sejam necessárias as medidas farmacológicas (Batalha, 2010).

O brincar é a técnica não farmacológica que destacamos no nosso estudo e que em contexto de instituição de saúde tem vindo a ganhar grande impacto social. A utilização do brincar torna-se um catalisador no processo de adaptação da criança em ambiente de saúde. Os espaços lúdicos, nas instituições de saúde, são socializantes e terapêuticos, na medida em que criam um ambiente propício a fortes ligações entre as crianças, famílias e profissionais de saúde (Carvalho, Fonseca, Begnis e Amaral, 2004). Na instituição de saúde o brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só o desenvolvimento infantil, como também de, através dele, a criança vivenciar o momento que passa na instituição de saúde.

O brincar é a linguagem universal da criança, permitindo que exteriorize os seus sentimentos (Almeida, 2000), apresentando-se para a criança como o recurso que esta tem de compreender o mundo que a rodeia, possibilitando contornar conflitos internos, frustrações e traumas. Capacita a criança de segurança, num ambiente estranho, rodeado de pessoas estranhas; intermedeia na expressão não-verbal da criança, funcionando o brinquedo como

canal de comunicação entre o enfermeiro e a criança. O brinquedo terapêutico é um excelente exemplo desta forma de comunicação, uma vez que durante a execução da técnica ao boneco, a criança transmite sentimentos aos personagens da brincadeira e mesmo aos profissionais, criando uma vivência próxima da sua realidade (Azevedo, Santos, Justino, Miranda e Simpson, 2007).

Aliado ao brincar e numa perspetiva de incentivo à confiança e ao auto controlo devem os enfermeiros no momento da realização dos procedimentos dolorosos, acrescentar um sorriso sincero e um olhar sorridente, de forma a melhorar a aceitação dos cuidados de enfermagem por parte da criança e de tornar o ambiente envolvente mais agradável (Rodrigues e Martins, 2010)

Na perspetiva holística dos cuidados de enfermagem à criança com dor, as atividades lúdicas e a simpatia dos enfermeiros nos Centros de Saúde, propiciam à criança uma melhor aceitação, desenvolvimento e aprendizagem (Azevedo, Santos, Justino, Miranda e Simpson, 2004; Rodrigues e Martins, 2010).

Face ao exposto e atendendo a que, a escolha do tema fosse não apenas pertinente para a investigação em enfermagem, mas também, caminhasse de acordo com as nossas expectativas enquanto profissionais de enfermagem a desenvolver funções no Centro de Saúde de Castelo Branco, foi importante abordar a dor na criança na perspetiva da aplicação do brincar como medida de alívio, acima de tudo na medida em que foi um desafio, já que a dor pediátrica é uma área particularmente complexa, subjetiva, difícil de atender, definir, explicar, avaliar e acima de tudo tão pouco valorizada no nosso contexto profissional. Anexar o brinquedo como estratégia de alívio de dor no Centro de Saúde foi ao mesmo tempo um catalisador de emoções, pois é a única ferramenta que temos ao nosso dispor que chega ao coração das crianças e que nos envolve facilmente com elas.

Ao longo do nosso desempenho como enfermeira de família, nas consultas de Saúde Infantil e na vacinação, aplicámos o brinquedo como método de alívio do *stress* e ansiedade perante os procedimentos dolorosos, levando a considerar viável o estudo em causa. De igual forma contribuíram os estudos publicados, nacionais e internacionais, que serviram de suporte bibliográfico para elaboração da Revisão da Literatura e da Fundamentação Metodológica.

Assim, pretendemos com este estudo *Analisar a perceção dos enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança* e, ainda contribuir para o enriquecimento da formação dos enfermeiros e melhorar a qualidade na prestação dos cuidados à criança com dor.

Nesse sentido desenvolvemos um estudo exploratório descritivo, utilizando como instrumento de colheita de dados o questionário, o qual foi aplicado à população correspondente aos enfermeiros que exercem funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco.

A presente dissertação está organizada em dois capítulos principais: Capítulo I – Revisão da Literatura e Capítulo II – Fundamentação Metodológica. Apresenta-se ainda com um Resumo (Abstract), seguindo-se a Introdução ao estudo.

O Capítulo I aborda os aspetos teóricos fundamentais para a compreensão de toda a problemática da dor na criança, e que serão importantes para a compreensão e análise dos resultados do estudo. No Capítulo II estão descritos os passos referentes à metodologia de investigação, nomeadamente os objetivos, tipo de estudo, hipóteses, população e amostra, variáveis, colheita de dados, análise e interpretação de dados e verificação das hipóteses.

No final apresentam-se as conclusões e pistas de estudo, onde recomendamos algumas sugestões.

CAPITULO I – REVISÃO DA LITERATURA

Segundo Fortin (2000:74) a revisão da literatura “é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação”, visando investigar o tema, esclarecer dúvidas, guiar o caminho a percorrer. No decorrer da revisão da literatura, em cada documento consultado, são analisados os conceitos em estudo, as relações teóricas estabelecidas, o método utilizado e os resultados obtidos. O resumo deste processo fornece os elementos necessários à realização do trabalho de investigação, e estende-se até à fase final, pois poderá ser necessário recorrer a ela na discussão dos resultados finais (Fortin, 2000).

Após grande reflexão sobre o tema, tornou-se necessário a busca de informação a partir de diferentes pontos de vista, com a finalidade de detetar as necessidades da criança com dor e a perspetiva do brincar, como forma de abordagem não farmacológica, contribuindo para o seu bem-estar. A recolha de informação foi flexível, selecionando apenas os dados que no nosso entender viriam a ser úteis à pesquisa. Esta teve por base, um conjunto de literatura atualizada, necessitando de uma análise cuidadosa da temática e contribuindo deste modo, para um bom suporte teórico imprescindível à realização deste trabalho.

1 – A DOR EM IDADE PEDIÁTRICA

A dor é uma experiência universal, individual (única), subjetiva e multidimensional que afeta substancialmente a saúde de quem a vivencia (Batalha, 2010).

O mesmo autor (2003) acrescenta que a dor deverá ser analisada pela subjetividade de quem a vivencia e daquele que presta os cuidados, para o seu alívio. Ambos são influenciados por mitos, crenças, medos, preconceitos, valores culturais e religiosos, que, apesar da evolução da ciência, impedem uma abordagem consciente indispensável ao cuidar humanizado face ao utente com dor.

A dor é o fenómeno que mais tem preocupado a medicina e a biologia, pela sua natureza subjetiva e, paradoxalmente dolorosamente real, habituados a estudar fatos objetivamente quantificáveis. Apesar da evolução nos ideais e paradigmas que orientam a investigação médica e cientista, existe atualmente uma clareza das crenças associadas ao modelo biomédico, levando a subvalorizar a dor, principalmente em pediatria e neonatologia (Cordeiro, Carvalho e Veiga, 2001; Barros 2003).

Vários autores (Barbosa e Lourenço, 2009; Pimentel, 2001; Linhares e Docas, 2010; Cordeiro, Carvalho e Veiga, 2001; Anand e Phil, 2006; Charlton, 2005; McGrath, 2005) identificam claramente as ideias mitológicas e crenças que, enraizadas durante muito tempo na sociedade (incluindo na médica), foram a causa principal, para que a dor em pediatria não fosse devidamente investigada, originando comportamentos inadequados na prevenção, no diagnóstico e no seu alívio.

A ideia de que os prematuros e os recém-nascidos, pela imaturidade do Sistema Nervoso Central (SNC), não teriam maturidade neurológica para conduzir estímulos dolorosos, levaria a pensar que a dor era sentida de forma menos intensa na criança. À luz dessa ideologia, Barros (2003) faz referência às circuncisões realizadas em recém-nascidos bem como outras técnicas invasivas, efetuadas em algumas Unidades de Neonatologia, sem anestesia e analgesia, com consequências clínicas graves e ainda ao subtratamento verificado em crianças e jovens, desvalorizando a medicação prescrita, em quantidade e frequência, por parte dos médicos e enfermeiros, comparativamente ao mesmo tipo de dor apresentada pelos adultos.

Atualmente, sabe-se que os mecanismos de transmissão da dor estão completos e funcionais na altura do nascimento. Para afirmar esta teoria, valeram os estudos de Anand,

em 1987, sobre a maturidade nociceptiva do Recém-Nascido (RN) (Cordeiro, Carvalho e Veiga, 2001).

Bartocci, Bergqvist, Lagercrant e Anand (2006, cit. por Linhares e Docas, 2010: 308) referem que “os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos prematuros. As estruturas periféricas e centrais necessárias à nocicepção estão presentes e funcionais precocemente na gestação (entre o 1º e 2º trimestre).”

McGrath (2005), bem como Batalha (2010), Charlton (2005) entre outros defendem que as crianças são inclusivamente hiperálgicas, em comparação aos adultos, principalmente as que já sofreram experiências dolorosas.

Associada à posição anterior, havia a convicção de que as crianças, principalmente as mais pequenas, não teriam capacidade em memorizar experiências dolorosas. Acreditava-se que a dor estava associada ao desconforto, e que terminava quando passasse o desconforto (Barbosa e Lourenço, 2009).

As investigações nesta área evidenciaram que, crianças não-verbais, apresentam alterações comportamentais quando sujeitos a procedimentos dolorosos. Ainda que haja opiniões contraditórias em relação à memória, a vivência de dor tem consequências para as crianças, requerendo especial atenção.

“Em termos bioevolucionários, a sensibilidade neonatal à dor, e um meio altamente sofisticado de comunicar essa dor, são essenciais e fundamentais para a sobrevivência da espécie” (Barros, 2003:98). O mesmo autor ainda acrescenta que “(...) no bebé, as reações à dor aguda são os movimentos corporais, expressões faciais específicas e padrões de choro característico” (2003:98).

Taddio e Katz em 1997 vieram afirmar a teoria da memorização, apresentando a dor como fenómeno permanente e perturbador (Cordeiro, Carvalho e Veiga, 2001).

Anand et al (2006, cit. por Linhares e Docas, 2010:39) defendem que “(...) a inability de comunicar verbalmente não pode negar a possibilidade que um individuo esteja experimentando dor e, portanto, precisando de tratamento apropriado para aliviá-la, como é o caso dos neonatos e crianças pequenas.”

McGrath e McAlpine (1993, cit. por Fernandes, 2000) vão ao encontro dos estudos de Taddio e Katz, referindo que a memorização da dor pode ser observada desde o nascimento, em estímulos auditivos e verbais, associando o medo à dor em resposta a situações já vividas.

Outro mito descrito era o da convicção de que a criança, metaboliza os analgésicos de modo diferente dos adultos. Esta situação seria devida à imaturidade da função hepática, originando aumento da semivida dos analgésicos (principalmente dos narcóticos), podendo provocar intoxicação e depressão respiratória (Pimentel, 2001).

Os avanços científicos vieram a contrariar tais ideologias. Batalha (2010: 49-50) afirma que "O fluxo sanguíneo renal, filtração glomerular e secreção tubular aumentam abruptamente nas primeiras semanas de vida, e aproximam-se dos valores dos adultos por volta dos 3 a 12 meses".

No entanto, Barbosa e Lourenço (2009) referem que crianças de um mês, possuem a mesma capacidade de eliminação dos opióides que os adultos.

Por último e na sequência do anterior, o mito de que os opióides quando prescritos e administrados às crianças, tornavam estas dependentes deste tipo de medicação. Esta ideia encontra-se muito enraizada na nossa sociedade, associando esta prática clínica ao uso de drogas e à toxicod dependência. No entanto com o desenvolvimento em farmacologia, novas terapêuticas analgésicas surgiram, tendo-se revelado seguras e eficazes (Pimentel, 2001; Barbosa e Lourenço, 2009). Assim Batalha (2010:55) refere que " Os opióides para além de não possuírem "efeito de teto", (...), têm boa margem de segurança. Raramente desenvolvem tolerância, dependência física, adição, depressão respiratória e sedação (...)". Sendo da opinião que o profissional deve conhecer o fármaco em questão e saber como a criança poderá responder.

Collins and Weisman e McGrath and Brown (2003, cit. por Charlton, 2005) são da mesma opinião, referindo que os profissionais devem compreender que as crianças com dor severa podem necessitar progressivamente de doses mais altas e mais frequentes de opióides devido à tolerância deste fármaco, devendo receber a dose que necessitarem para aliviar a dor. Afirmam que o medo da adição dos opióides em crianças tem sido muito exagerado.

No entanto a dor em pediatria tem contornos muito específicos, que não estão limitados apenas a mitos e crenças, pois a resposta à dor é um processo muito complexo que devemos analisar pelas inúmeras manifestações fisiológicas (voluntárias e involuntárias) e comportamentais (verbais e não verbais). Batalha (2010) inclui nas manifestações fisiológicas da dor os aspetos físicos, neurológicos, bioquímicos como a transmissão modulação percepção, as vias de transmissão, tipos de dor e sintomas. As comportamentais são as respostas a todo um conjunto de fatores, que vão influenciar diretamente a forma como a criança sente, interpreta, verbaliza e manifesta a sua dor (Batalha, 2003).

Também Fernandes (2000) refere que a dor deverá ser identificada pelos profissionais da saúde através das manifestações voluntárias e involuntárias da criança e através dos comportamentos. Nesse sentido torna-se fundamental o profissionalismo nesta atitude, no sentido de tomar uma postura empática e de confiança para com a criança e família, avaliando a dor de forma holística, numa perspetiva biopsicosocial, dado existir uma grande variedade

de fatores que influenciam a valorização da dor na criança (Barbosa e Lourenço, 2009; Barros, 2003).

Na compreensão da dor pediátrica, devemos acrescentar subjetividade, diferentes formas de perceber, descrever e relatar, ou mesmo, como descreveu May (1992, cit. por Fernandes, 2000) *subjetificação*, o conhecimento que a criança já possui e as características específicas de cada criança.

1.1 – FATORES QUE INFLUÊNCIAM A VALORIZAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

Linhares e Docas (2010) fazem referência a quatro aspetos fundamentais para a compreensão da dor em pediatria. Tema igualmente muito bem descrito por Barros (2003), Fernandes (2000) e Batalha (2010), apesar de cada autor agrupar cada aspeto de forma distinta e particular. Estes aspetos vão, direta ou indiretamente, influenciar a forma como a criança valoriza e manifesta a sua dor, tais como:

-*Aspetos individuais da criança* (idade, desenvolvimento, género, estado clínico, experiências anteriores de dores).

-*Aspetos dos familiares/cuidadores da criança* (sensibilidade, empatia, conhecimentos, percepção, significado que atribui à dor, modelos e história de dor na família).

-*Aspetos relacionados com o profissional cuidador da criança* (sensibilidade, empatia, conhecimentos, atitudes assertivas, percepção da dor, atribuição de significado às experiências de dor, disposição para a avaliação, ação, e controlo da dor).

-*Aspetos culturais* (crenças e valores).

Nos *aspetos individuais* está referida a *idade*, fator que interligado ao desenvolvimento da criança, influencia muito na percepção e valorização da dor.

Fernandes (2000:156) é da opinião de que “ A idade é vista (...), como um fator que interfere na experiência da dor (...) na percepção da intensidade dolorosa, (...) porque quanto mais pequenas menos o comportamento da criança é influenciado pelo meio exterior e menos importante é o impacto da dor e da doença.”

O *desenvolvimento* merece pela sua complexidade, uma dedicação especial, sendo por isso apresentado em subcapítulo próprio.

Em relação ao *género* não podemos afirmar que a literatura consultada seja muito divergente, no entanto encontrámos entre os dois autores referidos anteriormente, algumas ideias contraditórias.

McGrath (1993, cit. por Fernandes, 2000:156) refere que “ (...) as diferenças entre os sexos têm-se debruçado sobre a linguagem da dor, as reações durante e após o estímulo doloroso e as estratégias de coping (...). (...) as diferenças entre rapazes e raparigas parecem ser modeladas fundamentalmente pela aprendizagem.”

Batalha (2010:105) tem uma posição mais definida em relação à resposta da dor em função do sexo ao referir que “(...) até aos oito anos não existem diferenças entre os sexos quanto à intensidade da dor, mas após esta idade as raparigas tendem a dar maior importância à sensação da dor, o que se atribui a uma maior percepção dos aspetos emocionais, enquanto os rapazes manifestam maior relutância em exprimir as suas emoções em relação à dor.”

O *estado clínico* está relacionado com o estado geral da criança com a situação que originou a dor, presença ou não de doença, tipo de doença (aguda/crónica), hospitalizada ou em ambulatório.

Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco (2007:158), referem-se a este assunto mencionando que: “Além de uma experiência traumática, a hospitalização pode colher a criança de seu ambiente familiar e de suas atividades cotidianas, maximizando a dor, a limitação física, bem como comportamentos de passividade, sentimentos de culpa, punição e medo da morte” pelo que as *experiências anteriores de dor* vão modelar o comportamento da criança face a atual situação de dor, procedimento doloroso ou tratamento.

Barros (2003:95) é da mesma opinião ao afirmar que

“ (...) é necessário conhecer a *experiência passada* desta criança com situações dolorosas diretas ou observadas nos outros, mas sobretudo, o *processo de desenvolvimento dos conceitos de dor, medo e seu confronto*, processo esse que foi ocorrendo ao longo da sua curta vida, muito determinado por essa experiência passada, pelas atitudes e exemplo dos pais, mas também por toda uma cultura familiar e social sobre o que é o sofrimento e como pode ser controlado ou evitado.”

McGrath (2005) é igualmente da opinião que o impacto da dor na criança, é modulado por *experiências dolorosas anteriores*, pelas estratégias de coping que vai desenvolvendo, pelas suas próprias características (temperamento, desenvolvimento cognitivo, idade e sexo) e pela influência da família e cultura.

Na criança como ser muito particular, individual e único, Linhares e Docas (2010, citando a IASP, 2008; Jones, 2005; Steven, Anand e McGrath, 2007) fazem referência à importância dos *fatores psicológicos, afetivos, cognitivos e comportamentais*, na valorização e manifestação de dor na criança, pelo que conhecer o seu estado *psicológico* é um dado importante para uma correta avaliação da sua dor e posteriormente para o seu controlo e tratamento (Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco, 2007).

Por vezes, as crianças experimentam procedimentos dolorosos, associados a um estado emotivo negativo, tendo sobre elas um impacto significativo. Estes procedimentos causam *ansiedade, stress e medo*, que funcionam como *sistemas de alarme*, fazendo diminuir a tolerância à dor, interferindo na perceção da dor e até mesmo com o próprio procedimento (Barros, 2003).

As crianças que apresentam medo dos procedimentos potencialmente dolorosos, por exemplo da vacinação, revelam níveis mais elevados de *stress*, medo e dor. Assim a redução dos níveis de *stress*, medo e ansiedade associados à dor justificam-se, no sentido de se procurar um método eficaz de amenizar a dor na criança (farmacológico e/ou não farmacológico) (Batalha, 2007; McGrath e McAlpine, 1993, cit por Fernandes, 2000). Isto porque quanto mais ansiosa estiver a criança, mais intensa tende a ser a perceção da dor, e por outro lado, maior sensação dolorosa torna a criança mais apreensiva e ansiosa, gerando-se um ciclo de *ansiedade-dor-ansiedade* (Barros, 2003).

Um dos fatores que poderão modelar o medo, a ansiedade e o stress em situação de dor frequente, são as estratégias de coping desenvolvidas pelas crianças, se foram adequadas ou não (Anderson et al, 1993, cit. por Fernandes, 2000).

Particular atenção para os recém-nascidos em que, as respostas ao *stress* após estimulação dolorosa, é verificada, naturalmente através de comportamentos típicos como o choro, mas também por alteração de parâmetros fisiológicos importantes, tais como, aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, diminuição da saturação de O₂, aumento da Tensão Arterial (TA), aumento da pressão intracraniana, mãos suadas, alteração dos níveis de cortisol e cortisona. A variação do fluxo sanguíneo, vai dar origem ao compromisso das competências cognitivas da criança e do desenvolvimento cerebral (Fernandes, 2007; McGrath, 2005).

Nos fatores *cognitivos*, Linhares e Docas (2010) incluem o nível de desenvolvimento da criança, a perceção da dor, a influência dos processos de atenção da dor, distração e memória da dor. Em relação aos *comportamentais*, estes são influenciados pela aprendizagem por condicionamento das respostas à dor.

Os benefícios da preparação da criança, de acordo com a sua idade, para o procedimento potencialmente doloroso, estão amplamente divulgados. É “importante a criança saber o que lhe dói e porque lhe dói. (...) a criança que reconhece o motivo da dor e a razão do equipamento que lhe causa desconforto está em melhores condições para seguir as instruções que lhe são dadas para gerir a sua dor” (Fernandes, 2000:171).

Em relação aos aspetos relacionados com os *cuidadores*, Craig (2009, cit. por Linhares e Docas, 2010), refere a importância do significado pessoal atribuído pelo cuidador

às suas experiências de dor, importantes para identificar os sinais de dor na criança e à disposição para a ação.

Tal como refere Batalha (2010:107) “Os profissionais de saúde devem refletir mais sobre as dores que provocam quando cuidam. Os analgésicos nem sempre têm o poder mágico de atenuar todas as dores”.

Barros (2003) vai ao encontro da mesma ideia, acrescentando que a *atitude dos profissionais de saúde* e as palavras têm um papel muito importante na forma como a criança e os pais vão viver aquele momento, e é fundamental que o vivam o melhor possível.

Para que essa atitude seja possível “os enfermeiros precisam de identificar as suas crenças pessoais sobre a dor e sobre a gestão da dor para poderem reduzir a influência dos fatores que favorecem uma gestão ineficaz e reforçar os que favorecem uma gestão eficaz” (Sullivan, 1994 cit. por Fernandes, 2000:175).

Em *relação aos pais*, não restam dúvidas de como o contexto familiar influencia a vivência da dor na criança. Esta reforça os vínculos de dependência, de proteção e segurança, reforçados pela presença da mãe, que é parceira de cuidados à criança (Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco, 2007).

McGrath (1993, cit. por Fernandes, 2000) faz ainda referência à influência da família na educação da criança, no sentido de lhe transmitir valores de forma a saber exprimir e lidar com a dor, incentivando à tolerância e a resistir. Pela sua característica subjetiva, a dor na criança deixa em aberto a natureza e a intensidade da experiência dolorosa.

Dependendo do *contexto sociocultural* onde a criança nasce, assim serão as influências que irá receber ao longo do seu desenvolvimento. Inicialmente da família, depois da escola, dos amigos, grupos de pares, religião e de outras instituições profissionais por onde a criança vai passando ao longo do seu crescimento e desenvolvimento.

Tal como dizem Pimenta e Portnoi (1999, cit. por Silva, Neto, Figueiredo, Barbosa-Branco, 2007: 159) “(...) atitudes relacionadas à saúde são majoritariamente adquiridos na infância pelo processo de acumulação, que, por sua vez, influencia de maneira precípua a aquisição de valores, crenças, atitudes e comportamentos relativos à dor”.

Sendo assim, a dor na criança deve ser compreendida através da interação da multiplicidade de fatores que influenciam a sensação de dor, desde o estímulo doloroso, à perceção, até à resposta de dor (Batalha 2003).

Apesar de nos últimos anos se ter verificado um *virar de página* na sensibilização da dor pediátrica, a verdade é que ainda existem crianças a sofrer com dor, em Portugal e em todo mundo. Vários são os motivos apontados por Batalha (2010) para esse inexplicável sofrimento, entre eles a falta de sensibilidade e formação, a incapacidade de concetualizar e

quantificar uma experiência tão subjetiva e pessoal, falta de motivação e a imperfeita organização dos serviços de saúde.

Walter e Wagner (2003, cit. por Batalha, 2007) fizeram referência a um estudo, em que a prevalência de dor nas crianças, se encontrava entre os 20 a 49%, registando alguns casos com valores de 60%.

A história da dor na criança pode ser contada regredindo apenas em 40/50 anos. No entanto grandes progressos foram observados, tudo em prol do bem-estar das nossas crianças. Os gloriosos acontecimentos deverão ser registados, para que as crianças possam ser dignificadas.

1.2 – ASPETOS HISTÓRICOS DO ESTUDO DA DOR

Como ficou registado, a dor na criança é uma questão médico-científica com apenas algumas décadas. No entanto foram galopantes os passos que se deram, em torno desta problemática, no sentido essencialmente da *desmontagem* e da compreensão dos mitos e crenças, que impediam uma correta abordagem, e na mudança quanto ao conceito de criança e da sua família, face à dor. Estes têm-se repercutindo na prática dos cuidados de muitos profissionais. No entanto, em pediatria ainda se negligenciam muito os cuidados em torno da dor continuando a ser um fenómeno com um certo grau de desconhecimento, que explica o insucesso no seu eficaz controlo (Batalha, 2003).

Para melhor compreender o fenómeno da dor na criança, pensámos ser importante conhecer inicialmente, um pouco a história da dor ao longo dos tempos, para depois finalizar com a descrição dos aspetos históricos da dor na criança em Portugal.

1.2.1 – Evolução da dor ao longo dos tempos

A dor sempre acompanhou o Homem na sua trajetória pela Humanidade.

Relatos preocupantes em desvendar o fenómeno da dor e em encontrar mecanismos para o seu alívio, têm sido referenciados desde a pré-história e percorreram várias civilizações até aos nossos dias. No entanto o percurso foi-se fazendo a um ritmo descontínuo, entre os saberes, as descobertas científicas e as práticas comuns das diferentes épocas (Rey, 1993, cit. por Fernandes, 2000).

Nos remotos tempos da antiguidade, a dor era percebida como um sinal de castigo, culpa, exigindo dos sofredores uma postura passiva de aceitação, ou opostamente, poderia ser vista como um teste de heroísmo, uma bênção dos Deuses (Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco, 2007).

Foram dados na Grécia antiga os primeiros passos para uma explicação mais racional da dor. Os gregos atribuíam ao cérebro e aos *nervos*, a responsabilidade pelo processamento da dor (Costa e Pereira, 1998; Karklis e Ferreira, 2012).

Hipócrates, considerado o pai da medicina, foi pioneiro a considerar a dor como elemento indissociável da doença, e por isso, fundamental na avaliação diagnóstica. Para Hipócrates o objetivo principal da ciência, no tratamento da dor, era afastar o sofrimento dos doentes e retirar o excesso de sobrenatural e misticismo, que envolvia a dor (Dourado, 2011).

Aristóteles e Platão reforçaram a percepção racional da dor, ao tentar compreender os seus mecanismos a fim de a poderem prevenir. Consideravam-na como uma emoção em inverso de uma sensação (Schwob, 1997).

Em Roma, Claude Galien destacou-se como importante médico da época, seguindo os passos dos grandes filósofos e médicos greco-romanos, identificou a dor no cérebro, localizando aí o centro das sensações. Alienou os seus conhecimentos em Medicina (do sistema nervoso e da cirurgia), à Farmacologia, Filosofia, Anatomia, e à Fisiologia. Galien tinha uma preocupação particular pelo raciocínio médico e era profundamente respeitador do doente, atitude médica diferente da até então conhecida por diferentes médicos conceituados (Schwob, 1997; Karklis e Ferreira, 2012).

Na Era Cristã, a Igreja Católica destruiu todos os textos manuscritos, médico-científicos, deixados pelos gregos e romanos, suprimindo a Europa Ocidental de qualquer conhecimento nessa área. Tais textos eram censurados e taxados de heréticos.

Verificou-se uma regressão de todo o saber médico-científico até aqui alcançado. Cristãos e pagãos partilhavam a ideia de que a dor possuía uma relação próxima com a alma. A dor, segundo eles, era um teste à fé (Dourado, 2011).

Mais tarde, a cultura islâmica, fez renascer na Europa o conhecimento médico, farmacêutico (principal importância às substâncias analgésicas, no entanto eram prescritas de forma empíricas, entre elas o ópio, salva, hera e a mandrágora) e de cuidados especiais aos doentes (Schwob, 1994).

No século XII surgiram as primeiras Universidades e com elas iniciou-se o processo de investigação, associado ao tratamento da dor (Costa e Pereira, 1998; Karklis e Ferreira, 2012).

No Renascimento (século XV), os trabalhos de Leonard da Vinci dão uma visão anatómica e fisiológica diferente da dor (sensação transmitida pelo sistema nervoso). René Descartes inicia os estudos sobre a dor do *membro fantasma*, sentidas pelos amputados. Descreve-a como sendo uma intensificação do tato, que se liga por memória aos nervos, mais precisamente a dor é uma sensação recebida pelo cérebro, em resposta a um estímulo dos nervos sensoriais. Mais um grande passo sem dúvida, pois inicia-se o processo de aperfeiçoamento do conhecimento da fisiologia da dor, pela sucessão de constantes descobertas científicas, associados à neuroanatomia e aos mecanismos neuroquímicos envolvidos no processo da dor (Schwob, 1997; Batalha, 2010; Dourado, 2011).

Seguiu-se uma época de grande impulso no controlo e o tratamento da dor, desenvolvendo-se investigações no âmbito da farmacologia e cirurgia antálgicas.

O cirurgião francês Ambrose Paré surgiu com o conceito de anestesia local por compressão firme, com a finalidade de controlar a hemorragia e diminuir a dor. Em 1784, James Moore, aplicou a mesma técnica sobre os nervos (Costa e Pereira, 1998; Karklis e Ferreira, 2012).

Em 1817, o tratamento e controlo da dor deram um enorme passo, com o isolamento da morfina (nome dado em honra do Deus grego dos sonhos, Morfeu) (Costa e Pereira, 1998; Karklis e Ferreira, 2012). Em 1827 a indústria alemã Merck and Company inicia a comercialização da morfina (Schwob, 1997), no entanto, apenas em 1853, com a produção da seringa hipodérmica com agulha, por Rynd, na Irlanda e Pravaz na França, se pode utilizar a morfina em larga escala (Karklis e Ferreira, 2012).

Em 1828, deu-se a descoberta do protóxido de azoto, por Hickmann (Schwob, 1997).

A primeira administração de éter, como anestésico para cirurgia, ocorreu em 1842, pelas mãos de Crawford Long (exérese de tumor no pescoço) (Karklis e Ferreira, 2012), e em 1846, William Morton fez a primeira inalação de éter como anestésico geral (Costa e Pereira, 1998).

Em 1874 o obstetra James Simpson, inicia a utilização do clorofórmio, ficando este o substituto preferencial do éter. O parto sem dores era anunciado com grande entusiasmo, no entanto a igreja opunha-se, referindo que a mulher deveria ter dores durante o trabalho de parto. A administração de clorofórmio à rainha Vitória durante um dos seus partos, fez cair todas as vozes contraditórias (Karklis e Ferreira, 2012).

Seguiu-se o uso da cocaína como anestésico pelas mãos de Heinrich Braun, e nos finais de 1884 era usada em larga escala para todo o tipo de cirurgias, substituindo todas as outras técnicas. No entanto a sua toxicidade e dependência começou a ser preocupante,

iniciando-se um novo ciclo de estudos à procura de melhores soluções (Karklis e Ferreira, 2012).

Nesse século, os estudos da dor prosseguiram intensamente, a nível anatómico e fisiológico já que, a dor poderia nesse momento ser explicada como o resultado da transmissão de impulsos eletroquímicos pelo sistema nervoso, da periferia até ao cérebro. No entanto, carecia de um conhecimento mais aprofundado, pois não se colocavam em hipótese haver dor sem lesão (Dourado, 2011).

Em 1894 apareceu no mercado a aspirina e em 1903 o veronal, o mais importante barbitúrico, que viria a revolucionar a anestesia (Schwob, 1997).

No século XIX surgem algumas medidas não-farmacológicas no tratamento da dor, associando-se às farmacológicas já existentes, tais como, hidroterapia, termoterapia, cinesioterapia, entre outras. Estas medidas viriam a ter grande impulsividade, no século XX, associando-se a outras do mesmo género (Karklis e Ferreira, 2012).

Com o avanço científico, médico e em farmacologia, chegados ao século XX destaca-se nos anos 30, o cirurgião francês Leriche, pioneiro no tratamento da dor crónica, sinalizando-a como doença e não como sintoma. Destaca-se ainda o físico alemão Wilhelm Roentgen, que aplicou a radioterapia no tratamento da dor crónica severa e persistente, como por exemplo, na dor oncológica.

Em 1945, Beecher deu uma nova perspetiva à dor, colocando-a num contexto biopsicosocial e pela primeira vez anunciou que não é condição necessária a existência de dano tecidual para haver dor, a qual pode ser influenciada e alterada por fatores psicológicos.

Em 1950 Bonica, propõe o conceito de portador de dor crónica em equipas multidisciplinares, requerendo humanização de cuidados. Uma década depois, junta-se a White e a Crowley, com a finalidade de colocar em funcionamento o primeiro Centro Multidisciplinar de Dor, na Universidade de Washington, Estados Unidos da América (atualmente permanece como modelo a seguir, no atendimento a doentes com dores) (Karklis e Ferreira, 2012).

Como resultado do seu trabalho em 1973, criaram a nível internacional a primeira associação de carácter multidisciplinar para o estudo da dor, a IASP, com a finalidade de unir uma vasta equipa de profissionais da saúde e da ciência, dedicada à pesquisa e ao controlo da dor (IASP, 2012). Assumiram o compromisso de publicarem a revista PAIN, revista de carácter internacional e interdisciplinar, com os objetivos de melhorar a educação na prestação de cuidados de saúde e melhorar o atendimento aos doentes. No entanto, apenas em 1989 a IASP, reuniu grupos com interesse especial sobre a dor em crianças (Batalha, 2010; IASP,

2012). Nos finais dos anos 80 proliferaram os trabalhos sobre a dor a nível mundial, impulsionando o fenómeno (Batalha, 2010).

Vários especialistas (filósofos e cientistas) dedicaram-se ao estudo da fisiologia da dor, surgindo algumas teorias, refletindo as correntes do pensamento da sua época. Toda a experiência de dor inclui aspetos sensorio-perceptuais (discriminação da dor no tempo, espaço e intensidade) e emocionais/motivacionais (conhecimento, avaliação e conceção da dor) (Batalha, 2003; 2010).

As teorias conhecidas sobre a dor dividem-se em neurofisiológicas e psicológicas. Este facto reflete a dualidade do corpo – mente do pensamento científico ocidental. Esta divisão não pode ser vista como grupos de teorias concorrentes mas como caminhos alternativos e complementares para explicar o fenómeno da dor (Batalha, 2003).

Em 1965 Melzack e Wall, publicaram a mais importante teoria da dor, a Teoria do Portão ou *Gate Control Theory* (Melzack e Wall, 1987, cit. por Fernandes, 2000; Batalha, 2003; 2010). Ela enfatiza a importância dos sistemas moduladores ascendentes e descendentes, e abriu portas para as diferentes síndromes dolorosas contrariando as teorias anteriores que referem haver estruturas nervosas específicas para a dor. Sobre este assunto Fernandes (2000:21) citando Melzack e Wall, refere que “ a quase totalidade do cérebro desempenha um determinado papel na dor.”

1.2.2 – Aspetos históricos da dor na criança

Muito pouco se sabe sobre a perceção da dor e seu controlo na classe infantil, até aos anos 70. A literatura médica da época era desprovida de qualquer revisão formal sobre essa matéria.

Foi em 1977, que pela primeira vez, duas enfermeiras da área da pediatria, Eland e Anderson, denunciaram casos chocantes para a sociedade e principalmente para a humanização de cuidados, que já se começavam a falar na época. O relato consistia na subvalorização da dor pediátrica, avaliada pela diferença entre a anestesia e analgesia, prescrita e administrada, por médicos e enfermeiros às crianças, submetidas a cirurgias e a procedimentos invasivos dolorosos, em comparação aos administrados a adultos (Fernandes, 2000; Batalha, 2010).

O desafio era o de reconhecer e respeitar a individualidade de cada criança, e reconhecer que o alívio da dor, era e sempre será, uma necessidade e um direito de todas as crianças.

No entanto, alguns obstáculos necessitaram de ser contornados, principalmente em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde, sobre os aspetos relacionados com a dor na criança, de modo a melhorarem o seu desempenho, mas a escassez de literatura na área originou atitudes baseadas em mitos e crenças, vividos na época, os quais contribuíram para que muitas crianças, sofressem com o não alívio da sua dor.

Uma mudança de paradigma ocorreu com Anand e seus colaboradores, quando em 1987, demonstraram que os prematuros apresentavam maturidade do seu SNC e que eram, precocemente competentes para manifestar a sua dor. Ou seja, apesar de não verbalizarem a sua dor, apresentavam comportamentos (alterações físicas e orgânicas) específicos, evidenciando de que a dor é altamente prejudicial para o seu desenvolvimento saudável, podendo mesmo ser fatal (Cordeiro, Carvalho e Veiga, 2001; Anand e Phil, 2006; Fernandes, 2007).

Um pouco por todo o globo, a comunidade de cientistas e de profissionais da área da saúde, abriram caminho a uma nova era nas pesquisas e motivação com a finalidade de diminuir o sofrimento humano, melhorar o atendimento ao doente com dor, principalmente à criança.

Ainda nos anos 70, uma comunidade de cientistas descobriram as endomorfina humanas, e a sua dupla finalidade: aliviar a dor e a ansiedade. Esta descoberta permitiu conhecer os dois aspetos até então incompatíveis (sensação transmitida pelo SNC e emoção que invade a consciência) permitindo uma sequência de novos conhecimentos na área da compreensão do fenómeno da dor (Schwob, 1997).

No dia 20 de novembro de 1989, foi adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, a Convenção sobre os Direitos das Crianças e, mais tarde ratificada por Portugal, no dia 21 de setembro de 1990 (Vasco, Levy e Cepêda, 2009).

A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Crianças reconhece que a infância constitui um grupo vulnerável da população, devendo ser protegida na sua globalidade, inclusive nos assuntos relacionados com a sua saúde (Vasco, Levy e Cepêda, 2009).

Mas apesar desse reconhecimento, o controlo e o tratamento inadequado da dor, ainda são bastante evidentes. Este fato reflete as limitações em reconhecer a capacidade da criança manifestar a sua dor, respondendo ou percebendo, o que a incomoda. Reflete ainda o medo exagerado e inexplicado dos efeitos colaterais dos analgésicos, assim como a falta de profissionalismo dos técnicos da saúde envolvidos no processo (Batalha, 2010).

Nessa época, surgiu na Europa a Associação Europeia para as Crianças Hospitalizadas (EACH), organização que reúne várias associações em prol do bem-estar das crianças hospitalizadas, englobando o período pré e pós hospitalar.

A formação de associações voluntárias teve início no Reino Unido em 1961, fluindo-se por vários países da Europa, com a finalidade de aconselhar, cooperar e apoiar os pais e todos os que cuidavam das crianças, inclusive os médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde envolvidos.

Em 1988, doze dessas associações organizaram em Leiden, Holanda, a 1ª Conferência Europeia, que culminou na elaboração da Carta de Leiden, onde se descrevem 10 artigos, que registam os direitos da criança hospitalizada. Essa carta ficou conhecida por Carta de EACH e em Portugal por Carta da Criança Hospitalizada (Vasco, Levy e Cepêda, 2009).

No seu 4º artigo a carta refere que “As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo” (Vasco, Levy e Cepêda, 2009:16).

É sem dúvida uma preocupação crescente a questão da dor na infância, ficando bem registada no ano do lançamento da Carta da Criança Hospitalizada. Crescente verifica-se também, a abordagem dos cuidados à criança numa perspetiva holística, dirigida à parceria de cuidados, envolvendo a família no cuidar. Este novo conceito viria a tornar-se de grande influência na atualidade.

Em 1989, os direitos das crianças nos serviços de saúde (os direitos são de igual forma dirigidos às crianças que frequentam os Centros de Saúde), como referem Vasco, Levy e Cepêda (2009), foram incluídos na Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas e ratificada por todos os governos da Europa.

Tem-se verificado a nível mundial, nas últimas décadas, uma crescente preocupação em torno das questões principais da Dor e, entre elas, da questão humana que lhe está subjacente.

1.2.3 – Aspetos históricos da dor na criança em Portugal

Portugal, apesar de não ser um país de grandes cientistas e investigadores, tem profissionais que ainda hoje se preocupam com questões particulares de diferentes áreas, nomeadamente da saúde e da Dor.

Assim, em 1991 foi fundada a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), com o objetivo de promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos

fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor, segundo as indicações da IASP e da Organização Mundial de Saúde (OMS), os quais ainda se mantêm em vigor.

A APED é o capítulo português da IASP (APED, 2011).

Com a finalidade de atingir os seus objetivos, a APED tem executado ao longo destes 21 anos, várias atividades, nomeadamente formação de profissionais, apoio na realização de estudos científicos, tem mantido contactos com sociedades científicas nacionais e internacionais. Entre muitas outras atividades, ela assegura a publicação da revista científica “DOR” que constitui um órgão oficial de expressão da APED (segundo as diretrizes da IASP, à semelhança como faz com a distribuição da revista PAIN) (APED, 2011).

Em 1999 a DGS criou um Grupo de Trabalho para a Dor, em colaboração com a APED, que culminou na elaboração do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, tendo tido o reconhecimento ministerial em 2001, por despacho assinado, no dia 26 de março desse ano. Os objetivos e metas do referido plano, tinham como limite temporal o ano 2007. Com a finalidade de dar continuidade ao Plano Nacional de Luta Contra a Dor, definir novos objetivos, novas estratégias de atuação perante novas realidades nacionais, foi criado em 2008 o Plano Nacional de Controlo da Dor e inserido no âmbito do Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Este Plano mantém-se até à atualidade (DGS, 2008).

Portugal foi pioneiro na criação de um plano organizado no controlo da dor e ao criar, no dia 14 de junho 1999, o 1º Dia Nacional de Luta Contra a Dor (na Europa apenas a França possui um plano governamental de combate à dor) (DGS, 2008).

O Dia Mundial Contra a Dor comemora-se a 17 de outubro de cada ano, e foi instituído pela IASP. No ano de 2005, esse dia foi dedicado à *Dor na Criança* e todos os capítulos da IASP lhe prestaram especial atenção. Em Portugal, a APED lançou um concurso de desenhos infantis a todas as crianças menores de 12 anos, hospitalizadas nos serviços de saúde, sob o tema “A minha Dor” (Lopes, 2005).

Em 2001 todos os países europeus que congregam os capítulos da IASP, reuniram-se para celebrar a 1ª Semana Europeia Contra a Dor, a *European Federation of IASP Chapters*, declarando a dor crónica como uma doença e um problema grave de saúde pública. A Semana Europeia Contra a Dor seria a partir daí anunciada e comemorada anualmente (Lopes, 2005; DGS, 2008).

No dia 14 de junho de 2003, a DGS emite uma Circular Normativa que institui a dor como 5º sinal vital (DGS, 2003).

Esta circular é baseada em pressupostos muito firmes que exigem concretização e consciencialização: - exige-se de boa prática clínica e obrigatórios a avaliação e o registo da intensidade da dor, em todos os serviços de saúde, tal como já acontece com os 4 sinais vitais

clássicos; existem escalas, para serem utilizadas na avaliação da intensidade da dor; o controlo da dor é um dever dos profissionais da saúde e um direito da população em geral; a avaliação da intensidade da dor poderá ter um impacto muito significativo na terapêutica da dor, proporcionando de modo significativo a humanização dos cuidados prestados (DGS, 2003).

No dia 14 de dezembro de 2010, a DGS (2010) emitiu orientações muito precisas, sobre as técnicas de avaliação da dor nas crianças, nas quais estão descritas as orientações gerais e específicas, bem como as respetivas escalas de avaliação, segundo a idade da criança e desenvolvimento cognitivo.

Apesar da evolução verificada no sistema de saúde português em relação à Dor em idades pediátricas, há estudos que evidenciam que não estão a ser cumpridas as diretrizes da DGS. Será por falta de formação dos profissionais? Por falta de sensibilização? Pela organização dos serviços de saúde? Da sociedade? Qual a causa dos obstáculos?

É testemunho de que as diretrizes não estão a ser cumpridas, o trabalho descrito por Batalha (2010), que faz referência a uma Unidade de Cuidados Neonatais, de um Hospital Universitário em Portugal. No ano de 2008 foram estudados 170 recém-nascidos, apresentando o seguinte resultado: - alta prevalência de dor – 94,8%; prevalência de dor ligeira – 72,7%; em 8h de observação 91,2% dos recém-nascidos sofreram intervenções potencialmente dolorosas; cerca de 76,4% das prescrições foram feitas *ad hoc*; dos fármacos prescritos poucos foram administrados; o arsenal terapêutico usado foi restrito, destacando-se o uso da morfina; as intervenções não-farmacológicas foram utilizadas em 88,7% das observações (posicionamentos, massagens e técnicas de conforto); a prevalência da avaliação diária da intensidade da dor foi de 21,7%; a intensidade da dor não foi influenciada pela frequência da avaliação ou do tratamento.

Como faz referência o Programa Nacional de Controlo da Dor (DGS, 2008), para que os doentes com dor, e nomeadamente as crianças, possam usufruir dos seus direitos, é necessário implementar estratégias de intervenção muito precisas junto de todos os serviços de saúde, reforçando a informação de toda a legislação sobre a dor e implementar estratégias de formação, dirigidas aos futuros profissionais de saúde (Universidades e Escolas Superiores de Saúde), aos atuais profissionais de saúde e à população em geral.

Longo foi o caminho percorrido pela história, em busca da compreensão e melhoria da qualidade de vida dos doentes com dor. Mais longa e tenebrosa foi sem dúvida, essa luta entre a classe infantil.

Percurso idêntico se verificou para o conceito de dor, já que acompanhou as ideologias de cada época.

1.3 – CONCEITOS E TIPOS DE DOR

A dor é um fenómeno ainda mal compreendido, quer na sua génese, quer no seu controlo. Os profissionais da saúde são frequentemente confrontados com a dor, como sendo um fenómeno indesejado, fonte de sofrimento para o doente que anseia por uma correta avaliação e tratamento. Nesta perspetiva, achámos importante apresentar o conceito e os diferentes tipos de dor, de acordo com a opinião de vários autores.

Dor é uma palavra que encontra a sua origem no latim *poena* e no grego *poinê*, que significa, como referem Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco (2007) punição ou penalidade. No entanto, como já expusemos anteriormente, este conceito teve profundas alterações ao longo dos tempos.

O conceito oficialmente aceite pela IASP, foi publicado pela primeira vez em 1979, na revista PAIN, (assim como uma lista de conceitos relacionados com a dor) e refere que a dor é “ uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano.” (IASP, 2011). A lista foi atualizada, pelo Comitê de Taxonomia da IASP, no que se refere ao conceito de dor e à classificação de síndromes dolorosas, até à atualidade, com anos referenciados de 1986 e 1994. A última atualização foi em 2011 (IASP, 2011).

Ao longo destes anos, vários foram os autores que procuraram adaptar o conceito a uma particularidade. Assim, Burr em 1988 (citado por Caetano, Henriques, Alves e Ferreira, 2003: 13) definiu a dor como sendo “um fenómeno complexo, subjetivo e multidimensional, difícil de aprender, definir, explicar ou medir”.

Por outro lado Pimentel (2001) refere-se à dor como sendo algo que possui características sensoriais evidentes, mas também propriedades emocionais e motivacionais, que geralmente, resulta de uma estimulação nociva intensa, embora possa ocorrer sem causa aparente. Neste contexto, Atkison e Murray (1989, citado por Caetano, Henriques, Alves e Ferreira, 2003: 13) são da opinião que a dor “é uma sensação pessoal e particular do sofrimento físico, um estímulo nocivo que indica uma lesão ou dano tecidual ou eminente, um padrão de respostas que atuam para proteger organismo contra o dano.”

Kodiath (1991, cit. por Batalha, 2003) defendia um conceito de dor global, de forma a encarar a dor como um fenómeno multidimensional, sensorial e afetivo, em que a pessoa era vista de forma holística, devendo ser encarado como um processo multiforme, evoluindo desde o nascimento até à morte. Este conceito vem de encontro às ideias de Leriche, quando em 1879, referiu que a dor “é o resultado de um conflito entre um estímulo e o indivíduo e o indivíduo na sua globalidade” (Batalha, 2003:11).

Nesta perspectiva, a dor deve ser entendida como “aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe” (McCaffery, 1999, cit. por Mateus, Ferreira, Monforte, et all, 2008:15).

Em resumo, a grande maioria dos conceitos abordam a dor como tendo uma componente fisiológica e emocional, traduzindo-se num estímulo desagradável e numa sensação ou experiência pessoal, subjetiva e sensorial. Pode ainda, depender da experiência vivida, aprendida e da percepção individual a nível biológico, cultural, psicológico e ambiental. Deve igualmente ter-se em consideração as experiências dolorosas anteriormente vividas (Batalha, 2003; 2010).

No conceito defendido pela IASP está implícito a ideia de dor como experiência individual e subjetiva, estando subentendidos dois elementos indissociáveis, o neurológico/sensorial e o emocional que se baseia no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e outros fatores de ordem pessoal, cultural e espiritual, que requerem aprendizagem (Batalha, 2003; 2010).

Se os conceitos são por natureza controversos, o conceito de dor não constitui uma exceção, havendo autores que levantaram algumas críticas.

Uma das críticas apontadas esteve ligada ao fato de ser referenciada a capacidade verbal e cognitiva para descrever a dor, não sendo colocada em consideração as pessoas incapazes de verbalização, crianças pré-verbais e todos aqueles privados de experiências de dor. Melzack, em 1973 (cit. por Barros, 2003:93) refere sobre este assunto que “a dor é um sinal importantíssimo de lesão, como se pode concluir dos raros casos de crianças nascidas com defeito neurológico que as torna incapazes de sentir dor, e que conduz a situações muito graves de lesões não detetadas, automutilação e mesmo morte”.

Esta crítica foi igualmente registada por Anand et all, em representação do Grupo de Controle da Dor Neonatal (Linhares e Docas, 2010).

O fato de estar subjacente a aprendizagem, como fator fundamental na percepção da dor, foi outra questão muito criticada por vários autores. Na realidade a percepção da dor é inata (Batalha, 2010).

Em 2011 o conceito inicial da dor foi modificado ligeiramente, resultante da evolução de estudos realizados ao longo destes anos pela IASP (IASP, 2011).

Apesar da sua importância, não existe um conceito satisfatório. As várias experiências dolorosas, a sua particularidade e os múltiplos fatores que a podem influenciar, têm complicado a tarefa (Batalha, 2010).

Da mesma forma existe uma grande dificuldade em chegar-se a um consenso, quanto aos tipos de dor. A existência de vários tipos de dor é possível de ser compreendida como

variabilidade individual na identificação da nociceção dolorosa, do sofrimento e do comportamento doloroso. Respostas afetivas e emocionais podem estar junto das características sensoriais do estímulo, ao passo que aspetos psicológicos e sensoriais da dor estão interligados através de vias nervosas (Moreno, 2004).

A experiência dolorosa é subjetiva e complexa, embora apresenta indicadores concretos e observáveis. A dor pode variar quanto à sua intensidade, localização, duração, ritmo e qualidade afetiva (Chambers & McGrath, 1998 cit. por Linhares e Docas, 2010).

Ferreira, Fernandes e Santos (2006), têm opinião idêntica, referindo que a dor pode ser aguda ou surda, intermitente ou constante, lactente ou consciente, localizada ou generalizada, e a sua intensidade pode variar entre um certo desconforto até uma dor intolerável.

Em termos de evolução temporal existem, na perspetiva de Melzack e Wall (1982, cit. por Ferreira, Fernandes e Santos, 2006), três tipos de dor: *dor transitória*, *dor aguda* e *dor crónica*.

Apresentação semelhante é a verificada por Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco (2007), fazendo no entanto referência à *dor recorrente*, omitindo a dor transitória. Barros (2003) descreve extensamente este tipo de dor, denominando-a de *dor funcional, de somatização ou de causa desconhecida*.

Melzack e Wall (1982, cit. por Ferreira, Fernandes e Santos, 2006) caracterizam a *dor transitória* como sendo de curta duração, podendo ir de alguns segundos a minutos, dissipando-se sem causar dano.

A *dor aguda* define-se como sendo previsível, intensa, decrescente e de duração limitada (diminui progressivamente ao fim de alguns dias ou semanas, até à cura, quando devidamente diagnosticada e a terapêutica prescrita, seguida corretamente pelo doente), de curta duração (tempo máximo de 3 meses), podendo estar associada a resposta do sistema nervoso autónomo. Secundária a distúrbios agudos, tais como traumatismos dos tecidos ou inflamação causada por cirurgia, queimadura, fratura, procedimentos de diagnósticos e terapêuticos, procedimentos invasivos, ou tratamentos que envolvem o uso de instrumentos dolorosos e que exigem penetração de tecidos (ex.: injeções, supositórios, aspiração de medula óssea, tratamentos a queimaduras, endoscopia, ...), podendo estar igualmente presente no agravamento das doenças crónicas (oncológicas, artrites, ...) (Barros, 2003; Ferreira, Fernandes e Santos, 2006; Lioffi, 2006; Silva, Neto, Ferreira e Barbosa-Branco, 2007; Batalha, 2010).

Na criança doente, os procedimentos invasivos são a causa mais frequente de dor, sobrepondo-se à própria doença, pelo facto de que a maior parte das doenças infantis, não causam dores com muita intensidade e com muita frequência. Na opinião de Barros (2003),

mais que a doença em si, é a administração de injeções, a colocação de cateteres endovenosos e análises de rotina, que provocam sofrimento nas crianças hospitalizadas. Acrescentando que (2003:106):

“As injeções podem ser quase insensíveis ou prolongadas e dolorosas, mas no geral existe um grande medo, que muitas vezes não tem como base uma experiência direta, mas antes uma fobia adquirida vicariamente, na medida em que é bastante generalizada, mesmo entre os pais e os educadores.”

A dor aguda tem função biológica inicial de alerta e é acompanhada por ansiedade, medo e por fenómenos de disfunção anatômica (Batalha, 2010).

Na opinião de Barros (2003), a maior parte dos procedimentos dolorosos provocam nas crianças reações agudas de ansiedade, que devem ser consideradas importantes para avaliação e tratamento, mesmo em crianças saudáveis, pela razão que influencia no seu desenvolvimento, nomeadamente nas atitudes de confronto em situações de *stress* mais rotineiras, e alcançando um impacto muito mais angustiante nos casos de doença crónica.

A gestão de procedimentos de dor aguda requer a gestão farmacológica apropriada. Muitas intervenções cognitivas e comportamentais de alívio podem diminuir eficazmente a ansiedade, provocada pelos múltiplos procedimentos invasivos durante um período de tempo prolongado, e por consequência, diminuir a dor na criança (Ellisand Spanos, 1994; Jay et all, 1995; Kazaket et all, 1998; Barrera, 2000; KazakandKunin-Batson, 2001, cit. por Charlton, 2005).

A **dor crónica** caracteriza-se por ser de longa duração (superior a 3 meses, persistindo durante anos), persistente ou intermitente, sem função biológica (Batalha, 2010).

As respostas fisiológicas e comportamentais de ativação funcionam como um sistema de alarme para a proteção do organismo. Na dor crónica, esses alarmes transformam um sinal adaptativo em sintoma ou doença (Linhares e Docas, 2010).

É caracterizada por poder estar associada a vários fatores e por isso não ser de causa individual, com localização pouco específica ou difícil de limitar. Mais que um sintoma complexo, é uma doença que exige diagnóstico específico, estando-lhe associada a depressão profunda (Barros, 2003; Ferreira, Fernandes e Santos, 2006; Batalha, 2010).

As dores crónicas mais comuns nas crianças estão associadas a doenças inflamatórias musculoesqueléticas (artrite reumatoide juvenil e fibromialgia juvenil) ou lesões internas características de hemofilia (Barros, 2003).

Segundo Puccini & Bresolin (2003, cit. por Linhares e Docas, 2010:308) o diagnóstico de dor crónica na criança, é realizado através da avaliação dos surtos e da intensidade da dor: “(...) deve ocorrer pelo menos três vezes durante um período mínimo de três meses, com intensidade suficiente para intervir nas atividades de vida diária da criança”.

Opinião partilhada por Barros (2003), registando que a dor crónica é referida pelas suas consequências restritivas, em termos de atividades que as crianças não podem realizar.

Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco (2007) descrevem a *dor recorrente, ou dores funcionais, de somatização*, segundo a perspetiva de Barros (2003), como sendo uma dor aguda, apresentando episódios de curta duração, com uma característica crónica, recorrente ao longo do tempo, podendo mesmo permanecer por toda a vida.

São frequentes na infância, difíceis de tratar, com tendência a manterem-se ao longo do desenvolvimento da criança (Apley, 1975; Edwards e Finney, 1994, cit. por Barros, 2003; IASP, 2009).

As dores funcionais mais frequentes na infância são as dores de cabeça, dores nos membros (as conhecidas *dores de crescimento*, onde se incluem as câibras e a tensão muscular) e as dores abdominais (Barr e Feuerstein, 1983, cit. por Barros, 2003; IASP, 2009; Linhares e Docas, 2010).

Estas dores ocorrem na ausência de patologia orgânica ou psicológica identificada, resultam da interação de sistemas orgânicos e psicológicos, sem distúrbios patológicos, em que o *stress* tem um papel muito marcante. As dores provocam quadros de ansiedade, preocupação parental e restrições das atividades cotidianas, independentemente da causa associada à dor (Barros, 2003; IASP, 2009).

A preocupação exagerada com a saúde é comum, e a *tendência para as dores* surge como típica, deixando a dor de ter o seu significado de sintoma. Verifica-se ocorrência de perturbação de somatização nos pais, as crianças reagem de forma exagerada perante as dores, havendo uma percentagem de crianças com dores funcionais que podem vir a apresentar perturbações de somatização na adolescência ou na idade adulta, trazendo grandes implicações socioculturais, económicas, para além das inerentes à própria saúde (Oster, 1972; Walker e Greene, 1989; Coryell e Norten, 1981; Routh e Ernst, 1993, cit. por Barros, 2003; IASP, 2009).

Tem início numa dor sem gravidade que não é interpretada como tal, sobrevalorizando-a, a criança tende a concentrar-se nela, focando nessa dor a sua atenção e sensação, dando-lhe prioridade absoluta. A dor funcional está na maior parte das vezes associada a situações ou vivências stressantes, tais como: vida escolar, relações sociais, funcionamento familiar, mudança de residência ou de escola, doença ou morte de familiar ou de um amigo próximo (Edwards e Finney, 1994, cit. por Barros, 2003).

Na opinião de Barros (2003) e da IASP (2009) a avaliação das crenças familiares e a colaboração estreita com a criança e família, são fundamentais no processo de recuperação, é

necessário um diálogo aberto, explicando que a dor não é sinónimo de nenhuma doença grave, mas sim um sinal de sofrimento, que necessita de tratamentos específicos.

Dando seguimento ao tema, e após ter definido o conceito e apresentar algumas opiniões sobre diferentes tipos de dores, será importante refletir sobre a neurofisiologia da dor, cujo conhecimento considero importante, para uma abordagem competente perante a criança com dor.

1.4 – NEUROFISIOLOGIA DA DOR

Muito se tem estudado ao longo destes anos sobre a perceção da dor, a natureza dos estímulos, os mecanismos de atuação, a sua transmissão e interpretação cerebral.

Atendendo à complexidade neurofisiológica a que o tema se reporta, iremos procurar abordá-lo de forma clara e sucinta, focando os aspetos essenciais para a compreensão do processo de transmissão da dor.

A dor é uma sensação desagradável secundária a um dano tecidual, que atinge o sistema nervoso central através de vias específicas (Schwob, 1997; Barros, 2003; Batalha, 2010)

A perceção da dor envolve fatores neuroanatômicos e fisiológicos complexos que englobam o córtex, sistema límbico, hipotálamo, tálamo, que determinam exatamente a atitude perante a experiência dolorosa (Schwob, 1997; Costa e Pereira, 1998; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006).

A dor atua assim como um sinal de aviso, funcionando como um mecanismo de defesa e de proteção (Souza, 2006; Batalha, 2010).

A unidade básica, estrutural e funcional do sistema nervoso é o *neurónio*, existindo milhões de fibras nervosas distribuídas pelos tecidos cutâneos, musculares, vasculares, articulares, ósseos e visceais. O neurónio é constituído por um núcleo, e por dois tipo de prolongamentos: uns mais curtos, os *dendritos*, e outros mais longos, os *axónios* (Schwob, 1997; Costa e Pereira, 1998; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha; 2010).

Os axónios são os recetores específicos da dor, denominados de *nociceptores*, os quais relacionados com a perceção de estímulos nocivos. Não é possível distinguir-se recetores nervosos específicos de um determinado estímulo doloroso. A denominação de nociceptor refere-se a uma função não a um órgão específico (Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008)

A origem do estímulo pode ser mecânica, térmica, elétrica, química, biológica, interna ou externa (Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

O número de nociceptores ativados depende da intensidade da estimulação, porque nem todos possuem o mesmo limiar de intensidade. Um estímulo fraco provocará uma resposta nos nociceptores mais sensíveis, enquanto que um estímulo forte, ativará para além dos nociceptores mais sensíveis, os de limiar de intensidade mais elevado (Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006)

A estimulação dos nociceptores pode ser feita de forma direta/primária ou de forma indireta/secundária (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

Na forma **Direta/primária** a lesão leva à morte de algumas células, ocorrendo a depleção de *Potássio* e à síntese de *Bradicinina* e de *Prostaglandina* (esta potencia o efeito do potássio, da bradicinina e outros mediadores inflamatórios, levando à dor) (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

A forma **Indireta/secundária** resulta da reação inflamatória em que os nociceptores libertam a *Substância P*, com ação reparadora dos tecidos (incita à vasodilatação, promove a desgranulação dos mastócitos, atrai os leucócitos, aumenta a produção e libertação de mediadores inflamatórios), no entanto simultaneamente, ativam os nociceptores (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

O sistema nervoso periférico é constituído pelos nervos periféricos, que por sua vez são formados por fibras longas, motoras, os axónios e fibras curtas, sensitivas, os dendritos e ainda pós ganglionares simpáticos (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

Os axónios podem possuir ou não bainha mielínica, sendo denominados por fibras mielínicas ou amielínicas (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

As fibras implicadas na condução de um estímulo ao SNC, são as fibras A (δ , α , β) e C.

1. As fibras ou axónios $A\alpha$ e $A\beta$, de grande diâmetro, estão rodeadas de mielina e conduzem rapidamente o fluxo nervoso;

2. As fibras A δ , são finas, pouco mielinizadas, apresentam-se com uma velocidade de condução lenta. Conduzem sensações dolorosas bem localizadas, térmicas e de pressão;
3. As fibras C, são muito finas, sem bainha de mielina e com velocidade de condução muito lenta. A localização é menos precisa e está associada a uma grande componente afetiva. Mais de 2/3 de todas as fibras nervosas das vias periféricas são do tipo C (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

Todas estas fibras podem ser ativadas por estimulação de impulso nervoso, e o aumento progressivo da intensidade dolorosa provoca sucessivamente a ativação das fibras A α e A β , depois das A δ e por fim das C (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

Existem duas vias que acionam o estímulo doloroso: a via ascendente, que liga os tecidos à medula, ao tálamo e ao córtex sensitivo (cérebro), e a via descendente, que exerce um controlo inibitório do percurso nociceptivo ascendente. Por via endógena, ocorre a produção de neuropéptidos moduladores nociceptivos (endomorfina, encefalina, entre outros) considerado mecanismo analgésico natural e que vão inibir a libertação de neuropéptidos envolvidos na transmissão nociceptiva (Substância P, Bradicina) (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

O influxo nervoso atravessa a região enriquecida de fibras curtas com conexões difusas que se encontram ao longo da coluna (substância gelatinosa). Os corpos celulares encontram-se na parte central da medula e constituem a substância cinzenta (forma de borboleta). À sua volta encontra-se a substância branca, composta por axónios que fazem viagens de *sobe e desce* da coluna ao cérebro (Figura 1) (Schwob, 1997; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

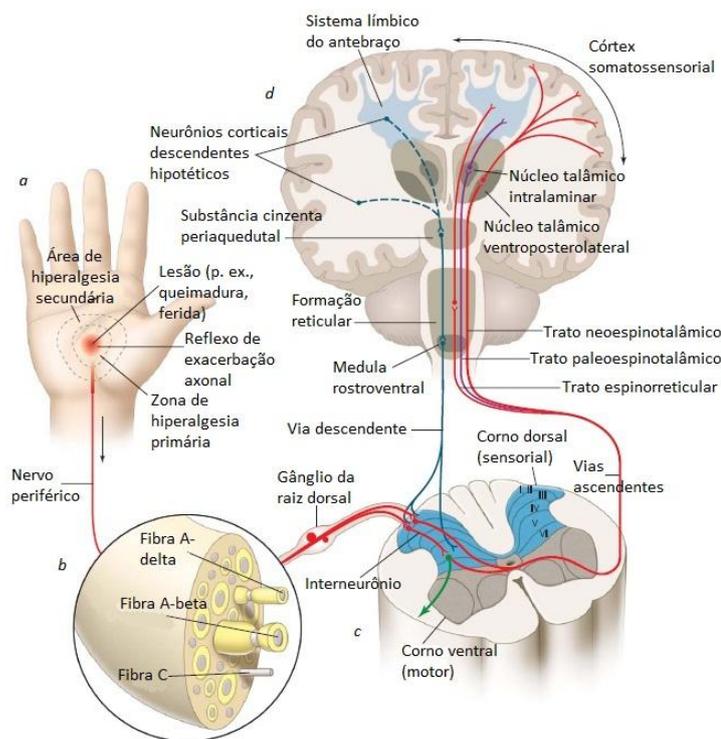


Figura 1- Neurofisiologia da Dor

Fonte: Barbosa, J. S. (2010). *Neurofisiologia da Dor*. Acedido em fevereiro 15, 2013, em <http://julianadentista.com/category/fisiologia-da-dor/page/2/>

VIA ASCENDENTE: Da medula ao Encéfalo

Os axónios nociceptivos aferentes primários comunicam com a medula pela raiz dorsal e terminam na substância cinzenta. Seguem a viagem na parte lateral do tronco e envia mensagens para as zonas do Tálamo e Córtex Cerebral, sendo responsável pela transmissão rápida da dor tipo discriminativa, que caracteriza o tipo de lesão, localização, intensidade e duração sendo responsável pela resposta rápida de proteção.

Prosseguem depois para a parte mediana do tronco fazendo sinapses com o segundo neurónio (feixe espino-talâmico), Tálamo, formação reticular, substância cinzenta periaquedutal, hipotálamo e estruturas límbicas, e por sinapses com o terceiro neurónio, até ao cérebro, que transmitem de forma mais lenta os influxos e desempenham um papel importante no comportamento afetivo, reação autónoma e hormonal à dor (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza, 2008; Batalha, 2010).

A formação reticulada, córtex, sistema límbico e tálamo são as estruturas relacionadas com as sensações dolorosas, têm ramificações para diferentes partes do cérebro e estão interconectadas. Têm como função a sinalização de aspetos sensoriais discriminativos da dor, componentes motivacionais e afetivos, respostas reflexas e ativação de sistema analgésico

descendente (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

Atualmente sabe-se que não existe nenhum centro específico da dor e que essa função está, quase na sua totalidade, entregue ao cérebro, existindo no entanto localizações associadas a determinadas funções no processo da dor (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

VIA DESCENDENTE: controle inibitório da nocicepção

A via descendente dirige-se no sentido oposto, exercendo um efeito inibitório e modulador sobre as estruturas distais, particularmente sobre o cordão posterior da medula.

Os neurónios descendentes são acompanhados de informação recolhida no córtex e zonas subcorticais (formação reticular, sistema límbico e hipotálamo), fazem sinapses com os neurónios existentes na substância cinzenta periaquedutal e a partir daqui estabelecem sinapses com os neurónios da substância gelatinosa. Esta recebe e trata informações do tipo afetivo, sensorial e cognitivo (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

A Teoria do Portão de Melzack e Wall baseia-se nesta ideologia, ou seja na interligação entre as fibras finas e grossas de forma a controlar a sensação dolorosa (Figura 2) (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

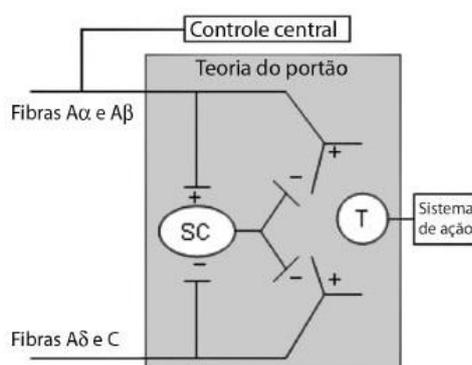


Figura 2 – Teoria do Portão de Melzack e Wall

Fonte: Souza, J. B. (2008). *Poderia a Atividade Física Induzir Analgesia em Pacientes com Dor Crónica?* Acedido em maio 01, 2012, em Revista Brasileira de Medicina do Desporto: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a13.pdf>

Segundo esta teoria ocorre um conjunto de sinapses entre os neurónios aferentes e os neurónios do feixe ascendente espino cerebral, na substância gelatinosa, a que lhe deram o nome de *porta*, e que se localiza na ponta dorsal do corpo cinzento da medula e no interior das

áreas cerebrais (tálamo, função reticular e sistema límbico) (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

A Teoria da Porta indica, que este mecanismo na substância gelatinosa (porta) funciona, deixando ou não passar fluxo de impulsos nervosos, desde as fibras aferentes até ao SNC (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

A abertura da porta é condicionada pelo equilíbrio da atividade das vias aferentes primárias (A β e A δ e C) e pela influência descendente do cérebro. A porta abre por ação de neurotransmissores de excitação (substancia P) e fecha pela libertação de neurotransmissores de inibição (diminuindo a produção de substancia P) e neuromoduladores endógenos (opiáceos endógenos: endorfinas, encefalinas, dimorfinas) (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

Por exemplo a realização de uma massagem leve na região lesada, ativa as fibras A α e A β , funcionando como neurotransmissoras de inibição, ou seja vão evitar a ativação do recetor da substância P na membrana pós sináptica (representado na Fig. 2 por “SC”), inibindo a ação das fibras A δ e C, fechando a porta, impedindo o impulso nervoso de progredir até ao cérebro (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

Quando o impulso das fibras A δ e C são dominantes, a porta abre fazendo chegar a percepção da dor ao cérebro. No entanto a porta pode fechar-se, por estimulação de certas zonas cerebrais (núcleo trigémeo vestibular, hipotálamo e córtex cerebral), por controlo descendente, de vias dorso laterais, ativando a libertação de opiáceos endógenos que modulam a produção de substancia P, com ação analgésica.

Desta forma explica-se o efeito terapêutico da diversão, da distração e do aconselhamento ou mesmo o efeito placebo, no alívio da dor (Schwob, 1997; Costa e Pereira, 1998; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010)

A forma como reagimos a estímulos semelhantes difere de pessoa para pessoa e, na mesma pessoa consoante as situações. Tal acontece porque a interpretação da dor pelo córtex cerebral depende não só das características do estímulo doloroso, mas também de fatores sociais, experiências anteriores que desempenharam um papel importante na interpretação pessoal da dor (Schwob, 1997; Metzger, Muller, Schwetta, e Walter, 2002; Barros, 2003; Fields e Martin, 2006; Souza; 2008; Batalha, 2010).

A esta temática sobrepõe-se uma pesquisa sobre o desenvolvimento fisiológico de algumas estruturas importantes no processo da dor na criança e sobre o próprio desenvolvimento da criança, relacionando-o com as suas formas de manifestação, para posteriormente efetuar uma correta avaliação (Batalha, 2010).

1.5 – O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E A DOR

Há pouco tempo atrás acreditava-se que os recém-nascidos não sentiam dor. Este pressuposto era assente na convicção de que as fibras nervosas não eram suficientemente mielinizadas, de modo a permitir a transmissão dos impulsos nervosos (Algren, 2001).

Neste contexto considerámos importante e oportuno referir a formação das vias neuronais de perceção e resposta à dor, no contexto do desenvolvimento da criança e a dor.

À medida que a criança cresce, a dor é percecionada e manifestada de acordo com a sua faixa etária e com o seu estágio de desenvolvimento cognitivo, segundo as teorias de Piaget. É influenciado igualmente por experiências anteriores, pelo estímulo doloroso, pelo significado atribuído à doença e pelo relacionamento familiar e cultural (Batalha, 2003; 2010; McGrath, 2005).

Também Cordeiro, Carvalho e Veiga (2001) referem que a dor é expressa pela criança de acordo com a sua maturação psicológica, intelectual e afetiva.

Assim tendo em conta este aspeto, Pimentel (2001) salienta que a tarefa de alívio da dor na criança pelo enfermeiro se reveste de grande complexidade, na medida em que a dor é percecionada e manifestada de diferentes formas, tendo sempre em consideração o desenvolvimento e unicidade da criança.

Formação das vias neuronais de perceção e resposta à dor

Os recetores sensoriais iniciam a sua formação por volta da 7ª semana de gestação, surgindo na pele em volta da boca do feto. À 20ª semana já se encontram presentes em toda a superfície cutânea e mucosas, terminando o processo de formação por volta da 30ª semana (Batalha, 2003; 2010).

O córtex inicia o seu desenvolvimento à 8ª semana de gestação. Por volta da 13ª semana os neurónios sensitivos estão presentes na medula. As conexões medulares com os recetores periféricos fazem-se até à 20ª semana. As vias intramedulares de condução da dor até ao cérebro, encontram-se mielinizadas na 28ª semana de gestação. Todas as estruturas supra-medulares (neoespinotalâmica; espinorreticular; espinomesencéfala: estruturas ligadas à

emoção desagradável e à motivação que induz à ação) encontram-se mielinizadas à 30ª semana de gestação. As conexões talamocorticais encontram-se mais tarde mielinizadas, à 37ª semana (Batalha, 2003; 2010).

À 11ª semana surgem os opióides endógenos e cerca da 12ª semana de gestação a Substância P (Batalha, 2003; 2010).

No feto os neurotransmissores de impulsos dolorosos surgem ente a 13ª e 16ª semana de gestação, verificando-se um predomínio pela Substância P. A quantidade de recetores nociceptivos das terminações nervosas cutâneas é no período pós-natal, superior que na idade adulta (Batalha, 2003, 2010).

Os mecanismos descendentes inibitórios são imaturos no RN, devido a uma importante parte do sistema endógeno analgésico (opióides endógenos) estar em falta. Isto é, devido ao atraso no surgimento do interneurónio na substância cinzenta, com função de fixação dos opióides endógenos, de produzirem depressão do SNC e assim modular a dor (Batalha, 2010; McGrath, 2005).

Os opióides endógenos só irão permitir o controlo da dor no lactente, por volta dos 3 meses de idade (Batalha, 2010).

O período pós-natal é um período de crescimento em sinapses e reorganização no corno dorsal e na medula (Fitzgerald, 2000; Fitzgerald, Howard, 2003, cit. por Charlton, 2005).

Anand e Phil (2006) registaram que, avaliações neurológicas realizadas em relação ao desenvolvimento dos recém-nascidos demonstraram que estes estão num estágio de desenvolvimento avançado, havendo desenvolvimento em processos sensoriais.

Os fetos e os recém-nascidos decididamente não são adultos pequenos, as estruturas e os mecanismos para processar a dor são únicas e diferentes. A imaturidade do sistema da dor usa elementos neurais disponíveis durante cada estágio do desenvolvimento para desempenhar as suas funções de sinalização (Anand e Phil, 2006).

Segundo Charlton (2005) a idade da criança e o nível de desenvolvimento influencia a percepção da dor.

As teorias de Piaget do desenvolvimento cognitivo apresentam quatro estágios de desenvolvimento. No entanto os autores consultados para este tema, fazem uma adaptação apresentando cinco estágios, baseando-se nas mesmas teorias de Piaget. São elas: ***Recém-nascidos e Lactentes (0-12 meses); Primeira Infância (1-3 anos); Pré-escolares (3-6 anos); Escolares (6-12 anos) e Adolescentes*** (Algren, 2001; Batalha, 2003; 2010; Barros, 2003).

RN e Lactentes (0-12 meses)

No estado atual da evolução da ciência, o fato do RN sentir dor é uma constatação aceita e do conhecimento geral, no entanto as dificuldades na sua avaliação, mantêm-se pela especificidade que lhe está inerente dado à fase pré-verbal. Nesta fase, a identificação da dor só é possível, com o recurso a uma avaliação comportamental e/ou fisiológica, do enfermeiro que cuida da criança, tornando essa avaliação pessoal e subjetiva (Barros, 2003; Batalha, 2010).

De acordo com vários autores (Askin e Wilson 2001; Barros, 2003; Fernandes, 2007; Batalha, 2010, entre outros) as respostas comportamentais e fisiológicas de dor mais evidentes são as seguintes:

Como *Respostas Comportamentais* são convincentes a Expressão facial, manifestada por olhos fechados firmemente, arqueamentos das sobrancelhas, compressão da fenda palpebral, tremor do queixo e boca aberta de forma quadrangular, língua tensa e protusa, fossas nasais largas e salientes, face cianosada com choro, grito com lágrimas (como está representado na Figura 3), e a Expressão corporal, expressa por violentos movimentos dos membros (extensão/flexão rápida), mão fechada em punho, alterações no ciclo sono/vigília, anorexia, alterações quanto ao nível de atividades, agitação/irritabilidades/indiferença.



Figura 3 – Expressão facial de dor

Fonte: Algren, C. (2001). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M. J., Wilson, Winkelstein. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª ed., pp. 637-705). São Paulo: Elsevier.

A Figura 4 mostra a expressão facial e corporal do RN, perante a dor. Algren (2001) chama a atenção para o facto de ser extremamente importante reconhecer a individualidade de cada criança e aceitar que por vezes aquelas que reagem com menos intensidade podem estar a sofrer de dor de forma intensa.



Figura 4 – Manifestação de Dor no Recém-Nascido

Fonte: Anjali (2012). *A Linguagem de Dor do Recém-Nascido*. Acedido em junho 15, 2012, em Babyoga Anjali Natural Baby & Kids: <http://anjaliteam.blogspot.pt/2010/01/linguagem-da-dor-no-recem-nascido.html>

As *Respostas Fisiológicas* manifestam-se por taquipneia ou bradipneia, polipneia, hipertensão arterial, hipoxia, cianose/palidez, sudorese palmar, diaforese, aumento do tónus muscular, pupilas dilatadas, aumento da pressão intracraniana, redução do tónus vagal, alterações laboratoriais (hiperglicemias, PH baixo, corpos cetónicos, entre outros), alterações hormonais (libertação de catecolaminas, hormona de crescimento, glucagon, cortisol, outros corticoides e aldosterona).

Os RN prematuros exprimem a dor através da expressão facial e do choro de forma menos reativa, que os RN de termo, revelando imaturidade nas respostas comportamentais, mas em contrapartida apresentam respostas fisiológicas mais intensas (Fernandes, 2007; Batalha, 2010).

Determinados comportamentos permitem que se conclua que os lactentes a partir dos 3/6 meses apresentam capacidade de memorização da experiência dolorosa e reagem significativamente ao estado emocional dos pais, durante o procedimento doloroso (Algren, 2001; Batalha, 2010).

As respostas comportamentais apresentam-se como um método mais acessível e prático, enquanto a avaliação das respostas fisiológicas obriga a técnicas invasivas dispendiosas e demoradas. Segundo Batalha (2010) as técnicas mais utilizadas pelos enfermeiros para identificação da dor nas crianças nesta faixa etária, são as respostas comportamentais, fazendo utilização mínima das respostas fisiológicas.

Primeira Infância (1-3 anos)

Segundo Batalha (2010) o conceito de imagem corporal na primeira infância está muito mal desenvolvido, principalmente no que se refere aos limites corporais. Por esse motivo todos os procedimentos efetuados às crianças nesta fase do seu desenvolvimento, por mais simples que sejam (como observação do ouvido, da garganta, etc.) são geradores de grande ansiedade podendo provocar uma resposta semelhante, aquela que seria provocada por um procedimento doloroso.

Nestas idades as respostas à dor são semelhantes aquelas apresentadas pelos lactentes, apesar das respostas individuais à dor serem influenciadas por um grande número de variáveis altamente complexas, como a memória, a contensão física, a separação dos pais, as reações emocionais das outras pessoas e a falta de preparação (Algren, 2001).

De modo geral nesta etapa do seu desenvolvimento, as crianças continuam a reagir com intenso desconforto emocional e resistência física, a qualquer experiência dolorosa real ou imaginária. As crianças reagem com birra, agressividade, evitam situações de jogo e atividades. Neste contexto os comportamentos indicativos de dor exprimem-se por choro, grito, expressão facial de raiva, careta, cerrar os lábios e dentes, balançar, arregalar os olhos, agitação, morder, bater, fugir, proteger a zona dolorosa, adoção de posição antiálgica, imobilidade (Algren, 2001; Barros, 2003; Batalha, 2010).

Face a alguns destes comportamentos, Barros (2003) refere que é importante saber distinguir entre a birra da criança que quer chamar a atenção dos pais, pois está habituada a este tipo de atitude e à cedência dos adultos, e a birra da criança que está verdadeiramente apavorada de medo, que não sabe controlar a situação, nem a compreende.

Aos 18/24 meses as crianças são geralmente capazes de comunicar a sua dor, apesar de não possuírem capacidade de a quantificar, em relação à sua intensidade e identifica-la em relação ao tipo de dor sentida. No entanto possuem capacidade de a localizar numa determinada área específica do corpo (Batalha, 2010).

Pré-escolares (3-6 anos)

É neste período que surgem os conceitos de doença e são influenciados pela capacidade cognitiva do estágio pré-operacional. As crianças em idade pré-escolar têm dificuldade em fazer a distinção entre elas próprias e o meio exterior. A causa da doença é percebida como uma ação concreta que a criança fez ou não, por exemplo: estar constipado porque andou ao frio sem casaco. Esta percepção implica um grau de responsabilidade e autopunição (Algren, 2001).

Neste grupo etário, os conflitos psicosssexuais tornam as crianças muito vulneráveis às ameaças de lesão corporal. Os procedimentos invasivos, devido ao fato dos conceitos de integridade corporal estarem mal desenvolvidos, quer sejam dolorosos ou não, são ameaçadores. No caso de uma injeção, as crianças podem reagir de igual forma que ao procedimento doloroso, mesmo com o simples ato de retirar a agulha, devendo-se ao fato de temer que o local de punção não volte a fechar e que o sangue saia pelo local da punção (Algren, 2001; Batalha, 2010).

As preocupações com a mutilação são primordiais, durante este período etário justificadas pelos referidos conflitos psicosssexuais, mas igualmente pela limitação na compreensão a respeito do funcionamento do corpo e pela dificuldade em compreender porque certas partes do corpo têm de ser corrigidas. Dizer a uma criança que as amígdalas têm de ser *retirada* é interpretado por ela como *perder a voz*, dado que para elas todas as palavras têm o seu sentido literário, nesta faixa etária.

O medo de perder qualquer parte do corpo é de tal forma ameaçador que dificulta ainda mais a compreensão e realização dos procedimentos médicos e de enfermagem, principalmente ligado, à área genital tais como correções cirúrgicas (circuncisão, correção hipospádia ou epispádia, ...) ou algaliações.

A sua experiência dolorosa é agravada pela inercia dos pais que observam os procedimentos sem aliviarem o seu sofrimento ou ainda pela sua separação (Algren, 2001; Batalha, 2010).

As reações à dor tendem a ser semelhantes às observadas na fase anterior, embora se evidenciem algumas diferenças, tais como: resposta mais favorável às intervenções de preparação, bem como à distração e à explicação; alteração comportamental manifesta-se por agressão física, afastam o enfermeiro, tentam segurar o equipamento ou esconder-se num local seguro; a dor é descrita pela localização, sensação desagradável, ou em termos associados à doença, e descrevem a sua intensidade; e as respostas fisiológicas, como alterações dos sinais vitais (Algren, 2001; Batalha, 2010).

Escolares (6-12 anos)

Nesta etapa destacam-se os medos relacionados com a natureza física da doença. As crianças estarão menos preocupadas com a dor em si, do que com a incapacidade secundária a ela, com a recuperação incerta, com o procedimento a realizar ou possível morte (Guerreiro e Curado, 2012).

As crianças nesta faixa etária estão conscientes do significado das diferentes doenças, do quanto são indispensáveis determinadas partes do corpo, dos perigos dos tratamentos, das

consequências das lesões, da perda irreversível de uma função e do significado da morte. Uma das principais preocupações das crianças em idade escolar é de ouvirem que alguma coisa não está bem com elas (Algren, 2001; Batalha, 2010).

Nesta fase do seu desenvolvimento, as crianças possuem grande interesse pela sua saúde e doença. A técnica ansiolítica encontrada para manter o controlo da situação, é a busca constante de informação, apesar das incertezas que possam estar a sentir, pois prontamente percebem mentiras e meias-verdades (Algren, 2001; Guerreiro e Curado, 2012). Toleram os procedimentos invasivos não dolorosos (exame físico aos ouvidos, nariz, boca/garganta), ainda que nesta fase as preocupações com a intimidade e privacidade tornam-se cada vez mais evidentes e significativas.

Os exames da zona genital devem ser realizados com o máximo de descrição e em último recurso na fase pré-adolescente, principalmente, pois são procedimentos muito stressantes e que causam muita repressão (Algren, 2001).

No início da fase do desenvolvimento cognitivo das operações concretas segundo Piaget, o choro e o grito como resposta à dor, diminuem. Por volta dos 9/10 anos as crianças demonstram pouca resistência à dor, pouco medo e alguns métodos de controlo e de como lidar com o desconforto sentido: ficar quieto, fechar os olhos, cerrar os punhos e os dentes, ser corajoso, ... (Batalha, 2010).

As crianças em idades escolares comunicam verbalmente a sua dor, intensidade, localização e descrição. Fazem o relato verbal da sua dor, na perfeição, descrevendo-a como uma coisa que *arde, queima, lateja, dói como uma facada...* (Algren, 2001; Batalha, 2010).

No entanto a imaturidade cognitiva que apresentam em alguns aspetos, contribuem para valorizarem menos a dor Barros, 2003).

Beales (1982, cit. por Barros, 2003) explica que nestas idades, apesar de descreverem muito bem dor e serem utilizadas expressões semelhantes pelos adolescentes, as crianças em idades escolares não relacionam a dor com a gravidade das situações ou com as incapacidades que possam daí surgir, enquanto as mais velhas, relacionam a dor à doença, a sensações de ansiedade, depressão e negativismo.

A maioria das crianças gosta que lhe expliquem o procedimento, de forma a diminuir a ansiedade. Outras procuram obter o controlo da situação adiando o procedimento ainda que na opinião de Algren (2001) esta situação só vai aumentar a ansiedade.

Nestas idades as posturas não-verbais são muito comuns. Expressão facial séria, respostas tristes, silêncio, inatividade, devem ser interpretadas pelos enfermeiros como sinal de pedido de ajuda. Não manifestam os seus sentimentos e não pedirão que fiquem com ela

durante o procedimento para lhe dar apoio, sendo necessário estar atento e a iniciativa desse ato ser do enfermeiro ou dos familiares (Algren, 2001; Guerreiro e Curado, 2012).

Adolescentes

Os adolescentes têm uma percepção da doença que não corresponde à realidade. A lesão, a dor, a doença/incapacidade e mesmo a morte são valorizadas em termos de como cada uma afeta a visão que o adolescente tem sobre si próprio (Algren, 2001; Batalha, 2010).

Qualquer alteração que diferencie o adolescente dos amigos, é considerada como uma grande preocupação, daí a natureza da lesão poder ser mais importante em termos de percepção da doença, do que o grau real de gravidade (Algren, 2001).

As doenças, os procedimentos clínicos e de enfermagem deixam os adolescentes muito perturbados em relação ao normal desenvolvimento do seu corpo e estado pubertário. Podem reagir negativamente, fazendo inúmeras perguntas, isolar-se, rejeitando outras pessoas ou questionando a necessidade de tais cuidados. A confiança excessiva pode ser um indício dessa preocupação. Deve ser respeitada a privacidade do adolescente, a fim de evitar maior stresse (Algren, 2001).

Associam a dor à sua situação presente e responsabilizam-na pela impossibilidade de concretização de projetos, provocando desinteresse por tudo o que os rodeiam (Batalha, 2010).

Reagem à dor com muito autocontrole, descrevem-na bem quanto à sua intensidade e localização. Os comportamentos mais comuns perante a dor são imobilidade, rigidez, posição fetal, protegem ou tocam a área dolorosa, fechar os punhos, podem tornar-se irritáveis, zangados, tristes, deprimidos, com comportamentos agressivos, isolarem-se, manifestarem alterações do sono, dependendo do coping podem interessar-se pela causa da dor ou serem indiferentes. A expressão facial não deve ser valorizada, pela aprendizagem social sobre aceitação da dor, neste contexto é fundamental o enfermeiro ouvir e observar atentamente alguns indícios, como limitação dos movimentos, tranquilidade excessiva ou irritabilidade. O adolescente pode ficar à espera que o enfermeiro vá ao seu encontro, com algum tipo de analgesia (Algren, 2001; Batalha, 2010).

Em resumo o desenvolvimento cognitivo da criança é fundamental para determinar como ela vai perceber, interpretar e reagir às situações dolorosas. Estas situações são analisadas segundo as teorias do desenvolvimento de Piaget. Assim, as crianças pequenas manifestam a sua dor, com características pré-operatórias, dando explicações finalistas e baseadas numa conceção de justiça. Associam a dor a uma transgressão. As crianças que atingem o estágio das operações concretas são capazes de compreender a existência de causa

mais objetiva, desvalorizando a transgressão. Os jovens no estágio formal, aceitam a causalidade psicológica, enquanto relativizam a causalidade direta e única (Barros, 2003).

Após refletir sobre o desenvolvimento da criança e a sua percepção da dor, será pertinente basear a intervenção de enfermagem nestes conceitos de forma a conseguir realizar uma correta avaliação e quantificação da dor na criança.

1.6 – INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: AVALIAR E QUANTIFICAR A DOR NA CRIANÇA

A prestação de cuidados de enfermagem na área da dor engloba duas formas distintas de intervenções a que o enfermeiro assume plena responsabilidade pela prescrição, execução e avaliação e aquela em que o enfermeiro executa segundo uma prescrição, sendo responsável pela sua execução e pela monitorização dos seus efeitos (Mateus, Ferreira, Monforte, et al, 2008).

Fontes e Jaques (2007:482) referem que os enfermeiros são quem “(...) identifica, avalia e notifica a dor, programa a terapêutica farmacológica prescrita, prescreve algumas medidas não farmacológicas e avalia a analgesia.”

Nas crianças, a dor é indiscutivelmente um fenómeno complexo, pela sua natureza subjetiva, associando-se ao processo de desenvolvimento cognitivo e linguístico (Jacob, 2011), sendo o autorrelato, reações comportamentais e/ou respostas fisiológicas são as três medidas essenciais na avaliação da dor nas crianças (Linhares e Docas, 2010; Jacob, 2011).

Gehdoo (2005) defende que o autorrelato é o indicador mais confiável da existência e da intensidade da dor em pediatria. Opinião partilhada por Margo McCaffery (1999, cit. por Mateus, Ferreira, Monforte, et al, 2008) justificando a sua posição pela subjetividade e pelo caráter pessoal que lhe está inerente, sublinhando a importância de valorizar sempre a manifestação de dor, referida pelo doente.

Ainda que a importância do autorrelato seja defendida por todos os autores consultados, Gehdoo (2005) não deixa de referenciar que infelizmente só será possível em crianças com habilidades cognitivas e de comunicação, pois em crianças pré verbais e com défice cognitivo ou físico, a avaliação baseada na observação de comportamentos e respostas fisiológicas, serão as opções disponíveis.

Torna-se por isso importante que a equipe de enfermagem esteja desperta e consiga avaliar as expressões verbais e não-verbais de dor.

No passado chegou-se a supor que as crianças eram incapazes de quantificar fenómenos abstratos, como a intensidade da dor. No entanto vários estudos vieram comprovar que as crianças são capazes de relatar os vários níveis do seu sofrimento, desde que lhe sejam proporcionados instrumentos adequados. Alguns desses instrumentos assemelham-se a jogos ou brinquedos que se destinam a medir o complexo e subjetivo fenómeno da dor em crianças pequenas (Batalha, 2003, 2010).

Os instrumentos que permitem o autorrelato são indiscutivelmente, os melhores indicadores da experiência dolorosa subjetiva e individual da criança, descrevendo os vários níveis e características do seu desconforto (Batalha, 2003; Lemos e Ambiel, 2010). Como refere Claro (2004, cit. por Lemos e Ambiel, 2010:374) “Somente quem está sentindo a dor pode saber o quanto dói!”.

No entanto a escolha desses instrumentos deve ser baseada na fase de desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança e na situação clínica da mesma (Batalha, 2010; Lemos e Miguel, 2008, Barbosa, 2009, cit. por Lemos e Ambiel, 2010).

A avaliação da dor pediátrica rege-se por algumas estratégias no sentido de fornecer informações quantitativas e qualitativas a respeito da dor da criança, com a finalidade específica de atender a criança numa perspetiva biopsicossocial e de lhe proporcionar o melhor tratamento possível de acordo com a situação (Direção Geral da Saúde, 2003; Batalha, 2010).

A DGS (2003, 2010) publicou orientações precisas sobre a avaliação da dor em pediatria, que foram complementadas pelas orientações de Mateus, Ferreira, Monforte et al (2008), da Ordem dos Enfermeiros (OE). Nestas orientações registam-se informações no sentido de dotar os profissionais da saúde de todo o material necessário, para uma boa prática no que respeita à história da dor, avaliação da intensidade da dor, ao uso de escalas e ao alívio da dor pediátrica.

Gehdoo (2004) e Algren (2001) descrevem um tipo de abordagem na avaliação da dor, que vai de encontro às orientações da DGS (2003; 2010) e de Mateus, Ferreira, Monforte et al (2008), de forma muito particular e original, designada por QUESTT.

Q = (*question*) Questione a criança.

U = (*use*) Utilize escalas de avaliação da dor

E = (*evaluate*) Estude mudanças comportamentais e fisiológicas

S = (*sensitive*) Seja sensível ao envolvimento dos pais

T = (*take*) Tome a causa da dor em consideração

T = (*take*) Tome medidas e avalie os resultados

Questione a Criança

De acordo com as normas da DGS (2010) o questionar a criança, ou seja, o autorrelato, deve ser o método de eleição na avaliação da dor. Sempre que estágio de desenvolvimento e/ou cognitivo, ou outra situação clínica da criança o permitir, deverá ser feito a partir dos 3 anos. No entanto nesse período a criança ainda carece de capacidade simbólica e de quantificar a intensidade da dor, o que continua a ser um desafio na correta e completa avaliação da dor, pelo enfermeiro (Batalha, 2010). As afirmações e descrições verbais de dor feitas pelas crianças são fatores importantes no seu processo de avaliação. O questionário deve ser paciente. O contributo dos pais é fundamental de forma a transmitir ao enfermeiro os termos ou palavras utilizadas no meio familiar para descrever a dor e ajudar em toda a envolvimento do processo de avaliação. As crianças mais pequenas poderão ter dificuldade em compreender o significado da palavra *dor*, necessitando de símbolos ou sinónimos simples, para o seu entendimento (ex. *dói-dói*) (Gehdoo, 2004; Algren, 2001). Algumas das questões que habitualmente se colocam à criança e que poderão responder por escrito: *Conta-me como é a dor; Onde é a tua dor; Diz-me como foram as tuas dores anteriores; Contas aos outros quando tens dores? Se sim, quando?; O que fazes quando tens dores?; O que não queres que te façam quando tens dores?; O que mais te ajuda a passar a dor?*. Estas questões vão poder ajudar a encontrar estratégias de controlo e tratamentos mais adequados da dor da criança (Batalha, 2005).

Algumas crianças podem ter dificuldades em verbalizar a localização da sua dor. Nestes casos pode ser pedido para pinte ou contorne no corpo humano a área correspondente do corpo onde lhe dói (Algren, 2001).

A criança pode negar a dor se o enfermeiro que a questionar lhe for estranho, ou ela julgar que é necessário ser corajosa e ter de suportar a dor, tiver medo ou ainda pensar que vai levar uma injeção para aliviar a dor (Batalha, 2003; Gehdoo, 2004).

Ao questionar a criança os enfermeiros estarão a realizar a **História da dor**, referenciada pela DGS (2010). Esta é caracterizada por recolher todo o tipo de informações de várias fontes, nomeadamente a dos pais/cuidadores principais: características da dor (localização, intensidade, tipo, duração, frequência, sintomas associados); fatores de alívio ou agravamento; formas de comunicar/expressar a dor; estratégias de coping; efeitos da dor na vida diária; comportamentos da criança e ambiente familiar; experiências anteriores; impacto emocional e socioeconómico; uso e efeito de medidas de alívio da dor.

Nem sempre é possível obter uma resposta clara por parte da criança, quer seja devido à sua imaturidade para se expressar, quer à sua incapacidade para tal. Recorre-se ao

complemento indispensável, as escalas de avaliação que surgem em muitas avaliações como complemento indispensável na abordagem da avaliação da dor em pediatria.

Utilize Escalas de Avaliação da Dor

Sendo a dor uma experiência subjetiva, única e individual, a sua avaliação e quantificação (medição) poderiam ser considerados como métodos não científicos, ficando à consideração de quem os pratica (Batalha, 2010).

Com a finalidade de tornar mensurável um indicador, que é por sua natureza subjetivo, os cientistas colocaram à disponibilidade dos profissionais da saúde instrumentos validados para o efeito. Estes instrumentos são designados por Escalas de Avaliação da Dor (Batalha, 2010; Fernandes, 2000).

As escalas de avaliação oferecem então, uma medida quantitativa da dor (Algren, 2001)

Estude mudanças comportamentais e fisiológicas

A observação em enfermagem pediátrica é um elemento fundamental e insubstituível. No que respeita à dor é de extrema importância, pois permite a análise do estado cognitivo e físico da criança, avaliando a forma como a criança é afetada pelo estímulo doloroso (Batalha, 2003).

Desta forma, exige-se uma observação cuidadosa da criança, com a finalidade de serem detetadas alterações comportamentais, indicadores de sofrimento. As manifestações comportamentais são, como já foi referido, habitualmente expressas através de vocalizações, expressões faciais e movimentos corporais (Gehdoo, 2005; Fontes e Jaques, 2007; Jacob, 2011).

Jacob (2011) refere, que a utilização do registo das alterações comportamentais reverte-se de grande utilidade na avaliação da dor em latentes e/ou em crianças pré-verbais e com problemas de desenvolvimento cognitivo. Neste grupo, incluem-se crianças com distúrbios neurológicos, atraso mental, distúrbios metabólicos, autismo, lesão cerebral grave e com barreiras de comunicação, como por exemplo crianças gravemente doentes, ventiladas, sedadas, com distúrbios neurológicos, com perda visual e/ou auditiva. Nestas situações as crianças estão em risco de serem subavaliadas em relação à sua dor e consequentemente tratadas inadequadamente.

Crianças com dor aguda podem apresentar aumento da frequência cardíaca, respiratória e tensão arterial, midríase, sudorese, palidez ou rubor, anorexia, náuseas, vômitos, rigidez muscular, diminuição da saturação de oxigénio, entre outros indicadores fisiológicos

(Gehdoo, 2005; Fontes e Jaques; Jacob, 2011). No entanto tais alterações não discriminam entre respostas fisiológicas à dor ou outras formas de *stress* (Gehdoo, 2005).

Contrariamente a esta posição, os autores consultados (Gehdoo, 2005; Fontes e Jaques, 2007; Batalha, 2010; Jacob, 2011) são unânimes em referir de que é difícil discriminar entre sinais específicos devido à dor ou sentimentos de raiva, ansiedade, angustia e medo.

Na opinião de Jacob (2011) as informações recolhidas da avaliação comportamental são insuficientes para se considerar a experiência dolorosa, no entanto dão uma imagem mais complexa quando consideradas as alterações fisiológicas e sempre que seja possível, associadas ao autorrelato. Esta medida é mais fiável na dor aguda (punção venosa, punção no calcâneo, vacinas, injetáveis) do que na dor de longa duração.

É de salientar que podem surgir comportamentos inadequados à idade da criança (mais controlados do que seriam de esperar), associados ao temperamento ou a fatores culturais e/ou familiares (Fontes e Jaques, 2007). Como refere Barros (2003) a manifestação comportamental de dor pode estar associada ao desenvolvimento e aprendizagem e reflete a totalidade de experiência individual de dor. Opinião partilhada por Jacob (2011) sublinhando que em crianças mais velhas, as reações comportamentais perante a dor nem sempre são concordantes com os relatos verbais, sobre a intensidade da dor.

Seja sensível ao envolvimento dos pais

A avaliação da dor como cuidado de enfermagem à criança não deverá descurar a importância de envolver os pais em todo o processo para que este tenha sucesso, pois estes estão mais sensíveis às modificações no comportamento, sabem geralmente o que os incomoda e como acalmá-los (Guerreiro e Curado, 2012).

Contrariamente a esta posição, Algren (2001) afirma que alguns pais podem não associar alterações comportamentais de seus filhos (irritabilidade ou isolamento, por ex.), a sintomas de dor, por nunca terem presenciado seus filhos com dor intensa. No entanto os pais sabem como confortar os seus filhos, são as pessoas que cuidam mais frequentemente da criança. Encorajar a participação destes, proporciona-lhes conforto e sensação de poder de ajuda.

Sobre este assunto Guerreiro e Curado (2012:78) acrescentam

“ (...) é da responsabilidade do enfermeiro enquanto prestador de cuidados, intervir a todos os níveis de forma a minimizar o sofrimento da criança e da sua família, privilegiando os cuidados em parceria com esta, com o objetivo de atingir o máximo bem estar da criança otimizar a capacidade da família de interagir e intervir com a criança, durante o tempo em que está submetida a níveis elevados de stress, como acontece quando sente dor. “

O envolvimento dos pais no processo de avaliação da dor inclui inevitavelmente a entrevista, incluída na História da Dor. As questões, que devem ser colocadas de forma paralela aos pais e aos filhos, podem ser realizadas oralmente ou por escrito. Esta parceria entre enfermeiro, criança e pais/cuidadores aumenta o sentimento de confiança entre os elos da tríade, levando a um maior grau de participação nos cuidados, elemento essencial a uma boa avaliação, prevenção e tratamento da dor (Batalha, 2010).

Outro fator a considerar é a intervenção de enfermagem na avaliação da dor crónica, cujo componente mais importante para se poder obter uma correta avaliação, é desenvolver uma relação de confiança entre o enfermeiro, a criança e a família de modo a que haja uma compreensão profunda da experiência dolorosa. Outros componentes igualmente importantes a considerar são o início da dor, duração, a sensibilidade ao tratamento, fatores que agravam ou aliviam a dor, relacionamento da criança com a família (Turner, 2005 cit. por Jacob, 2011).

Tome a causa da dor em consideração

Barros (2003) considera que qualquer criança ou adolescente que procura ajuda por queixa dolorosa deverá ser sempre avaliada e ajudada, independentemente do comportamento que manifeste.

Sweet e McGrath (1998, cit. por Jacob, 2011:170) partilham da mesma opinião, afirmando que “Nos lactentes com capacidade reduzida de responder intensivamente à dor, é imperativo presumir que existe dor em todas as situações consideradas dolorosas para adultos e crianças, mesmos na ausência de sinais comportamentais e fisiológicos.”

Tome medidas e avalie os resultados

Com a avaliação da dor em pediatria os enfermeiros pretendem aliviar a dor, utilizando para isso medidas farmacológicas e não farmacológicas. No entanto o alívio total pode não ser possível (Algren, 2001).

É inequívoco que o sucesso do tratamento da dor está condicionado a uma correta avaliação e posterior registo, e que estes deverão ser efetuados sistematicamente, tal como se processa com os outros sinais vitais e sempre que sejam efetuados procedimentos potencialmente dolorosos (Pimentel, 2006 cit. por Fontes e Jaques, 2007).

Fontes e Jaques (2007) sublinham que o registo assume particular importância pois permite a partilha de informações entre a equipa multidisciplinar, permitindo o ajusto do tratamento.

Davis e Walsh (2004 cit. por Fontes e Jaques, 2007) estabeleceram comparações entre doentes com intensidade da dor avaliada e registada sistematicamente, apresentando redução significativas, em comparação com aqueles que não são monitorizados.

A dor é atualmente considerada um sinal vital, o quinto sinal vital, tão importante quanto os outros quatro: pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração. O seu controlo é um dever de todos os profissionais da saúde, um direito dos doentes e um passo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2003; Sousa, 2002, cit. por Lemos e Ambiel, 2010).

O registo da avaliação da dor é usado para monitorizar a eficácia das intervenções. Os membros da família, são excelentes parceiros dos enfermeiros na manutenção do registo de avaliação (Algren, 2001).

É de suma importância em pediatria, que a avaliação da dor seja feita com regularidade e de forma sistemática, assegurando o tratamento e evitando a subjetividade, utilizando para o efeito um método eficaz e adaptado a cada criança. No entanto para além da avaliação programada, dever-se-á respeitar o princípio da frequência de qualquer outro sinal vital, aumento de frequência de avaliação sempre que aumentar de intensidade a dor, necessitando para isto de ser registada, ser traduzida numa ação apropriada de alívio da dor e identificar a causa do seu agravamento (Batalha, 2010; Gregoire e Finley, 2008, cit. por Lemos e Ambiel, 2010).

No seguimento do que foi registado, Kraychete e Wanderley (2011) são da opinião de que a avaliação da dor tem como objetivos caracterizar a dor, quanto à sua localização e intensidade, identificar a causa ou os fatores que a desencadeiam, detetar as consequências na criança, seleccionar o tratamento mais adequado e avaliar a eficácia do mesmo. Opinião partilhada por Batalha (2010), referindo que deve visar fundamentalmente reunir o máximo de informações, no sentido de determinar as ações a serem tomadas para o alívio da dor e simultaneamente avaliar a sua eficácia.

1.6.1 – Escalas de Avaliação: apresentação e descrição

Quando na década de 80 se impulsionaram estudos no sentido de evidenciar que as crianças eram capazes de indicar os vários níveis do seu sofrimento, desde que lhes sejam dados instrumentos adequados (semelhante a jogos ou brinquedos), esses estudos traduziram-se em elementos fundamentais, dando origem a uma nova conceção acerca da dor pediátrica (Rossato e Angelo, 1999).

Os estudos prosseguiram, bem como o desenvolvimento de escalas de avaliação de dor. Existem várias escalas de dor, ainda que para se conseguir uma classificação válida e confiável da intensidade da dor, devem ser orientadas pelo tipo de dor; idade da criança; situação clínica; facilidade de interpretação e aplicação. Os pais /cuidadores principais devem ser orientados no sentido de garantir a compreensão e utilização dos instrumentos de avaliação da dor (Algren, 2001; Batalha, 2010; DGS, 2010; Fernandes, 2000; Mateus, Ferreira, Monforte et al 2008).

Apesar de atualmente não existir uma escala universal, existem instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis para todos os grupos etários e situação clínica (Batalha, 2010).

Sobre esse assunto Fernandes (2000: 29-30) refere que,

“Estes instrumentos têm procurado, uns, facilitar à pessoa com dor a localização e a descrição verbal dos aspetos qualificativos, outros, quantificar a intensidade da dor. Na medida em que é reconhecido o caráter subjetivo da dor e a sua (...) dependência da linguagem para se manifestar, estes instrumentos de avaliação baseiam-se no autorrelato (...). Os esforços para colmatar estas dificuldades de avaliação da dor na criança vêm sendo desenvolvidos (...) instrumentos mais simples de utilização e mais cativantes por serem mais adequados ao universo simbólico das crianças de várias idades.

As escalas de avaliação da dor pediátrica dividem-se, quanto ao método usado, em: auto - avaliação (a criança descreve a sua dor) e hetero – avaliação (observação de indicadores comportamentais e fisiológicos ou ambos, realizados pelos pais, enfermeiros ou outro).

Auto – avaliação: valoriza a percepção da criança que vivencia a dor. Considerada modelo preferencialmente escolhido na sua medição, desde de que a criança reúna as condições (Batalha, 2010). Aos 18 meses as crianças localizam e expressam bem a sua dor (Fidelis e Kawai, 2010) e indicam os vários níveis da sua dor, com o auxílio de escalas adequadas (Batalha, 2010; Lemos e Ambiel, 2010). Segundo a indicação da DGS (2010) a idade ideal para o uso de escalas de auto – avaliação são os 3 - 4 anos. Batalha (2010) é da opinião que para uma auto – avaliação ser fiável e segura, a utilização deste tipo de escalas deverá ter início, na sua maioria, a partir dos 4 anos. É importante anotar que as crianças mais novas habitualmente atribuem pontuação mais elevada à dor aguda, contrariamente com o que ocorre com crianças mais velhas (Batalha, 2010). A auto – avaliação deve ter em consideração as habilidades cognitivas da criança. Entre os 2 – 4 anos a criança pode dar informações sobre a sua dor, no entanto é muito difícil compreender os conceitos referentes a intensidade e qualidade da dor (Correia & Linhares, 2008 cit. por Linhares e Docas, 2010). A utilização do jogo como escala de avaliação facilita muito o trabalho nesta faixa etária. São disso exemplo a utilização de cubos, em que são dados de vários tamanhos, de modo que a

criança escolha o tamanho do cubo adequado à intensidade da dor sentida. São escalas que estão validadas e muito uteis (Linhares e Docas, 2010).

De modo geral as escalas de auto – avaliação são apresentadas em forma de desenho ou ilustração, de forma a descrever os vários graus de dor da criança, pretendendo dar elementos visuais e concretos de avaliar a sua dor. São favoritos entre as crianças dos 4 aos 7 anos de idade, por serem de fácil compreensão. De entre as várias escalas validadas, são disso exemplo: Face Pain Scale – R e Oucher (Batalha, 2010).

São várias as escalas de auto – avaliação disponíveis e validadas, no entanto de entre vários autores consultados selecionei algumas mais pertinentes para o trabalho: Escala de Faces de Wong – Baker; Faces Pain Scale – Revised (FPS – R); Escala Visual Analógica (EVA); Escala Numérica (EN) (DGS, 2010), Questionário McGill de Dor (MPQ) (Batalha, 2010) e Contorno do Corpo (Barros, 2003).

Hetero - avaliação: Recorre-se a este método sempre que o anterior seja impossível de ser concretizado. Permite conhecer o estado subjetivo da dor da criança, através da observação atenta dos pais ou dos profissionais da saúde, e que posteriormente saibam aplicar corretamente os resultados, na escala de avaliação da dor implementada no serviço (Quiles, Hofstadt, Quiles, 2004). Uma das dificuldades na hetero – avaliação é em diferenciar a dor do *stress*, do medo ou outro sintoma idêntico de ansiedade. Quando esta diferença não é clara, Batalha (2010) sugere ser de boa prática que o enfermeiro proceda à avaliação e ao tratamento idêntico ao da dor, pois esta é sempre fator de *stress* e afeta as habilidades de coping da criança.

Existe um número diversificado de escalas de hetero – avaliação da dor em pediatria, todos eles com a sua utilidade e aplicabilidade em casos específicos, no entanto selecionei de entre uma pesquisa cuidadosa os que pensei se adequarem melhor ao contexto do tema em causa. Após a pesquisa, a seleção foi a seguinte: Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN); Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); Premature Infant Pain Profile (PIPP); Objective Pain Scale (OPS); Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) e FLACC – R; (Batalha, 2010; Direção Geral da Saúde, 2010) e Douleur Enfant San Salvador (DESS) (Garcia e Fernandes, 2007).

Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) (Quadro 1)

Escala comportamental, referenciada particularmente para as Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (recém-nascidos prematuros e de termo). É composta por cinco indicadores comportamentais: expressão facial; movimentos corporais; qualidade do sono; qualidade de interação (Sociabilidade) e reconforto (consolabilidade). Cada indicador é

medido numa escala de 0 a 3 pontos, variando entre uma pontuação mínima de 0 pontos e máxima de 15 pontos. Para um valor igual ou superior a 5 pontos, recomenda-se uma intervenção terapêutica de alívio da dor. A aplicação da escala de EDIN é rápida, simples e a concordância entre os vários avaliadores é excelente (Batalha, 2010).

Quadro 1 – Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN)

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

Fonte: DGS (2010). *Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: DGS

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (Quadro 2)

Indicada na avaliação da dor em prematuros e recém-nascidos de termo (a partir das 24 semanas de gestação) (Batalha, 2010). É composta por seis indicadores de dor: cinco comportamentais e um fisiológico: expressão facial; choro; movimento de braços e pernas; estado de vigília/alerta e movimentos respiratórios. Todos os indicadores são medidos de 0 a 1, com exceção do choro, que é medido de 0 a 2. A cotação total pode variar de 0 a 7, numa classificação de 0 sem dores; 1 a 2 dor fraca; 3 a 5 dor moderada e 6 a 7 dor forte (Kanai e Fidelis, 2010). É considerada uma escala de hétero – avaliação comportamental simples e de fácil utilização. Está contra indicada para recém-nascidos entubados (Batalha, 2010).

Quadro 2 – Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

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

Fonte: DGS (2010). Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Premature Infant Pain Profile (PIPP) (Quadro 3)

Escala de hetero – avaliação, indicada para a avaliação da dor em procedimentos. É um instrumento de avaliação multidimensional que avalia a dor aguda em recém-nascidos, através de indicadores fisiológicos (frequência cardíaca e saturação de O₂), comportamentais (movimentos faciais: protuberância da sobrancelha; olhos apertados e sulco nasolabial) e aspetos contextuais (idade gestacional e estado de sono e vigília). No total são avaliados sete indicadores (Ballantyne, Stevens, McAllister, Kim & Jack, 1999; Steven et all, 1996 cit. por Linhares e Docas, 2010). Cada indicador é medido de 0 a 3 pontos. A pontuação máxima é de 21 pontos, dependendo no entanto da idade gestacional do recém-nascido. Uma pontuação menor ou igual a 6 pontos indica ausência de dor, ou dor mínima, contrariamente, uma pontuação superior a 12 indica dor moderada a intensa. Esta escala carece de estudos quanto à sua aplicabilidade e viabilidade em prematuros que são submetidos a procedimentos dolorosos repetidos que estão gravemente doentes, ventilados e sob o efeito de medicação que possa alterar a expressão da dor. No entanto ela está devidamente validada e a sua aplicabilidade está em concordância com os diferentes observadores (Batalha, 2010).

Quadro3 – Premature Infant Pain Profile (PIPP)

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

Fonte: DGS (2010). Orientação n.º14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Escala Objective Pain Scale (OPS) (Quadro 4)

Escala de hetero – avaliação, multidimensional, composta por quatro indicadores comportamentais e um fisiológico: pressão arterial sistólica; choro; movimentos; agitação; expressão verbal ou corporal. Cada indicador tem uma cotação que varia de 0 a 2 pontos, perfazendo uma pontuação que oscila entre o mínimo de 0 e o máximo de 10 pontos. O valor que normalmente referencia a intervenção terapêutica é igual ou superior a 3 pontos. Está validada para ser aplicada a crianças em qualquer idade (dos 0 aos 18 anos). Muito escolhida pelos enfermeiros, pela sua simplicidade e facilidade de uso (Algren, 2001; Batalha, 2010).

Quadro 4 – Escala Objective Pain Scale (OPS)

Indicador	Descrição
Choro	0 – Ausente 1 – Presente, mas consolável 2 – Presente e inconsolável
Movimento	0 – Ausente 1 – Inquieto 2 - Intenso
Agitação	0 – Adormecido ou calmo 1 – Leve 2 - Histérico
Expressão verbal ou corporal	0 – Adormecido em sem manifestar dor 1 – Dor leve (não consegue localizar) 2 – Dor moderada (pode localizar) verbalmente ou apontando
Varição da tensão arterial sistólica	0 – Aumento de <10% 1 – Aumento de 10 a 20 % 2 – Aumento ≥20%

Fonte: Adaptado de Batalha, L. (2010). Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel.

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) (Quadro 5)

Escala comportamental de hetero – avaliação, fácil e de rápida aplicação. Validada e confiável para quantificar a dor nos mais variados contextos clínicos, em qualquer idade pediátrica (Silva e Thuler, 2008; Batalha, Reis, Costa e Carvalho, 2009), e mais concretamente na dor pós – operatória e em crianças entre os 2 meses e os 7 anos. Pode ser usada em crianças com atraso de desenvolvimento cognitivo até aos 21 anos (Silva e Thuler, 2008; Batalha, 2010). É composta por 5 indicadores comportamentais: expressão facial; movimentos das pernas; atividade; choro; consolabilidade. Cada indicador é medido de 0 a 2 pontos perfazendo uma pontuação total que varia entre 0 a 10 pontos (Batalha, Reis, Costa e Carvalho, 2009). A utilização prática e a variação da pontuação entre 0 a 10 pontos facilita a comparação com escalas de auto - avaliação, quando possível. Inerentes às suas características, esta escala apresenta algumas vantagens: rapidez de aplicação, facilidade em memorização, aplicada em vários contextos de dor e em todo o grupo etário pediátrico, o que irá contribuir na implementação das normas preconizadas pela DGS (2003; 2008; 2010) e consequentemente terá influência numa tomada de decisão clinicamente segura, no que respeita ao controlo da dor (Batalha, Reis, Costa, Carvalho e Miguens, 2009; Batalha, 2010).

Quadro 5 – Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)

Identificação			Data				
			Hora				
	0	1	2				
Face	Nenhuma expressão particular ou sorriso	Careta ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas				
Pernas	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas				
Atividade	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos				
Choro	Ausência de choro (acordado ou adormecido)	Gemido ou choramingos; queixas ocasionais	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.				
Consolabilidade	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar				
Pontuação Total							

Fonte: Adaptado de DGS (2010). Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACC – R) (Quadro 6)

Instrumento de avaliação validado e revisto, para ser utilizado em crianças e adolescentes com multideficiências. A intensidade da dor deverá ser mantida num valor

inferior a 3/10, para se poder considerar uma boa qualidade de cuidados no controlo da dor, na utilização das escalas de FLACC e FLACC –R (DGS, 2010).

Quadro 6 - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC - R)

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

Fonte: Adaptado de DGS (2010). Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Escala de Faces de Wong – Baker (Figura 5)

Escala de auto – avaliação, que segundo as indicações da DGS (2010) pode ser utilizada por crianças a partir dos 3 anos de idade, no entanto deve ser assegurado o bom entendimento por parte da criança. Esta escala é apresentada por seis expressões faciais alinhadas, iniciando-se pelo sorriso e modificando-se gradualmente até chegar ao último rosto, que é muito triste (Kanai e Fidelis, 2010). A criança deve ser orientada no sentido da representatividade de cada face: Face 0 = está muito feliz porque não tem dores nenhuma; Face 1 = tem apenas um pouco mais de dor; Face 2 = tem um pouco mais de dor; Face 3 = tem ainda mais dor; Face 4 = tem muita dor; Face 5 = tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro. Pede-se à criança para escolher a face que melhor descrever a sua dor (DGS, 2010). Stinson et al (2006 cit. por Linhares e Docas, 2010) referem alguns

problemas na utilização desta escala, no sentido de que se sobrepõem a alegria/tristeza e a não dor/dor, podendo confundir a criança no momento da avaliação, sugerindo que esta avalie aspetos afetivos da dor contrariamente ao pretendido, avaliação da intensidade da mesma. Esta posição é defendida por Batalha (2010:30), que regista o fato dizendo que “ Escalas com faces sorridentes e/ou com lágrimas predis põem a crianças a avaliar mais o seu estado emocional do que sensorial”.

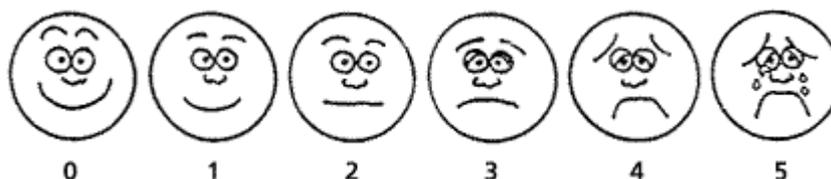


Figura 5 – Escala de Faces de Wong – Baker

Fonte: DGS (2010). Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) (Figura 6)

Escala das faces revista é uma adaptação da escala anterior. Avalia a dor por meio da apresentação de seis faces alinhadas com expressão de dor (face neutra para ausência de dor), em graduação ordinal crescente, variando a pontuação entre 0 a 10 pontos (0, 2, 4, 6, 8, 10) (Linhares e Docas, 2010; Batalha, 2010). Segundo a ANAES (*Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*) e descrito por Batalha (2010) a categorização desta escala é realizada da seguinte forma: **Face 1**: sem dor = 0 pontos; **Face 2**: dor ligeira = 2 pontos; **Face 3**: dor moderada = 4 pontos; **Face 4**: dor intensa = 6 pontos; **Face 5** ou **6**: dor muito intensa = 8 ou 10 pontos. É explicado à criança o significado das faces, no sentido de comparar a expressão de cada rosto com a palavra “magoar” ou “doer”. No sentido da esquerda para a direita a face tem uma expressão de cada vez maior sofrimento doloroso. É pedido à criança que identifique a face que, no presente momento, representa melhor a expressão do seu sofrimento (DGS, 2010). Está validada e recomendada para ser utilizada em crianças dos 4 aos 6 anos de idade. No entanto o IASP (2001) refere poder ser alargada até aos 16 anos. É o instrumento mais utilizado e recomendado pela IASP e é o preferido das crianças por ser concreto e de fácil compreensão (Batalha, 2010). No entanto, para que a funcionalidade da escala ter o êxito pretendido, Batalha (2010) realça alguns princípios essenciais: ter a definição clara das suas extremidades (face sem dor e face com muita, muita dor) e que cada face indica que a dor vai aumentando (esquerda para a direita); nunca utilizar expressões como triste ou contente; assegurar que a criança compreendeu a explicação e aponte a face que corresponde à sua dor naquele momento.

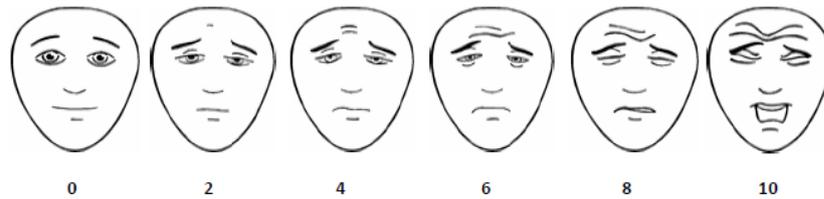


Figura 6 – Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)

Fonte: DGS (2010). Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Lisboa: DGS.

Escala Visual Analógica (EVA) (Figura 7)

Escala de auto – avaliação da dor em crianças a partir dos 6 anos de idade (DGS, 2010). Apresenta-se numa linha horizontal ou vertical, com 10 cm de comprimento e onde na extremidade esquerda regista a classificação “Sem Dor” e na extremidade direita, regista “Dor Máxima” (poderá variar a designação segundo os modelos, no entanto serão usados sinónimos). A criança deverá identificar o local onde se situa a sua dor atual (Risotti e Ferreira, 2005). A ANAES categoriza a escala do seguinte modo: sem dor = < 10; dor ligeira = 10 a 30; dor moderada = 30 a 50; dor intensa = 50 a 70; dor muita intensa = ≥ 70 (Batalha, 2010). A sua utilização é muito eficiente na avaliação da intensidade da dor aguda, resultante de procedimentos e na dor pós-operatória (Linhares e Docas, 2010). A sua aplicação é fácil, podendo no entanto complicar-se pelas características inerentes à personalidade da criança: minimizarem a dor pelo medo de estranhos; demonstrarem serem corajosos; terem medo dos possíveis tratamentos (Batalha, 2010).

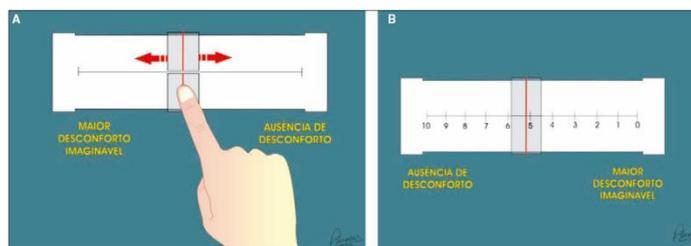


Figura 7 – Escala Visual Analógica (EVA)

Fonte: Leal, F., Lipener, C., Chalita, M. R., Uras, R., Campos, M., Höfling-Lima, A. L. (2007). Lente de contato de material híbrido em pacientes com ceratocone e astigmatismo miópico composto. Acedido em novembro 15, 2012, em Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v70n2/11.pdf>

Escala Numérica (EN) (Quadro 7)

A EN consiste numa linha reta dividida em onze segmentos iguais, em que as divisões ao longo da linha são marcadas de 0 a 10. O 0 é classificado como *Sem Dor* e o 10 como *A Dor Mais Forte que se Possa Imaginar*. Pede-se à criança para assinalar o número

correspondente à intensidade da dor sentida. Está indicado para avaliar a dor em crianças a partir dos 6 anos (DGS, 2003 e 2010; Rigotti e Ferreira, 2005).

Quadro 7 – Escala Numérica (EN)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Fonte: Adaptado de DGS (2003). Circular Normativa nº9: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Lisboa: DGS.

Questionário McGill de Dor (MPQ) (Figura 8)

É um instrumento multidimensional avaliando a dor em 3 dimensões: localização, intensidade e qualidade. Validado para avaliar a dor aguda ou crónica, em crianças e adolescentes, a partir dos 8 anos de idade (Jacob, 2011; Martinez, Grassi e Marquez, 2011). O adolescente encontra-se na fase cognitiva das operações formais, capaz de quantificar e qualificar os fenómenos dolorosos, para além de poder com mais facilidade incluir fatores psicológicos e emocionais na sua descrição da dor (Jacob, 2011). No entanto Rossato e Magaldi (2006) realizaram um estudo, no sentido de perceberem se as crianças mais novas saberiam ou não avaliar a qualidade da sua dor, desde que lhes fossem fornecidos instrumentos adequados ao seu desenvolvimento cognitivo. Desse modo, adaptaram o MPQ a “Cartões de Qualidade” em que utilizaram a personagem Cebolinha para representar a expressão adequada. Foram escolhidas crianças entre os 3 e os 16 anos, com dor aguda e crónica e com boa capacidade de comunicação. Após os procedimentos formais e legais chegou-se à conclusão que estas crianças demonstraram serem capazes de avaliar a sua dor em várias dimensões. A versão Portuguesa do MPQ é constituída por uma escala qualitativa de intensidade da dor e de um desenho do corpo humano no qual a criança/o jovem assinala a localização da sua dor (Varoli e Pedrazzi, 2006). As palavras descritas estão agrupadas em áreas distintas numa tabela e subdivididas em quatro grandes dimensões: sensorial discriminativo (1-10); afetivo motivacional (11- 15); avaliativo cognitivo (16) e miscelânea (17-20). A criança/adolescente escolhe no máximo uma palavra em cada grupo na tabela (máximo 20), que caracterize melhor a sua dor. O índice de dor é calculado pela soma dos valores de intensidade de cada palavra (0-5), tendo este um máximo de 78. O diagrama corporal ajuda na localização e avaliação da dor quanto ao tempo e duração. O MPQ permite avaliar a dor em diversos aspetos, de forma simples e objetiva (Martinez, Grassi e Marquez, 2011).

McGill Pain Questionnaire – Português

Nome _____ Data _____ Hora _____
 Analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 analgésico(s) _____ Dosagem _____ Hora da Adm. _____
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3
 IAvD: S _____ Af _____ Av _____ M(S) _____ M(AfAv) _____ M(T) _____ PRI (T) _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

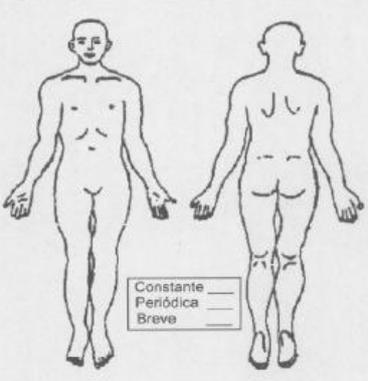
<table border="0"> <tr><td>1 Espasmódica _____</td><td>11 Cansativa _____</td></tr> <tr><td>Tremor _____</td><td>Exaustiva _____</td></tr> <tr><td>Pulsátil _____</td><td>12 Enjojetiva _____</td></tr> <tr><td>Latejante _____</td><td>Sufocante _____</td></tr> <tr><td>Martelante _____</td><td>13 Amedrontadora _____</td></tr> <tr><td>2 Crescente _____</td><td>Apavorante _____</td></tr> <tr><td>Repentina _____</td><td>Aterrorizante _____</td></tr> <tr><td>Provocada _____</td><td>14 Castigante _____</td></tr> <tr><td>3 Picada _____</td><td>Debilitante _____</td></tr> <tr><td>Agulhada _____</td><td>Cruel _____</td></tr> <tr><td>Perfurante _____</td><td>Perversa _____</td></tr> <tr><td>Punhalada _____</td><td>Mortal _____</td></tr> <tr><td>Lancinante _____</td><td>15 Desgraçada _____</td></tr> <tr><td>4 Aguda _____</td><td>Enlouquecedora _____</td></tr> <tr><td>Cortante _____</td><td>16 Incômoda _____</td></tr> <tr><td>Dilacerante _____</td><td>Perturbadora _____</td></tr> <tr><td>5 Beliscante _____</td><td>Desconforto _____</td></tr> <tr><td>Pressionante _____</td><td>Intensa _____</td></tr> <tr><td>Pinçante _____</td><td>Insuportável _____</td></tr> <tr><td>Cãibra _____</td><td>17 Difusa _____</td></tr> <tr><td>Esmagamento _____</td><td>Irradiante _____</td></tr> <tr><td>6 Figada _____</td><td>Penetrante _____</td></tr> <tr><td>Puxão _____</td><td>Que transpassa _____</td></tr> <tr><td>Distensão _____</td><td>18 Aperto _____</td></tr> <tr><td>7 Quente _____</td><td>Dormente _____</td></tr> <tr><td>Queimação _____</td><td>Estirante _____</td></tr> <tr><td>Escaldante _____</td><td>Esmagadora _____</td></tr> <tr><td>Queimadura _____</td><td>Demolidora _____</td></tr> <tr><td>8 Formigamento _____</td><td>19 Fresca _____</td></tr> <tr><td>Cocœira _____</td><td>Fria _____</td></tr> <tr><td>Ardência _____</td><td>Congelante _____</td></tr> <tr><td>Feroçada _____</td><td>20 Importunante _____</td></tr> <tr><td>9 Insensibilidade _____</td><td>Nauseante _____</td></tr> <tr><td>Sensibilidade _____</td><td>Angustiante _____</td></tr> <tr><td>Que Machuca _____</td><td>Desagradável _____</td></tr> <tr><td>Dolorida _____</td><td>Torturante _____</td></tr> <tr><td>Forte _____</td><td>IAD _____</td></tr> <tr><td>10 Suave _____</td><td>0 Sem dor _____</td></tr> <tr><td>Tensão _____</td><td>1 Leve _____</td></tr> <tr><td>Esfolante _____</td><td>2 Desconfortante _____</td></tr> <tr><td>Rompimento _____</td><td>3 Angustiante _____</td></tr> <tr><td></td><td>4 Horrível _____</td></tr> <tr><td></td><td>5 Excruciante _____</td></tr> </table>	1 Espasmódica _____	11 Cansativa _____	Tremor _____	Exaustiva _____	Pulsátil _____	12 Enjojetiva _____	Latejante _____	Sufocante _____	Martelante _____	13 Amedrontadora _____	2 Crescente _____	Apavorante _____	Repentina _____	Aterrorizante _____	Provocada _____	14 Castigante _____	3 Picada _____	Debilitante _____	Agulhada _____	Cruel _____	Perfurante _____	Perversa _____	Punhalada _____	Mortal _____	Lancinante _____	15 Desgraçada _____	4 Aguda _____	Enlouquecedora _____	Cortante _____	16 Incômoda _____	Dilacerante _____	Perturbadora _____	5 Beliscante _____	Desconforto _____	Pressionante _____	Intensa _____	Pinçante _____	Insuportável _____	Cãibra _____	17 Difusa _____	Esmagamento _____	Irradiante _____	6 Figada _____	Penetrante _____	Puxão _____	Que transpassa _____	Distensão _____	18 Aperto _____	7 Quente _____	Dormente _____	Queimação _____	Estirante _____	Escaldante _____	Esmagadora _____	Queimadura _____	Demolidora _____	8 Formigamento _____	19 Fresca _____	Cocœira _____	Fria _____	Ardência _____	Congelante _____	Feroçada _____	20 Importunante _____	9 Insensibilidade _____	Nauseante _____	Sensibilidade _____	Angustiante _____	Que Machuca _____	Desagradável _____	Dolorida _____	Torturante _____	Forte _____	IAD _____	10 Suave _____	0 Sem dor _____	Tensão _____	1 Leve _____	Esfolante _____	2 Desconfortante _____	Rompimento _____	3 Angustiante _____		4 Horrível _____		5 Excruciante _____	<p>Intensidade Atual de Dor (IAD) _____ Comentários: _____</p> <div style="text-align: center;">  <p>Constante _____ Periódica _____ Breve _____</p> </div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Sintomas que Acompanham:</td> <td style="width: 33%;">Sono:</td> <td style="width: 33%;">Ingestão de alimentos:</td> </tr> <tr> <td>náusea _____</td> <td>Bom _____</td> <td>Boa _____</td> </tr> <tr> <td>Dor de cabeça _____</td> <td>Descontínuo _____</td> <td>Alguma _____</td> </tr> <tr> <td>Tontura _____</td> <td>Insônia _____</td> <td>Pouca _____</td> </tr> <tr> <td>Sonolência _____</td> <td>Comentários: _____</td> <td>Nenhuma _____</td> </tr> <tr> <td>Constipação _____</td> <td></td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td>Diarréia _____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Comentários: _____</td> <td>Atividades: _____</td> <td>Comentários: _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Boa _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Alguma _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pouca _____</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Nenhuma _____</td> <td></td> </tr> </table>	Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:	náusea _____	Bom _____	Boa _____	Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____	Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____	Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____	Constipação _____		Comentários: _____	Diarréia _____			Comentários: _____	Atividades: _____	Comentários: _____		Boa _____			Alguma _____			Pouca _____			Nenhuma _____	
1 Espasmódica _____	11 Cansativa _____																																																																																																																										
Tremor _____	Exaustiva _____																																																																																																																										
Pulsátil _____	12 Enjojetiva _____																																																																																																																										
Latejante _____	Sufocante _____																																																																																																																										
Martelante _____	13 Amedrontadora _____																																																																																																																										
2 Crescente _____	Apavorante _____																																																																																																																										
Repentina _____	Aterrorizante _____																																																																																																																										
Provocada _____	14 Castigante _____																																																																																																																										
3 Picada _____	Debilitante _____																																																																																																																										
Agulhada _____	Cruel _____																																																																																																																										
Perfurante _____	Perversa _____																																																																																																																										
Punhalada _____	Mortal _____																																																																																																																										
Lancinante _____	15 Desgraçada _____																																																																																																																										
4 Aguda _____	Enlouquecedora _____																																																																																																																										
Cortante _____	16 Incômoda _____																																																																																																																										
Dilacerante _____	Perturbadora _____																																																																																																																										
5 Beliscante _____	Desconforto _____																																																																																																																										
Pressionante _____	Intensa _____																																																																																																																										
Pinçante _____	Insuportável _____																																																																																																																										
Cãibra _____	17 Difusa _____																																																																																																																										
Esmagamento _____	Irradiante _____																																																																																																																										
6 Figada _____	Penetrante _____																																																																																																																										
Puxão _____	Que transpassa _____																																																																																																																										
Distensão _____	18 Aperto _____																																																																																																																										
7 Quente _____	Dormente _____																																																																																																																										
Queimação _____	Estirante _____																																																																																																																										
Escaldante _____	Esmagadora _____																																																																																																																										
Queimadura _____	Demolidora _____																																																																																																																										
8 Formigamento _____	19 Fresca _____																																																																																																																										
Cocœira _____	Fria _____																																																																																																																										
Ardência _____	Congelante _____																																																																																																																										
Feroçada _____	20 Importunante _____																																																																																																																										
9 Insensibilidade _____	Nauseante _____																																																																																																																										
Sensibilidade _____	Angustiante _____																																																																																																																										
Que Machuca _____	Desagradável _____																																																																																																																										
Dolorida _____	Torturante _____																																																																																																																										
Forte _____	IAD _____																																																																																																																										
10 Suave _____	0 Sem dor _____																																																																																																																										
Tensão _____	1 Leve _____																																																																																																																										
Esfolante _____	2 Desconfortante _____																																																																																																																										
Rompimento _____	3 Angustiante _____																																																																																																																										
	4 Horrível _____																																																																																																																										
	5 Excruciante _____																																																																																																																										
Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:																																																																																																																									
náusea _____	Bom _____	Boa _____																																																																																																																									
Dor de cabeça _____	Descontínuo _____	Alguma _____																																																																																																																									
Tontura _____	Insônia _____	Pouca _____																																																																																																																									
Sonolência _____	Comentários: _____	Nenhuma _____																																																																																																																									
Constipação _____		Comentários: _____																																																																																																																									
Diarréia _____																																																																																																																											
Comentários: _____	Atividades: _____	Comentários: _____																																																																																																																									
	Boa _____																																																																																																																										
	Alguma _____																																																																																																																										
	Pouca _____																																																																																																																										
	Nenhuma _____																																																																																																																										

Figura 8 – Questionário McGill de Dor (MPQ)

Fonte: Varoli, F. K. e Pedrazzi, V. (2006). *Adapted Version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese*. Acedido em novembro 15, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v17n4/v17n4a12.pdf>

Contorno do Corpo (Figura 9)

São entregues várias cores à criança e pede-se que ela pinte as partes do corpo onde se localiza a sua dor, com a cor mais adequada à descrição e intensidade. Este método é útil para crianças e adolescentes com dores agudas, mas especialmente utilizado para auto – avaliação de crianças com dores crônicas, que apresentam localização e intensidade variável (Jacob, 2011; Barros, 2003).

Disponíveis ao conhecimento de todos os enfermeiros, estão atualmente reunidos os meios para uma correta abordagem na avaliação da dor na criança.

Após uma consciente, responsável identificação e reconhecimento da dor, através da uniformização da linguagem dentro da equipa de saúde, facilitando a tomada de decisão de forma coesa, é importante tomar a decisão do passo seguinte: adotar o tratamento mais eficaz segunda a avaliação realizada, personalizando-o para a criança avaliada.

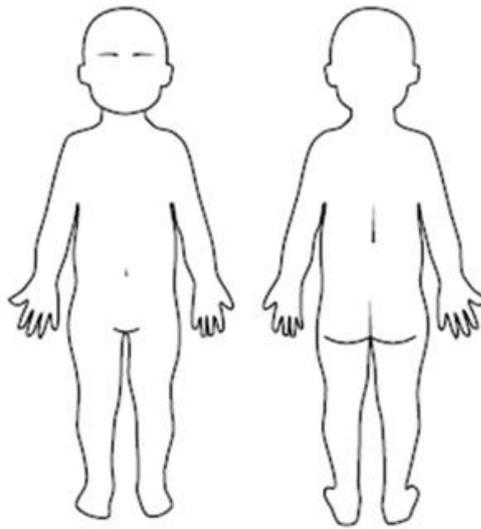


Figura 9 – Contorno Corpo Humano

Fonte: Kraychete, D. C. e Wanderley, S. B. C. (2011). *Dor na Criança. Avaliação e Terapêutica*. Acedido em setembro 20, 2012, em Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/Fasc_Dor_Crianca.pdf

1.7 – ESTRATÉGIAS DE ALÍVIO DA DOR NA CRIANÇA

Como já foi referenciado no decorrer deste trabalho, no cotidiano dos cuidados de saúde desenvolvem-se intervenções que potenciam e/ou agravam a situação de dor, como tal é da responsabilidade dos enfermeiros e da equipe de saúde, não só controlar a dor como também prevenir e reduzir a mesma, nesse sentido podemos afirmar que o alívio da dor exige uma atitude multidimensional (Lemos e Ambiel, 2010). Para que o mesmo seja possível, é necessário que todos os profissionais intervenham numa mudança de atitude a fim de conseguirem os resultados ideais, uma vez que o alívio da dor, além de ser uma necessidade básica é um direito de todas as crianças (Algren, 2001).

Aliviar a dor em pediatria envolve igualmente ações multidisciplinares, utilizando estratégia farmacológicas e não farmacológicas, em regime de complementaridade, e a avaliação constante da dor como qualquer outro sinal vital, assim como a eficácia do tratamento (Batalha, 2010).

1.7.1 – Estratégias farmacológicas

São utilizadas como estratégias farmacológicas analgésicos e sedativos. Pretende-se com a sua utilização aliviar a dor, obter estabilidade fisiológica, diminuir a ansiedade e

minimizar as alterações fisiológicas, que vão ter consequências nefastas no desenvolvimento da criança (Batalha, 2011; Kraychete e Wanderley, 2011).

A orientação farmacológica em pediatria, na prática, apresenta alguns dilemas e variações. Como já foi abordado neste trabalho, a sub-administração de analgésicos, ainda é um fato bastante atual e que requer alguma preocupação (Pimentel, 2001). Neste contexto, um estudo efetuado no Canadá, concluiu que 68% dos pais orientados para a administração de paracetamol, *se necessário*, em situações de pós-operatório, apenas 13% o fizeram regularmente, e os pais que o administraram com maior frequência, fizeram-no em menores doses ou com maior intervalo de tempo (Kraychete e Wanderley, 2011).

Goodinson (1988, cit. por Batalha, 2003) refere que no processo de intervenção farmacológica, cabe ao enfermeiro a responsabilidade de decidir sob a prescrição médica, quando deve administrar, a via de administração, e as respectivas doses; avaliar com regularidade a eficácia dos analgésicos; colaborar na revisão da terapêutica; detetar precocemente efeitos colaterais; desfazer receios e concepções erradas de crianças e pais, sobre terapêutica utilizada; preparar e administrar corretamente os analgésicos e elucidar crianças e pais sobre a utilização dos analgésicos no domicílio.

Desta forma e após profunda pesquisa bibliográfica podemos referir que a intervenção de enfermagem está muito para além do tratamento farmacológico, tendo em consideração o envolvimento dos pais na prestação de cuidados e ainda, na correta avaliação e quantificação da dor.

A problemática da dor é uma questão que merece uma abordagem tendo em conta a unicidade da criança à qual se prestam cuidados. O alívio da dor na criança, não depende exclusivamente da terapêutica farmacológica, mas esta complementa-se com estratégias não farmacológicas.

O tratamento farmacológico pediátrico evoluiu bastante nestes últimos anos, tendo atualmente como finalidade a profilaxia nos procedimentos potencialmente dolorosos e no pós-operatório (Batalha, 2011; Kraychete e Wanderley, 2011).

O tratamento farmacológico esta diretamente relacionado com a intensidade da dor sentida pela criança. Os analgésicos usados no controlo da dor em pediatria, são designados de não opióides (Paracetamol e AINE); opióides (Codeína, Tramadol, Morfina e outros); adjuvantes (corticoides, diuréticos, ant-heméticos, antiácidos, sedativos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, antidepressivos, laxantes, anti-histamínicos e outros) e anestésicos locais (Eutectic Mixture of Local Anesthetics - EMLA[®]; Cloreto de Etilo; outros) (Batalha, 2010).

A OMS classifica os analgésicos segundo o seu modo de ação e capacidade analgésica e, em 1986 apresentou um esquema de abordagem farmacológica progressiva e associada a

terapêutica sedativa adjuvante, denominando esse esquema de Escala Analgésica (Figura 10): Degrau I – dor ligeira – analgésicos não Opióides; Degrau II – dor intensa – analgésicos Opióides fracos (Codeína, Tramadol, Nalbufina, Buprenorfina, Dextropropoxifeno, Oxycodona); Degrau III – dor muito intensa – analgésicos Opióides fortes (Morfina, Fentanil, Meperidina, Hidromorfona) (Batalha, 2003; 2010).

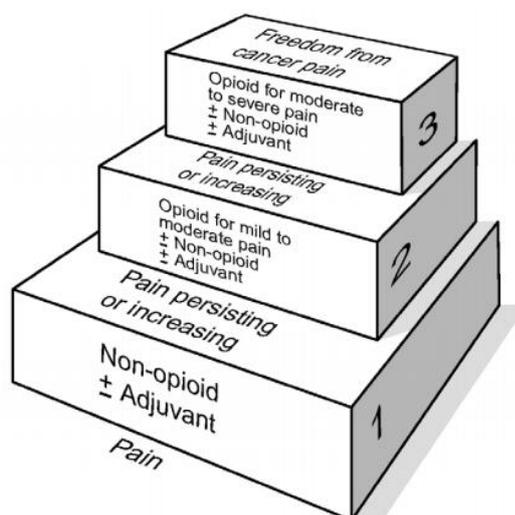


Figura 10 – Escala Analgésica da OMS

Fonte: Guzmán, F. (2009). *Escala Analgésica da OMS*. Acedido em fevereiro 15, 2013, em : <http://pharmacologycorner.com/updated-sign-clinical-guideline-pain-management-in-adults-with-cancer/>

Existem princípios fundamentais em pediatria, que devem ser sempre tomados em consideração perante o tratamento farmacológico:

-Os analgésicos devem ser *prescritos em doses terapêuticas*, em *horários fixos* e ajustados de acordo com a *intensidade da dor* (Lemos e Ambiel, 2010), devendo uma criança ser *constantemente avaliada*, para que se processa a reajustes de doses, seleção de fármacos, vias alternativas de administração ou outras medidas de alívio da dor. A *dose do medicamento* deve ser *calculada em função ao peso atual da criança*, sem que as doses iniciais excedam as máximas recomendadas e as seguintes sejam modificadas de acordo com o grau de dor residual (Kraychete e Wanderley, 2011; Batalha, 2003; 2010).

-A *via de administração eleita por opção é a oral*, por ser indolor, fácil utilização e absorção. Se existir um acesso venoso, deverá ser utilizado, pois tem vantagens pelo rápido alívio da dor que produz a medicação endovenosa. A via retal é bem tolerada, no entanto pode ocorrer variações a nível da absorção. A administração intramuscular e subcutânea, não devem ser opção em pediatria, são dolorosas, não garantem uma absorção fiável, potenciam a formação de abscessos e hematomas e provocam nas crianças uma sobrecarga de ansiedade.

A *insónia deve ser tratada*, dado que potencia o agravamento da dor (Kraychete e Wanderley, 2011; Batalha, 2003; 2010).

A *administração de analgesia adjuvante* pode ser acrescentada ao analgésico principal e em qualquer degrau da escala analgésica, sem que ocorra alteração do efeito terapêutico de base. A utilização do adjuvante é útil em algumas situações de dores neuropáticas, no controlo e prevenção dos efeitos secundários de alguns analgésicos e de outros sinais e sintomas que possam intervir no limiar de dor na criança (Batalha, 2010).

1.7.2 – Estratégias não farmacológicas

A enfermagem tem na sua essência a arte do cuidar. No entanto com a evolução da ciência e da tecnologia a arte do cuidar ficou um pouco esquecida, principalmente no que respeita a dor. Sabendo que a dor é um fenómeno complexo que envolve várias dimensões (sociocultural, psicológica) e que devem ser consideradas nas intervenções cuidativas, é necessário que seja implementado um cuidado individualizado e humanizado à criança, em que vários saberes e práticas sejam complementares e articulados entre si e usados de forma criteriosa (Batalha, 2003).

São várias as explicações dadas para a ação terapêutica não farmacológica no alívio da dor. À luz dos conhecimentos atuais todos são aceitáveis e todos os autores são unânimes na importância e eficácia destas intervenções no alívio da dor, pelo que deveriam ser implementadas de uma forma mais generalizada.

Relativamente às estratégias não farmacológicas considerámos:

A Distração

Segundo Paixão (2010), é frequentemente utilizada como estratégia de coping para a gestão do *stress* e da dor de intensidade moderada, provocada pelos procedimentos dolorosos. A utilização de distração fundamenta-se no fato da percepção da dor ter uma componente psicológica, na medida em que a quantidade da atenção dirigida para o estímulo doloroso modula a percepção da dor.

As estratégias de distração baseiam-se na capacidade da criança aderir e se deixar conduzir por estímulos lúdicos. Basicamente a técnica resume-se em propor ou sugerir à criança ou adolescente uma situação suficientemente atraente e envolvente para conseguir a sua atenção, de modo a que os estímulos nocivos fiquem para segundo plano e sejam esquecidos ou a sua percepção seja menos intensa e central (Barros, 2003).

A utilização de estratégias de distração pode ser regulada, segundo Barros (2003), por alguns princípios:

-Proporcionar segurança e conforto à criança;

- Proporcionar atividades diferentes;
- Proporcionar atividades adequadas ao nível de desenvolvimento;
- Realizar atividades quando a criança necessita de imobilização ou repouso;
- Envolver a criança na atividade antes de iniciar o procedimento doloroso.

É prática dos cuidados de enfermagem a utilização da distração em função da idade, gostos e preferências: no RN é benéfica a música; até aos 2 anos a criança pode ser distraída com bolas de sabão, caleidoscópio ou outros idênticos; dos 3 – 6 anos a fantasia é utilizada através da imaginação do super-herói que tira as dores, tocar corneta ou contar histórias; as crianças mais velhas distraem-se com atividades cognitivas, como por exemplo ver filmes, jogos, música, televisão, contar, técnica da respiração. Todos estes cuidados devem ser utilizados em situações de dores ligeiras, em procedimentos dolorosos ou enquanto os analgésicos não atuam. Tem a finalidade de canalizar a atenção para estímulos extrínsecos à situação dolorosa (Batalha, 2010; Paixão, 2010).

Batalha (2003) salienta que o tronco cerebral ao receber os estímulos sensitivos agradáveis, diminui a percepção aos dolorosos e por outro lado, a concentração da criança em estímulos agradáveis facilita a libertação de neuromodeladores endógenos, que bloqueiam a percepção da dor.

A distração pode servir não apenas para diminuir a percepção da dor, mas também para melhorar a disposição da criança dando-lhe um sentimento de controlo sobre a situação (Batalha, 2003).

A Comunicação

A relação entre o enfermeiro e a criança é, provavelmente uma conquista difícil de alcançar, no entanto, imprescindível para a prevenção e alívio da dor. Isto implica empenho por parte do enfermeiro responsável pelo tratamento, no sentido de desenvolver empatia.

Barros (2003) considera que os técnicos de saúde que na sua prática tenham contato com crianças, devem ter formação em estratégias de comunicação empática e assertiva, que lhes permitam compreender os pais/criança, que estão a vivenciar uma situação de tensão, ansiedade, dúvida e medo.

Du Gas (1984, cit. por Batalha, 2003) é da opinião que a tolerância à dor é maior, se houver um diálogo permanente entre o enfermeiro e a criança/família, enquanto decorre o procedimento doloroso. O mesmo acontece se a criança tiver a oportunidade de participar no seu tratamento ou procedimento.

Toda a informação fornecida de modo a contribuir para desmistificar ideias incorretas relativamente à percepção da dor contribui para o seu alívio. No entanto é importante ter a noção de se utilizar uma linguagem adequada ao desenvolvimento da criança, pois a

descodificação das palavras gera mais ansiedade. A relação de confiança que se estabelece durante este processo de ensino, leva que a criança/família acreditem que se encontra ali alguém que os entende e os escuta (Batalha, 2003).

As estratégias de preparação visam oferecer informações precisas sobre a doença da criança, os procedimentos e tratamentos a que são submetidas. As informações deverão ser claras, honestas, simples, de modo que a criança as possa compreender (Linhares e Docas, 2010).

Huerta (1996) assume como sendo um direito das crianças, o de saber a verdade em relação à experiência por qual vai passar, acrescentando que se torna necessário “proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade da experiência e de seu propósito, bem como dar-lhe o apoio que lhe permita expressar em segurança e de acordo com o seu nível de desenvolvimento, as emoções decorrentes da mesma” (Huerta, 1996:342).

Os vários autores consultados referem não existirem propriamente umas regras definidas a serem seguidas na preparação da criança para os procedimentos dolorosos. Como refere Barros (2003:122) “ (...) o segredo está encontrar formas adequadas à idade da criança que a preparem para uma experiência um pouco (ou razoavelmente) desagradável, mas sobretudo que lhe permitam transformar e reinterpretar as sensações que vai encontrar”.

Huerta (1996) apresenta alguns exemplos atendendo ao desenvolvimento da criança e dando ênfase à comunicação verbal e não-verbal na preparação da criança para procedimentos realizados em contexto de instituição de saúde: folhetos; livros; desenhos; manuseamento de material usado nos procedimentos; brinquedos terapêuticos/dramatização; Envolver sempre os pais. Até aos 3 anos a preparação é dirigida aos pais, devido à imaturidade cognitiva.

O Relaxamento

É uma das estratégias não farmacológicas mais eficazes no alívio da dor em pediatria, ajudando a criança a controlar a ansiedade para procedimentos dolorosos (Batalha, 2010), podendo no entanto ser igualmente utilizada para controlo de episódios de dor crónica, como nas enxaquecas e dores musculares (Barros, 2003).

O relaxamento provoca diminuição do metabolismo, do consumo de energia, do oxigénio, da frequência cardíaca e respiratória, da tensão arterial nos hipertensos e produz sensação de calma e bem-estar (Batalha, 2010).

Nas crianças o relaxamento é realizado através de várias técnicas: ensino sobre diferença entre músculos contraídos e relaxados, e sobre técnicas de respiração profunda e controlada, permitindo o relaxamento progressivo dos músculos. Nas crianças pequenas o enfermeiro pode usar jogos como soprar numa corneta ou fazer bolas de sabão. A escolha da

técnica depende da idade da criança e do tempo disponível. A técnica da respiração profunda é de fácil compreensão e pode ser aplicada em poucos minutos e em crianças a partir dos 2 anos (Batalha, 2010).

Segundo Barros (2003) o objetivo do relaxamento nos bebês é o de atingir um *reflexo de acalmia*, já que, segundo a autora, os bebês não têm capacidade voluntária e consciente, para participarem nas técnicas existentes. A mesma autora acrescenta que se deve recorrer ao contacto próximo e aconchegado com o corpo de um adulto (mãe), o qual permite que o bebê recupere a calma. Se a mãe estiver ansiosa, ela deverá tentar relaxar primeiro e deixar que outro adulto tome o seu lugar até que ela se acalme. Quando os bebês estiverem monitorizados, devem colocar as mãos do adulto sobre a cabeça e abdómen durante uns minutos, e serem gestos suficientes para contribuir para diminuir a necessidade de oxigénio e reduzir o *stress*. Linhares e Docas (2010) referem-se ao mesmo assunto chamando a essas técnicas de relaxamento de *método de canguru e contacto-pele a pele*.

A Massagem

Promove a circulação, facilitando a remoção dos produtos de degradação celular e estimula as fibras de grande diâmetro dos aferentes primários, o que contribui para o alívio da dor. Tem também uma grande utilidade nas dores músculo-esqueléticas, em queimados e nas cólicas dos recém-nascidos (Batalha, 2010).

A Aplicação de Calor/Frio

A aplicação de calor na zona da dor promove a circulação sanguínea elimina os produtos de degradação metabólica que desencadearam o processo nociceptivo. Recomendado nas dores musculares.

A aplicação de frio, por sua vez diminui a circulação periférica reduzindo o edema, aliviando a pressão exercida nas terminações nervosas. O frio vai atrasar a transmissão do impulso nervoso a nível dos recetores, aliviando a dor (Batalha, 2010).

As Substâncias Açucaradas

A utilização de solução açucarada oral (sacarose ou glicose) está indicada no alívio da dor aguda durante os procedimentos dolorosos (Linhares e Docas, 2010), sendo eficaz em recém-nascidos prematuros com 28 semanas de gestação até aos 3 meses de idade (Batalha, 2010).

A sacarose oral alivia a dor provocada por estímulos térmicos e mecânicos, por hiperalgesia inflamatória e o efeito antiálgico está ligado à libertação de opióide endógeno controlo da via nociceção e gosto doce (Batalha, 2010; Linhares e Docas, 2010). Os autores referem que os efeitos analgésicos e reconfortantes da sucção não nutritiva no RN, tem sido valorizados e potencializados quando associados à solução açucarada.

O Leite Materno

Além dos reconhecidos benefícios nutricionais e afetivos, o leite materno é um excelente método de alívio da dor nos recém-nascidos, quer seja administrado diretamente pela mama, quer seja por sonda ou outro método (Linhares e Docas, 2010).

A Musicoterapia

A música pode promover a comunicação e o relacionamento podendo ter objetivos terapêuticos. Estudos demonstram que a música possui propriedades analgésicas e ansiolíticas, aplicando-se em situações de internamento e em procedimentos dolorosos (Silva, Neto e Barbosa-Branco, 2007).

O Brincar

Martins et al (2001, cit. por Tavares 2011) referem que o brincar é a atividade mais importante da criança e é fundamental para o seu desenvolvimento motor, psicológico e social. É através do brinquedo que a criança expressa os seus medos, ansiedades e frustrações.

O brincar como atividade de desenvolvimento humano, tem um reconhecido valor terapêutico, em que o seu ingresso nos cuidados de saúde assume particular importância para diminuir a ansiedade e o medo, vividos nesse momento, contribuindo para manter a criança ocupada e distraída (Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010).

Muitos autores consultados vêm apontando para a importância da presença da atividade lúdica durante o período da permanência da criança na instituição de saúde.

Em relação aos brinquedos a utilizar, Santos (2011) descreve alguns exemplos, não deixando de referir que o desenvolvimento cognitivo da criança, o seu estado físico e psicológico, e escolha individual, devem ser tidos em conta quando na escolha do brinquedo: bonecos da Playmobil, que representam várias situações vividas na instituição de saúde; bonecos de trapos, onde estão representados os órgãos, que podem ser removidos com velcro; bonecos com possibilidade da criança poder praticar vários procedimentos; informações várias através de vídeos em animações várias; jogos, etc.

Huerta (1996) aconselha que se deve proporcionar à criança que brinque com objetos utilizados diariamente pela enfermeira no seu desempenho profissional e que seja do quotidiano dos serviços de saúde, no sentido de se familiarizar com esses objetos diminuindo assim toda a ansiedade que eles lhe possam provocar.

Além de todas as estratégias não farmacológicas já apresentadas, Barros (2003) considera ainda importante que em contexto de instituição de saúde:

-Criar um ambiente geral adequado ao nível do desenvolvimento da criança: um espaço acolhedor, bem estruturado, e que convide ao envolvimento em atividades do jogo, permitir à criança e à família não concentrarem todas as suas energias e atenção na situação dolorosa.

-Intervenção com os pais/educadores: é necessário que estes tenham alguma compreensão do fenómeno da dor e da sua causalidade e determinação complexa, e que possam discutir e corrigir as ideias mais inadequadas sobre a dor e o seu controlo. Os pais necessitam de compreender a importância do seu papel como suporte emocional, mas também como estruturador do meio criadores de experiências de distrações e controlo ativo de dor.

São várias as opções não farmacológicas que os enfermeiros dispõem, para uma abordagem eficaz no processo de alívio da dor em pediatria, sempre numa perspectiva de educador, cuidador, terapeuta e encarando a criança numa perspectiva biopsicosocial.

Ao encerrar este capítulo e após uma profunda revisão bibliográfica sobre a dor pediátrica, foi nosso propósito traçar em linha reta o que de mais importante existe sobre o tema, no entanto consciente de que teria muito mais para aprofundar, porque falar da criança com dor é falar de um tema particularmente delicado e complexo.

No entanto no capítulo seguinte iremos abordar um tema tão importante como o próprio desenvolvimento da criança: O brincar. É através deste que a criança fantasia o seu mundo, ultrapassa os seus medos e ansiedades, contornando os mitos em torno das instituições de saúde.

2 – A CRIANÇA, O BRINCAR E A INSTITUIÇÃO DE SAÚDE

Atualmente as políticas de saúde organizam-se no sentido de diminuir o número e a duração dos internamentos, não só devido ao reconhecimento das grandes vantagens económicas e administrativas para a gestão hospitalar, mas também dos benefícios psicológicos e de saúde geral para os utentes. Estudos comprovam que a hospitalização tem consequências negativas durante a infância, o que leva a reconhecer a necessidade de evitar ou reduzir esta experiência, sempre que for possível. No entanto, existem ainda inúmeras situações em que o internamento hospitalar, ou o recurso a exames complementares de diagnóstico e tratamentos em regime de ambulatório, continuam a ser necessários e até por vezes, bastantes prolongados e agressivos. A interrupção das rotinas quotidianas, do ambiente familiar, a presença de equipamentos estranhos e ameaçadores, a necessidade de administrar medicação, ou de realizar meios complementares de diagnóstico assustadores e dolorosos, a necessidade de contar com os profissionais de saúde e a impossibilidade de manter o controlo sobre os acontecimentos são condições que dificilmente podem ser completamente eliminados (Barros, 2003).

O Sistema Saúde Nacional atual atribui grande importância ao papel dos Centros de Saúde no contexto da prestação de cuidados dirigidos à criança/jovem e família, atuando na vigilância da saúde e do jovem (fazendo cumprir o Programa-Tipo da DGS), no diagnóstico, no tratamento, na reabilitação e no encaminhamento hospitalar.

Ao longo do seu desenvolvimento a criança mantém um relacionamento de proximidade com o Centro de Saúde e com o enfermeiro, que deverá ter um comportamento face ao atendimento cada vez mais humanizado, com maior disponibilidade e analisar os meios que tem ao seu dispor para ajudar (Fonseca e Santos, 2006).

Segundo Algren (2001), a doença e a hospitalização correspondem às primeiras crises que a criança tem de enfrentar. Especialmente durante os primeiros anos de vida, as crianças são particularmente vulneráveis às crises de doença e de hospitalização uma vez que representam uma mudança do seu estado de saúde, da sua rotina familiar e porque os seus mecanismos para lidar com o *stress* são limitados. Os principais fatores de *stress* na hospitalização, segundo Algren (2001), são a separação, a perda de controlo, as lesões corporais, e a dor. Relativamente às reações da criança estas são influenciadas pelo seu estágio de desenvolvimento, pelas experiências anteriores de doença/hospitalização, pela

separação familiar, pelas suas capacidades inatas e adquiridas de enfrentar uma situação de crise e pelo sistema de apoio disponível, quer familiar, quer dos profissionais da saúde.

Barros (2003) considera que o contato com uma instituição de saúde pode ser uma ocasião de aprendizagem e de desenvolvimento para a criança, através do estabelecimento de uma relação de ajuda com os profissionais de saúde e através de uma relação mais próxima com os familiares. Esta oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento resulta de uma situação que é nova e apresenta um grau moderado de ameaças e *stress*, em conjugação com a disponibilidade de figuras apoiantes (técnicos de saúde, familiares) e de modelos de atuação adequados.

Assim sendo, a situação de crise que constitui a doença e tudo o que envolve o contacto com a instituição de saúde, não é necessariamente desestruturante, podendo ser uma fonte de crescimento e maturação para a criança, se devidamente acompanhada e compreendida e, é neste âmbito que o brincar em contexto de saúde, adquire valor inquestionável.

Brincar é então, a atividade mais importante da infância; é um fator vital no crescimento social, intelectual, físico e emocional de todas as crianças. É através do brincar que a criança expressa os seus medos, desconfortos físicos, frustrações, ansiedades, a dor, através de simbolismos, fantasias e representações de experiências vividas (Tavares, 2011).

É nesse âmbito que, a Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente (2008) elabora a Carta Hospitalar de Pediatria onde traça as orientações gerais, que resumidamente se destacam:

- Privilegiar o atendimento da criança e do adolescente em ambulatório, num espaço amigo.

- o Internamento é visto como último recurso, os tratamentos são reduzidos ao mínimo, a existência de condições de internamento adequados aos diferentes grupos etários, bem como a disponibilidade de informação adequada e a permanência dos pais.

- Estimular o ambulatório, e parceria de cuidados com os cuidados de saúde primários.

- A comissão preconiza ainda, a criação de espaços próprios de lazer para as crianças e adolescentes, zonas para as crianças brincarem e salas de estar para os adolescentes.

Também a Carta da Criança Hospitalizada, aprovada em Lieden em 1988 por várias associações Europeias e divulgada em Portugal pelo Instituto de Apoio à Criança, expressa alguns princípios, universalmente aceites, como “direitos da criança nos serviços de saúde - e não apenas restritos apenas a hospitais” (Vasco, Levy, Cepêda, 2009:8):

O 6º Princípio refere que as crianças *Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, receios, e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança* (Vasco, Levy, Cepêda, 2009: 22).

O 7º Princípio refere que *O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas (...)* (Vasco, Levy, Cepêda, 2009: 24).

Sobre o 7º princípio, Vasco, Levy, Cepêda (2009), ainda acrescentam que os momentos de brincar e educar devem ser assegurados todos os dias da semana, ter disponíveis jogos apropriados, contemplar todos os grupos etários, estimular a criatividade da criança e permitir a continuação dos estudos escolares.

O 8º Princípio refere que *A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças (...)* (Vasco, Levy, Cepêda, 2009).

Neste contexto Carvalho, Fonseca, Begnis, Amaral (2004), afirmam que para além das competências e do conhecimento especializado, os profissionais que trabalham em pediatria necessitam de se consciencializar das necessidades globais das crianças, pois por vezes negligenciam os cuidados emocionais associados à dor e à patologia, retardando a cura e nestes casos, o impacto da interação lúdica teria em si grande importância.

Os mesmos autores defendem ainda, que o conhecimento sobre o brincar seria pertinente para um envolvimento profissional, em ambientes onde se propõe um trabalho numa equipa multiprofissional, que visa à humanização das instituições de saúde.

Um serviço mais humanizado proporciona maior envolvimento de todos os intervenientes no processo de adaptação e acomodação à situação presente e/ou recuperação: criança/jovem, família e equipa de saúde, oferecendo assim um atendimento mais personalizado com mais qualidade e melhores condições de trabalho (Medeiros, Matsumoto, Ribeiro, Borba, 2009).

Azevedo e Santos (2004) consideram que é um desafio para os profissionais de saúde fazer do brincar, não somente uma mera brincadeira mas um ato terapêutico ou seja, trabalhar nesta perspetiva é deslocar-se da doença para a saúde.

O brincar não serve apenas para distrair e descontraír a criança, mas também para o enfermeiro conhecer e relacionar-se ao mesmo tempo que ajuda a criança a exprimir os sentimentos acerca da sua experiência. O enfermeiro deve saber brincar e isso requer uma avaliação prévia da criança, com o qual procura estabelecer interação, das suas características e necessidades. E depois adequar o brinquedo à criança, fazendo uso do saber, experiência, imaginação e paciência acompanhando o seu ritmo (Silva, 2004).

A brincadeira na instituição de saúde, na perspectiva de Glasper e Haggarty (2006, cit. por Tavares, 2011) pode ser dividida em 3 tipos: *Brincadeira educativa*, quando fornece informações simples e úteis, através de folhetos dirigidas às crianças, ou através de livros e imagens com explicações acerca da instituição de saúde; *Brincadeira normativa*, sendo a brincadeira habitual da criança, a qual faz a ligação com a casa. Oferece normalidade e familiaridade, conforto e segurança, dando-lhe a possibilidade de expressar ansiedade e medo, sentir-se segura no ambiente estranho; *Brincadeira terapêutica* que está relacionada com o que a situação presente da criança ou já passada, mas muito semelhante com a atual, servindo-se da brincadeira para partilhar informações em ambos sentidos (enfermeira – criança). Pode ser empregue para a preparação da admissão ou para procedimento, sendo muito vantajoso o uso do boneco.

O *Brinquedo terapêutico* permite à criança descarregar a ansiedade ocorrida por experiências atípicas para a sua idade, que podem ser ameaçadoras para o seu desenvolvimento e compreender a sua situação. É igualmente benéfico na preparação para procedimentos dolorosos, possibilitando a dramatização de situações vividas, manuseando os instrumentos que vão ser utilizados na criança. O brinquedo torna-se terapêutico, ao promover o bem-estar psicológico da criança (Tavares, 2011).

A autora refere ainda, que uma das formas de aplicabilidade do brinquedo terapêutico é através do jogo simbólico, permitindo que a criança pratique algumas das técnicas que vai vivenciar ou vivenciou.

Santos, Borba e Sabatés (2000:55) referem que “ (...) na vacinação (...) quando as crianças são preparadas com brinquedo apresentam uma menor frequência das reações e permitem comprovar que o brinquedo é um meio eficaz para minimizar os efeitos estressantes de um procedimento doloroso, possível de ser implementado, como instrumento de enfermagem no cuidado à criança.”

McMahon e Pearson (1998 cit. por Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010) distinguem o brinquedo terapêutico, do brincar aplicado como terapia pelo brincar, ou como Tavares (2011) prefere designar, da ludoterapia, que deve ser utilizada pelos profissionais especializados da área da psiquiatria (médicos, enfermeiros, psicólogos, outros), para diagnosticar um problema psicológico da criança.

Oliveira, Dias, Roazzi (2003) e Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006) (cit. por Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010) descrevem algumas das funções e formas de aplicabilidade do brinquedo, que permitem a adaptação da criança ao espaço existente na instituição de saúde: - o brinquedo dirigido – onde são programados temas específicos e onde são oferecidos materiais hospitalares à criança, permitindo que ela possa manipulá-lo,

expressar os seus medos e ansiedade frente aos instrumentos que serão posteriormente utilizados com ela; o brincar livre – é espontâneo, não estruturado, permitindo à criança brincar com todos os materiais disponíveis.

Todos os materiais habitualmente usados nas instituições de saúde, para os procedimentos são úteis para a criança manipular livremente, e poderão ser usados como brinquedo terapêutico, além desses, poderão ser utilizados bonecos, livros, Playmobil, vídeo jogos, jogos didáticos entre outros, de fácil manuseamento e afetuosos, envolvendo a temática saúde/doença (Santos, 2011). Ainda existem como alternativas, segundo Hockenberry, Wilson, Winkelstein (2006, cit. por Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010) os fantoches, contar histórias, jogos de associação de palavras, entre outros de interação com a criança.

A nível nacional as referências à utilização do brinquedo terapêutico em instituições de saúde, são escassas. De referir dois projetos implementados. Um deles é da responsabilidade da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Ivone Correia, do Hospital D.^a Estefânia, pertencente ao Grupo de Trabalho Contra a Dor, com a designação *Kit sem-dói-dói*. Como refere Correia (2005:39-40) “É um KIT constituído por uma variedade de artigos destinados ao alívio do medo, ansiedade e dor, que vão desde o medicamento de ação tópica para controlo da dor a material lúdico para desviar a atenção da criança/adolescente da técnica dolorosa, através do brincar. É (...) desenvolvido por enfermeiros, ajudando-os a lidar com situações stressantes, nomeadamente o incentivo à sua participação, às manifestações de carinho, ao elogio ou prémio face ao desempenho da criança (...)”.

O outro projeto é da responsabilidade da Educadora, Isabel Dias, do Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano, denominado Aprendendo com a Doença. Tem como propósito o efeito terapêutico imediato, de forma a aumentar a resistência das crianças doentes e seus familiares às dificuldades sentidas durante o internamento. Engloba-se no conceito de educação emocional, com atividades divertidas como o clube do riso, relaxamento, massagens, musicoterapia, pinturas artísticas das paredes do serviço alusivas a uma história, com efeito de perfeita calma e relaxamento de quem visita o serviço, tornando este com efeito inverso assustador que inicialmente se suponha (Tavares, 2011).

Para concluir, consideramos que o brincar nas instituições de saúde proporciona equilíbrio, contrabalançando com sentimentos de medo, dor e separação. Como prática do tratamento global da família, inclui os aspetos emocionais e sociais dos cuidados, e não só a recuperação física. O brincar constitui também, um fator de proteção para todas as crianças que vivenciam uma ida a qualquer instituição de saúde, quer seja por hospitalização ou por ambulatório, num centro de saúde.

2.1 – O BRINCAR E O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O brincar para além de ser agradável para a criança, contribui para o desenvolvimento e crescimento, pelo que é muito mais do que uma simples atividade de entretenimento (Tavares, 2011).

É neste âmbito, e tendo em conta Ferland (2006), que iremos abordar cada uma das áreas de desenvolvimento, descrevendo resumidamente a sua relação com a brincadeira infantil.

O brincar e os sentidos

Existe um conjunto de atividades que estimulam o desenvolvimento dos sentidos, ao mesmo tempo que exercitam e coordenam competências como a memória e a classificação favorecendo a descoberta e o prazer de novas e agradáveis sensações. São as primeiras atividades infantis, pouco elaboradas e muito intuitivas as quais ocupam uma parte importante na brincadeira das crianças e são bons exemplos, o conhecer distinguir diferentes sons, separar os materiais moles dos duros ou reconhecer diferentes cheiros. Portanto, cria-se um conjunto de estimulação visual, tátil e auditiva que ajuda a criança a desenvolver a sua perceção das formas e dimensões.

O brincar e o desenvolvimento motor

Relativamente ao desenvolvimento motor, existe um conjunto de atividades em que o movimento tem um papel relevante.

Pela experiência sabemos que a prática melhora a destreza, parecendo óbvio que uma ótima forma de aprender a controlar os músculos é exercitá-los e os jogos são um meio natural para adquirir competências nessa área.

O simples fato de segurar um objeto com os dedos leva a aperfeiçoar a motricidade fina.

Mesmo a brincar sozinha, a andar de gatas, a caminhar, a levantar-se, a apanhar um brinquedo, qualquer que seja a brincadeira, o desejo de sucesso leva a criança a aperfeiçoar os movimentos que lhe permitem desenvolver o controlo muscular e diferentes atividades motoras, como o equilíbrio, a flexibilidade ou a força.

Brincando com objetos, a criança pratica os modos de preensão; planifica e coordena movimentos finos e usa as suas reações de proteção.

O brincar e o desenvolvimento cognitivo

Estão incluídas neste grupo, as atividades que permitem exercitar os aspetos relacionados com o desenvolvimento do pensamento, tais como a concentração, a memória, o raciocínio, a lógica, a classificação, a orientação, a criatividade, relação causa/efeito e a orientação espacial.

Assim, todos os jogos com as suas regras favorecem o desenvolvimento de capacidades básicas como a memória, compreensão e a funcionalidade. A criança adquire diversos conhecimentos e diverte-se com o *faz de conta e conta*.

O brincar e o desenvolvimento emocional

O brincar estimula o desenvolvimento afetivo e emocional, não só pelo prazer, mas também pela possibilidade de expressão, de utilização de energias e de libertação de tensões. Alguns comportamentos representam emoções e jogos que comportam algum tipo de controlo emocional.

As brincadeiras individuais permitem exprimir o êxito pessoal e o fracasso, toma a sua própria iniciativa e o prazer é imediato. Se por um lado promove a satisfação emocional confiança e segurança, por outro desenvolve proteção.

O brincar e a interação social

Jogos e brincadeira ajudam as crianças a relacionarem-se e a comunicarem-se entre si, tirando prazer, na companhia e na realização de atividades coletivas.

As brincadeiras em grupo incluem acordos com as crianças, respeito pelos regulamentos dos jogos e aceitação dos papéis que lhes são atribuídos.

A atividade lúdica ensina as crianças a socializarem-se.

Sendo assim o brinquedo é construtor da personalidade, permite descobrir o mundo que o rodeia, estimula o desenvolvimento, dando-lhe prazer e privilegiando a aprendizagem (Santos, 2011).

Tendo consciência que o brincar acompanha o crescimento da criança e ajuda-a no seu processo de construção cognitiva, social e afetiva, indo ao encontro de si própria (Kiche e Almeida, 2009), os enfermeiros devem ser conscientes de que as fases de desenvolvimento em que a criança se encontra, influenciam na perceção do estímulo doloroso e reação ao stress, bem como a forma de preparação da criança (Magnabosco, Tonelli e Souza, 2008).

Crianças em idades pré-escolares, não têm maturação cognitiva suficiente para compreender que necessitam de um punção venosa, por exemplo. A característica egocêntrica desta idade dificulta a aceitação de um procedimento doloroso como um tratamento

necessário, interpretando-o como um castigo ou punição, ameaçador à integridade da pele (Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba, 2009).

No entanto Santos, Borba e Sabatés (2000:52), comentam que “(...) quando as crianças eram preparadas para esse procedimento com o brinquedo apresentavam mudanças no seu comportamento, tais como melhor aceitação, maior verbalização dos seus sentimentos e temores e melhor compreensão da situação.”

Como refere Santos (2011) na escolha dos brinquedos (para brinquedo terapêutico ou outro) é importante ter em conta a idade da criança; o estado físico; o estado psicológico; a personalidade, desejos da criança e a familiarização com a instituição de saúde.

Assim sendo, Huerta (1996) entende ser importante considerar a avaliação do desenvolvimento cognitivo - adaptativo da criança, quando se faz a preparação da criança para procedimentos: até aos 2 anos preparar os pais; dos 2 aos 4 anos, dramatizar os aspetos mais relevantes dos procedimentos; dos 4 aos 6 anos, utilizar o brinquedo terapêutico, bem como outros materiais; em idades escolares e adolescentes, recorrer a desenhos, livros, vídeo jogos, fornecendo o máximo de informações e considerando as suas preocupações com a imagem corporal e sua integridade.

Refletindo sobre esta temática, é clara a necessidade de conhecer melhor os efeitos dos brinquedos na preparação da criança para procedimentos dolorosos, a fim de obtermos auxílio e capacitar os enfermeiros para essa técnica. (Santos, Borba e Sabatés, 2000).

2.2 – A IMPORTANCIA DO BRINCAR PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL

O contato da criança/jovem com as instituições de saúde são vividos com grande angústia, as quais geram alterações comportamentais, associadas à diversidade de condutas stressantes, às quais são submetidos quando aí se deslocam (punção venosa, vacinação, realização de pensos, aerossóis, ...). Estas são influenciadas pelo seu desenvolvimento, medo do desconhecido, pelas experiências anteriores, pela capacidade de *coping* e pelo apoio disponível (instituição/família/profissionais) (Magnabosco, Tonelli, Souza, 2008).

Nas instituições de saúde os enfermeiros, bem como todos os profissionais da saúde, devem concentrar esforços no sentido de canalizar meios que proporcionem uma estadia ou, que a experiência vivida na instituição de saúde, seja o menos traumatizante possível para a criança, e que seja prestada desde a admissão, uma assistência humanizada em todos os cuidados. Os objetivos dos procedimentos devem ser dirigidos, não apenas para fins de diagnóstico/restaurar danos, como também para prevenir sequelas e estimular o

desenvolvimento psicomotor e cognitivo, e ainda a promoção da saúde numa visão mais ampla. Desta forma a estratégia criativa como o brinquedo, deve ser amplamente utilizado a fim de minimizar os efeitos da hospitalização ou da permanência em centros de saúde ou ainda em qualquer outra instituição de saúde (Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Melo, Luiz, 2007).

Os espaços lúdicos nas instituições são socializantes e terapêuticos, na medida que criam um ambiente propício a fortes ligações entre as crianças, famílias e profissionais (Carvalho, Fonseca, Begnis, Amaral, 2004).

São opiniões convergentes no sentido de que é muito importante a atividade lúdica durante o período da permanência da criança numa instituição de saúde. O brincar passa a ser visto como um espaço terapêutico capaz de promover não só a continuidade do desenvolvimento infantil, como também a possibilidade de, através dele, a criança vivenciar o momento que passa na instituição de saúde.

Brincar é a atividade mais natural da criança, que se consagra a ela pela distração, pelo que se entende facilmente, que seja fonte de inúmeras descobertas. Através do brincar, que perdura entre as gerações, a criança aprende as regras, os costumes e os valores que regem o seu ambiente e descobre o mundo em que vive (Fernand, 2006).

Jean Epstein (1996, cit. por Fernand, 2006:41) sublinha que “A criança não brinca para aprender, aprende porque brinca”. Também na opinião de Santos (2011:5), “A atividade lúdica é fundamental para o desenvolvimento equilibrado da criança, pois permite-lhe restaurar a sua segurança de base, de desabrochar, de se instruir e de guardar uma boa recordação da hospitalização.”

Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010), acrescentam que, na prática dos cuidados de enfermagem o brincar provoca na criança, não só um completo bem-estar, como também um maior auto controlo.

Não só brincar pode ser um indicador de saúde, como contribuir para ela. Para brincar a criança tem de se sentir bem, confiante, que a valorizem e que reconheçam a importância do brincar no seu desenvolvimento, biopsicosocial. A criança que brinca saudavelmente, necessita de *tempo*, para inventar a sua brincadeira, para relaxar, inventar cenários com os seus brinquedos; necessita de *espaço* adequado e seguro, com equipamento adequado à idade e situação; com materiais que devem permitir usar as mãos, imaginar, expressar-se, socializar-se e estimular diferentes esferas do seu raciocínio. Toda a atmosfera que rodeia a criança é de grande importância, luz, cores e espaços arejados. As crianças do pré-escolar, têm a particularidade de estimularem as diferentes áreas do desenvolvimento, pelo brincar, pois na

realidade a brincadeira funciona como uma supervitamina no desenvolvimento da criança (Ferland, 2006).

O brinquedo e o humor são ótimos parceiros na promoção da saúde infantil. Ajudam na comunicação entre os enfermeiros e as crianças e, ajudam-se mutuamente a enfrentar os dias stressantes. O humor é ótimo para diminuir o *stress* e melhora o sistema imunitário (Serra, 1999, cit. por Tavares, 2011). Os enfermeiros e as crianças são parceiros de brincadeira. O enfermeiro encontra-se mais próximos que qualquer outro profissional, estando presente para impor regras e partilhar conquistas e alegrias (Tavares, 2011).

Brincar é uma atividade fundamental para as crianças. Brincar em contexto de instituição de saúde (hospital/centro de saúde) tem um significado ainda mais importante, na medida em que a brincadeira é uma excelente forma de auxiliar a liberdade o *stress*, como uma forma de expressar os medos e ansiedades causadas por momentos desagradáveis não habituais para a sua idade, que costumam ser ameaçadores, evitando assim os efeitos nefastos a curto e a longo prazo.

A dor é um sintoma prevalente da doença e um dos principais problemas, que se tem valorizado nos últimos anos. O cuidar da criança com dor passa pela necessidade de uma compreensão holística. Compete aos profissionais da saúde, que prestam cuidados na área da saúde infantil numa primeira instância, a responsabilidade de desenvolverem competências técnico-científicas que permitam o cuidar da criança que sofre com dor.

É impiedoso a reflexão sobre a brincadeira na criança, numa instituição de saúde como estratégia de alívio da dor.

CAPITULO II – FUNDAMENTAÇÃO METODOLÓGICA

Neste capítulo pretendemos apresentar as opções metodológicas que considerámos mais adequadas para alcançar os objetivos e dar respostas às questões formuladas, fazendo também uma breve abordagem à pertinência da problemática da investigação. Perante a realidade dos Centros de Saúde da área de influência da ULS, impôs-se uma reflexão que conduziu a este estudo de investigação. Nesse sentido, propusemo-nos conhecer a perceção dos enfermeiros, do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança.

Após construção da revisão da literatura, fundamentada pelo conhecimento bibliográfico e literário consultado, é fundamental definir o tipo de estudo que será adequado para responder às questões levantadas pela problemática de investigação.

Segundo Fortin (2000:135), “ (...) o nível de conhecimento do domínio em estudo determina a escolha do tipo de investigação”, acrescentando que “ (...) é a questão de investigação que dita o método apropriado ao estudo do fenómeno”.

Seguindo a orientação de Fortin (2000), Freixo (2011) e Hill e Hill (2009), entre outros, neste capítulo faremos referência ao tipo de estudo, aos objetivos e à questão de investigação, hipóteses, população e amostra do estudo. Passaremos depois à apresentação das variáveis em estudo, do instrumento de colheita de dados e ainda pela forma como se processou a análise e interpretação dos dados.

1 – OBJETIVOS DO ESTUDO

Foram encontrados na literatura no decorrer da nossa pesquisa para a realização deste trabalho, estudos que caracterizam o brincar como um recurso terapêutico ou uma aplicação técnica, um recurso primordial para que a criança possa vivenciar os momentos de dor, de uma forma menos traumatizante, daí a pertinência do tema em estudo, que no fundo constitui a problemática de investigação:

-Qual a percepção dos enfermeiros dos Centros de Saúde da influência da ULS de Castelo Branco relativamente ao brincar, como estratégia de alívio da dor na criança.

Tendo em conta a perspectiva de Freixo (2011:164) “o objetivo de um estudo constitui um enunciado declarativo que precisa as variáveis-chaves, a população alvo e a orientação da investigação”, temos como **objetivo geral**:

-Analisar a percepção atribuída pelos enfermeiros dos Centros de Saúde da influência da ULS de Castelo Branco, ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Quanto aos **objetivos específicos** delimitámos os seguintes:

- Descrever a percepção dos enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança;
- Identificar se os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, reconhecem o brincar como estratégia de alívio da dor na criança;
- Saber se os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, utilizam atividades lúdicas com as crianças, antes de realizarem qualquer procedimento doloroso;
- Identificar as técnicas utilizadas pelos enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco no alívio da dor, na criança.

Talbot (1995, cit. por Fotin 2000) refere que as questões de investigação são as premissas sobre as quais se apoiam os resultados de investigação. São enunciados interrogativos, escritos no presente, incluindo habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.

Da temática, e segundo o autor, surgiram algumas interrogações, consideradas por *questões de investigação* às quais se procura dar resposta ao longo deste estudo:

- Será que os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo, Branco reconhecem o brincar como estratégia no alívio da dor na criança?
- Será que os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo, Branco utilizam estratégias de brincar nos cuidados que prestam?
- Será que os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo, Branco permitem o brincar com materiais e equipamentos hospitalares?
- Qual a perceção dos enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco face à oportunidade de escolha de atividades lúdicas por parte da criança nos locais de saúde?
- Será que os enfermeiros dos Centros de Saúde, da área de influência da ULS de Castelo, Branco identificam os jogos/brincadeiras utilizados no alívio da dor?
- Será que os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo, Branco, com formação específica em saúde infantil e/ou na área da dor, antes de realizarem um procedimento doloroso, desenvolvem uma atividade lúdica com a criança?

2 - TIPO DE ESTUDO

O tipo de estudo é condicionado pelo nível de investigação existente acerca da questão de investigação. Se a questão se situa no nível I ou II encaminhará o investigador para um estudo do tipo exploratório-descritivo, ou descritivo simples. Deste modo, um estudo de nível I acerca do qual pouco se sabe orientará o investigador para a descrição de um conceito, fenómeno ou fator. Neste âmbito, “pode mostrar-se importante estudar as características de uma população particular ou de descrever a experiência de um grupo de pessoas, antes de elaborar uma situação suscetível de melhorar uma situação” (Fortin, 2000:135). Num estudo de nível II, existe já uma bibliografia variada acerca do domínio escolhido mas existe relações entre os fatores da questão e pode servir para descrever fenómenos ou para se encontrar alguma relação entre as variáveis. Este tipo de desenho pode ser utilizado quando as variáveis foram definidas, mas não foram estudadas a relação com outras variáveis ou noutras populações (Fortin, 2000).

Face ao exposto, as nossas questões de investigação situam-se no nível do conhecimento I, pois embora exista já alguma bibliografia no domínio da utilização do brinquedo como estratégia de alívio da dor na criança, apenas recentemente o tema tem surgido com maior relevo. Relativamente ao local de estudo, desconhecemos algum estudo realizado nesta temática, o que orienta este trabalho para um estudo do tipo exploratório-descritivo, que permite descrever as condicionantes à utilização do brinquedo como estratégia de alívio da dor na criança, pelos enfermeiros do Centro de Saúde, podendo posteriormente servir de ponto de partida para futuros estudos ou estratégias que visem melhorar a prestação de cuidados nesta área. É ainda considerado exploratório-descritivo pelo facto de se basear na descoberta e clarificação de conceitos quanto à dor e à utilização do brinquedo, pelos enfermeiros, como estratégia não farmacológica no alívio da dor na criança.

Este estudo envolve uma investigação quantitativa, completada por uma abordagem qualitativa, dada a análise de conteúdo das questões abertas.

Freixo (2011) refere que o método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis, que tem como finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

A investigação qualitativa, ou como Frederick Erickson (1986, cit. por Freixo, 2011) lhe prefere chamar investigação interpretativa, em que o investigador observa, descreve, interpreta e aprecia o fenómeno tal como ele é sem o controlar.

Como refere o autor, o objetivo deste tipo de investigação é descrever ou interpretar, mais do que avaliar.

Nesse sentido também nós iremos descrever e interpretar a percepção dos enfermeiros do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, sem manipular as variáveis ou avaliar.

3 – HIPÓTESES

Definir ou enunciar hipóteses não é mais do que encontrar a resposta provável e provisória para atingir os objetivos do estudo e concretizar o processo de investigação.

“Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma predição baseada na teoria ou numa porção desta proposição” (Fortin, 2000:102). A hipótese combina a problemática e o objetivo numa exposição ou numa pronúncia objetiva dos resultados esperados do estudo (Fortin, 2000). Ainda que inicialmente não estivesse prevista a formulação de hipóteses neste estudo, face aos dados encontrados entendemos que seria importante relacionarmos algumas variáveis pelo que definimos as seguintes hipóteses:

H1- Independentemente do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, onde desempenham funções, os enfermeiros têm a mesma perceção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança.

H2- A perceção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionada com idade dos enfermeiros.

H3- A perceção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionada com o tempo de experiência profissional dos enfermeiros.

4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

Fortin (2000:202) refere que uma população “é uma coleção de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios”, sendo uma amostra “um conjunto de sujeitos retirados de uma população, constituindo a amostragem num conjunto de operações que permitem escolher um grupo de sujeitos ou qualquer outro elemento representativo da população estudada (Freixo, 2001:182-183).

Tendo em conta o contexto em que o estudo vai ser desenvolvido, e o número de enfermeiros (112), optámos pela população.

Na opinião de Freixo (2011:182) “ O meio ou contexto, pretende situar o ambiente natural (por oposição aos estudos laboratoriais) onde o estudo terá lugar (...). “

Assim o meio da pesquisa foram todos os Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, mais precisamente, o Centro de Saúde de Castelo Branco; Centro de Saúde de Idanha-a-Nova; Centro de Saúde de Penamacor; Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão; Centro de Saúde da Sertã; Centro de Saúde de Oleiros; Centro de Saúde de Proença-a-Nova e o Centro de Saúde de Vila de Rei. O que nos motivou a escolha foi o fato de exercermos funções no Centro de Saúde de Castelo Branco e termos exercido funções em vários centros de saúde atrás mencionados, tendo por isso um conhecimento mais profundo da realidade do estudo, o que facilitou a sua realização.

Como referimos, o universo populacional do estudo são todos os enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influencia da ULS, sendo um total de 112 enfermeiros distribuídos por: 44 enfermeiros no Centro de Saúde de Castelo Branco; 13 enfermeiros no Centro de Saúde de Idanha-a-Nova; 8 enfermeiros no Centro de Saúde de Penamacor; 4 enfermeiros no Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão; 19 enfermeiros no Centro de Saúde da Sertã; 10 enfermeiros no Centro de Saúde de Oleiros; 9 enfermeiros no Centro de Saúde de Proença-a-Nova; 5 enfermeiros no Centro de Saúde de Vila de Rei.

Face aos resultados, a população em estudo foi considerada a partir do preenchimento do instrumento de colheita de dados, a qual como se pode verificar na Tabela 1 é constituída por 88 enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, correspondente a 86,36% do universo em causa, sendo a participação em cada Centro de Saúde a seguinte: Castelo Branco 38 enfermeiros, Idanha-a-Nova 11 enfermeiros, Penamacor 8 enfermeiros, Vila Velha de Ródão 0 enfermeiros; Sertã 8 enfermeiros; Oleiros 10

enfermeiros; Proença-a-Nova 8 enfermeiros e Vila de Rei 5 enfermeiros. A população em estudo foi considerada a partir do preenchimento do instrumento de colheita de dados.

Analisando os resultados da Tabela 1, podemos verificar que o número total de enfermeiros que exerce funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco comparativamente aos enfermeiros que participaram no estudo é praticamente homogénea, apenas existindo diferenças significativas no Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão, onde não responderam nenhum enfermeiros e no Centro de Saúde da Sertã, em que apenas responderam 8 dos 19 enfermeiros.

Quadro 8 – Distribuição da População em estudo pelos diferentes Centros de Saúde

Centro de Saúde	Nº Total Enfermeiros	População em Estudo	
		N	%
Castelo Branco	44	38	86,36
Idanha-a-Nova	13	11	84,62
Penamacor	8	8	100
V.V.Ródão	4	0	0
Sertã	19	8	42,11
Oleiros	10	10	100
Proença-a-Nova	9	8	88,89
Vila de Rei	5	5	100
Total	112	88	86,36

5 – DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

Uma variável “pode ser definida como qualquer característica da realidade que pode tomar dois ou mais valores mutuamente exclusivos. Refere-se ainda a qualquer característica que numa experiência é manipulada, medida ou controlada” (Freixo, 2011:174).

Dependendo da sua utilização no estudo de investigação, as variáveis podem ser classificadas de várias formas. No nosso estudo apenas consideramos dois tipos: variáveis dependentes e variáveis independentes.

“A variável independente é a variável que numa experiência é especialmente manipulada pelo experimentador de modo a que os seus efeitos possam ser observados na variável dependente (...)” (Freixo, 2011:176).

Por sua vez “ A variável dependente é a variável cujos valores são em princípio o resultado de variações de uma ou mais variáveis independentes e respetivas condições, ou seja, resposta que reflete os efeitos da variável independente manipulada” (Freixo, 2011:176).

As variáveis dependentes e independentes estão interligadas e influenciam-se mutuamente e é a partir destas que se irão definir os dados que são necessários colher, tendo em conta o objetivo do estudo (Fortin, 2000).

Variável Dependente

- A perceção dos enfermeiros, que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nos Centros de Saúde.

Variáveis Independentes

- Centro de Saúde onde exerce funções
- Tempo de experiência profissional
- Idade

6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A colheita de dados, na perspectiva de Freixo (2011:191) “É a colheita sistemática de informações junto dos participantes com a ajuda dos instrumentos de medida selecionados”.

O instrumento utilizado para a colheita de dados foi o questionário, uma vez que nos pareceu ser o mais adequado, para atingir os objetivos e tendo em conta as características da população.

6.1 – QUESTIONÁRIO

Este método foi escolhido pelas suas características, na medida em que permite efetuar uma colheita de dados junto dos inquiridos, no que respeita a fatos, ideias, comportamentos, bem como às preferências, aos sentimentos, às expectativas e às atitudes. Este método traduz os objetivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Permite a organização, a normalização e o controlo dos dados, de tal forma que, as informações necessárias à investigação, sejam colhidas de forma rigorosa. É também um método pouco dispendioso, que permite a aplicação em simultâneo a uma população, respeitando a sua privacidade através do anonimato das respostas (Fortin, 2000).

O questionário utilizado para o estudo foi adaptado de um questionário já validado e devidamente autorizado pela sua autora (Anexo A).

Após a adaptação realizada para a realidade deste estudo, o questionário apresenta-se constituído por três partes (Anexo B). A parte 1 corresponde à caracterização da amostra; A parte 2, composta por trinta afirmações, numa *escala Tipo Likert*, com quatro opções de resposta: *discordo totalmente; discordo; concordo; concordo totalmente*. Por fim a parte 3 é constituída por três questões abertas. A primeira está relacionada com a importância do brincar no Centro de Saúde; a segunda como o brincar pode aliviar a dor na criança e a última, com as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança no Centro de Saúde onde os enfermeiros em questão exercem funções. As questões abertas têm como objetivo enriquecer as respostas, pois o entrevistado terá maior liberdade de se expressar, o que não acontece nas questões fechadas, e tem ainda como finalidade complementar dados resultantes da avaliação da Parte 2.

6.2 – PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Qualquer estudo ou investigação que envolva pessoas, levanta ao longo do seu percurso algumas questões éticas e morais. Se por um lado os conceitos em estudo, a colheita de dados e a divulgação dos dados, levam a um universo inevitável desenvolvimento da ciência, por outro podem também lesar os direitos dos participantes. É neste contexto que entra a ética enquanto ciência da moral e arte gestora da conduta (Fortin, 2000).

Numa investigação, o investigador tem a responsabilidade para com os participantes do estudo, pelo que não deve nem pode, negligenciar os princípios ou direitos fundamentais determinados pelo código de ética: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra desconforto e o prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 2000).

Tendo em conta os princípios éticos – deontológicos do processo de investigação, é de realçar que foram respeitados o direito dos inquiridos relativamente ao anonimato e confidencialidade dos dados, e foi transmitido aos participantes que o conteúdo do questionário será somente utilizado para fins académicos.

6.3 – METODOS DE COLHEITA DE DADOS

Para a aplicação dos questionários, efetuou-se um pedido de autorização, por carta, ao Presidente do Conselho de Administração da ULS de Castelo Branco (Anexo C). A divulgação foi feita mediante circular Interna a todos os Enfermeiros Chefes/Responsáveis dos respetivos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco.

Os questionários foram entregues pessoalmente no período entre 13 a 20 de fevereiro de 2012 e recolhidos no período compreendido entre o dia 20 de fevereiro a 16 de abril de 2012. O período de recolha foi mais demorado devido às distâncias físicas entre os Centros de Saúde e Castelo Branco e a falta de gestão de tempo para preenchimento e devolução nos prazos estabelecidos.

A decisão de entrega pessoal prendeu-se com o fato de ter a possibilidade de estar em contato direto com os inquiridos, transmitindo-lhes as informações necessárias em relação ao estudo em causa e ao modo de preenchimento do questionário.

CAPITULO III – ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se de forma minuciosa, analítica e descritiva, efetuar a apresentação dos dados colhidos através do questionário, assim como a análise e interpretação. Os resultados serão apresentados em gráficos e tabelas para permitir uma melhor visualização, sendo omissas as fontes, na medida em que a única fonte foi o questionário preenchido pelos inquiridos. “ (...) apresentar os resultados consiste em acompanhar o texto narrativo de quadro e figuras que ilustram os principais resultados obtidos com as diferentes análises utilizadas” (Fortin, 2000: 329).

Os dados recolhidos foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico SPSS® (Statistical Package for the Social Science), versão 20.

No tratamento dos dados, foram utilizadas a estatística descritiva e estatística inferencial. As técnicas de estatística descritiva, aplicadas foram, frequências absolutas (N) e relativas (%). Relativamente às técnicas de estatística inferencial aplicadas, foram as seguintes: ANOVA de Kruskal-Wallis; One-Way ANOVA e correlação de Pearson.

O tratamento e análise dos dados das respostas às questões abertas, parte 3 do questionário, foi efetuado através da técnica de análise de conteúdo, na perspectiva de Bardin (2000). A análise de conteúdo, inicialmente implica uma fase de categorização da análise em categorias e subcategorias, e posteriormente análise de conteúdo das respostas abertas. Na análise de conteúdo foi tomada em consideração a unidade de registo, a qual é segundo Bardin (200: 204) “a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização e a contagem frequencial”.

Embora existissem algumas questões de partida neste estudo, foi-se construindo a sua categorização, tendo em conta os conteúdos das respostas em que as variáveis foram sendo definidas de acordo com a análise feita à perceção dos autores definidos no contexto do enquadramento teórico.

Após a exploração do material para análise em que se realizou a estruturação dos elementos extraídos, estes foram distribuídos por categorias e subcategorias.

De forma a apresentar a informação numa sequência lógica, tendo como referenciação o questionário, apresentámos primeiro a caracterização e análise da população em estudo (em relação às variáveis de caracterização: género; idade; Centro de Saúde onde exerce funções; área da prestação de cuidados; tempo de experiencia profissional e formação profissional na

área da dor pediátrica), após as quais seguimos com a análise dos resultados obtidos da Parte 2 do questionário e por último, a descrição das questões abertas.

1 - CARACTERIZAÇÃO E ANÁLISE DA POPULAÇÃO

O Quadro 9 apresenta a caracterização da população quanto ao **Género**.

Como podemos constatar pela observação dos dados fornecidos pelo Quadro 9 e pelo Gráfico 1 a população em estudo é constituída por 88 elementos, distribuídos da seguinte forma: 80 do Género Feminino e 8 do Género Masculino, correspondendo respetivamente a 90,9% e 9,1%, sendo significativa a percentagem relativa ao género feminino.

Quadro 9 – Caracterização da população quanto ao *Género*.

<i>Género</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Masculino</i>	8	9,1
<i>Feminino</i>	80	90,9
<i>Total</i>	88	100,0

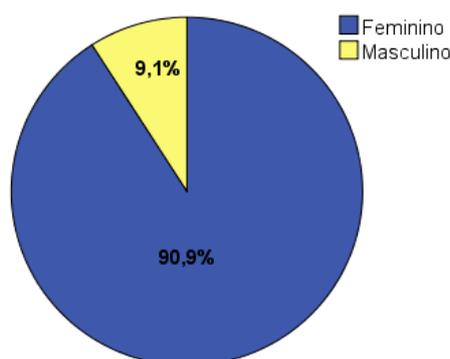


Gráfico 1 – Distribuição percentual da população quanto ao *Género*

Estes dados podem-nos ajudar a sugerir uma maior sensibilidade do género feminino para a arte do cuidar, pois a mulher está associada às emoções, ao afeto, ao aspeto relacional e maternal, sensível à prática de cuidados de saúde.

Como definem Pastore, Rosa e Homem (2008:4)

“ (...) as enfermeiras são produto da definição de ser e das relações sociais entre os sexos. Esse atributo ao público feminino à prática do “cuidar” como um processo “naturalizado”, origina-se essencialmente da construção natural do papel da mulher na sociedade, identificado como portadora de maiores habilidades para os cuidados, neste caso com a saúde/doença, assim como com as crianças e com os idosos.”

De todos os questionários preenchidos, um dos elementos não respondeu à questão *Idade*, sendo por isso válidos apenas 87 dos 88 elementos que responderam ao inquérito (Quadro 10). Como podemos verificar a Média da população em estudo é de 39,9 anos, com um mínimo de 26 anos, um máximo de 65 anos e um Desvio Padrão de 7,7 anos, conforme indica o Quadro 10 e o Gráfico 2.

Quadro 10 – Caracterização da população quanto à *Idade*

N Válidos	N Perdidos	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
87	1	39,9	41,0	33,0 ^a	7,7	26,0	65,0

^a-Existem diversos valores modais. O valor mais pequeno é o apresentado

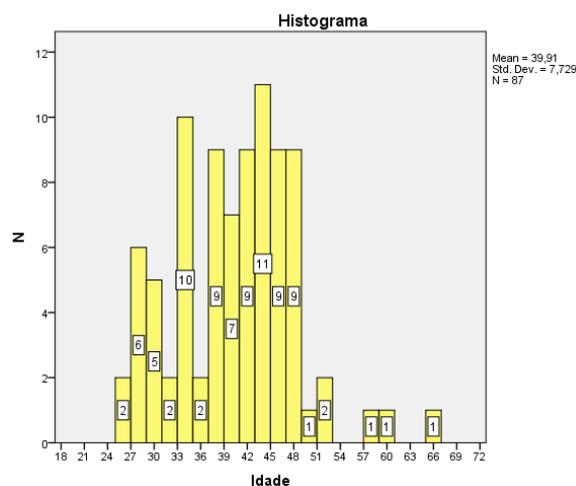


Gráfico 2 – Histograma representativo da *Idade*

Os enfermeiros que participaram no estudo apresentam uma média de idade considerada jovem, significando que possuem um potencial para a participação em novas iniciativas e apresentando atitudes assertivas perante a criança com dor.

A revisão da literatura faz referência para a importância do enfermeiro estar próximo da criança no sentido de cativar a sua confiança e poder impor as suas regras no tratamento e controlo da dor e ao mesmo tempo partilhar as alegrias (Tavares, 2011). Batalha (2010) é

igualmente da opinião de que a idade dos enfermeiros é um dos fatores que pode influenciar a percepção da dor na criança e a aplicação de métodos não farmacológicos.

O Quadro 11 e o Gráfico 3 são referentes à distribuição dos enfermeiros pelos *Centros de Saúde onde exercem funções*. Verifica-se uma maior percentagem no Centro de Saúde de Castelo Branco, com 43,2%, seguindo-se do centro de Saúde de Idanha-a-Nova com 12,5%. Apenas no Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão não houve participantes no estudo.

Quadro 11 – Caracterização da população relativamente aos *Centros de Saúde onde exercem funções*

<i>Centro de Saúde</i>	N	%
<i>Castelo Branco (Alcains, S. Miguel e S. Tiago)</i>	38	43,2
<i>Idanha-a-Nova</i>	11	12,5
<i>Penamacor</i>	8	9,1
<i>Vila de Rei</i>	5	5,7
<i>Sertã</i>	8	9,1
<i>Proença-a-Nova</i>	8	9,1
<i>Oleiros</i>	10	11,4
<i>Vila Velha de Rodão</i>	0	0
<i>Total</i>	88	100,0

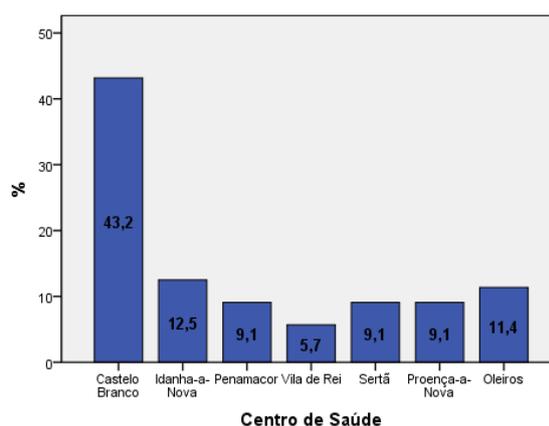


Gráfico 3 – Distribuição percentual da população por *Centros de Saúde onde exercem funções*

Os primeiros Centros de Saúde que surgiram no nosso país centravam as suas atividades na prevenção e promoção da saúde da grávida e da criança, e na vacinação. Com a criação do Programa-Tipo de Atuação em Saúde Infantil estavam criadas as condições para a prestação de cuidados de saúde com qualidade à população infante-juvenil, mediante normas bem definidas. Este programa tem sido revisto e atualizado ao longo destes anos (ultima atualização em 2012) em consequência da melhoria verificada nos indicadores de saúde, da modificação das patologias mais frequentes, problemas de desenvolvimento e comportamento, doenças crónicas, violência e da consolidação da rede de cuidados de saúde primários. A maioria das crianças que frequentam os Centros de saúde, são saudáveis e seguidos nas consultas de vigilância periódica de Saúde Infantil/juvenil. No entanto, e inversamente a esta realidade, não podemos deixar de nos confrontar com a realidade, de que a maioria das situações de dor na criança que ocorrem no Centro de Saúde são provocadas diretamente pelos enfermeiros, durante a prestação dos cuidados (Fonseca e Santos, 2006).

Constantino Sakellarides (2005, cit. por Fonseca e Santos, 2006) refere que “o problema do Serviço Nacional de Saúde (SNS) não são as grandes doenças ou calamidades, mas sim as pequenas maleitas de todos os dias (...)”.

Quanto à *área de prestação de cuidados* onde exercem funções e como se pode verificar no Quadro 12 e no Gráfico 4, a população em estudo está distribuída da seguinte forma: a grande maioria dos inquiridos (72,7%) presta cuidados diretos a crianças; 12 outra área (13,6%); 6 prestam cuidados diretos a utentes excluindo crianças (6,8%); e apenas 5 ocupam cargos de gestão (5,7%).

Quadro 12 – Caracterização da população por *Área de Prestação de Cuidados*

<i>Área da prestação de cuidados</i>	N	%
<i>Gestão</i>	5	5,7
<i>Prestação direta de cuidados a crianças</i>	64	72,7
<i>Prestação direta de cuidados a utentes, excluindo crianças</i>	6	6,8
<i>Outra</i>	12	13,6
<i>Não Sabe/Não responde (NS/NR)</i>	1	1,1
Total	88	100,0

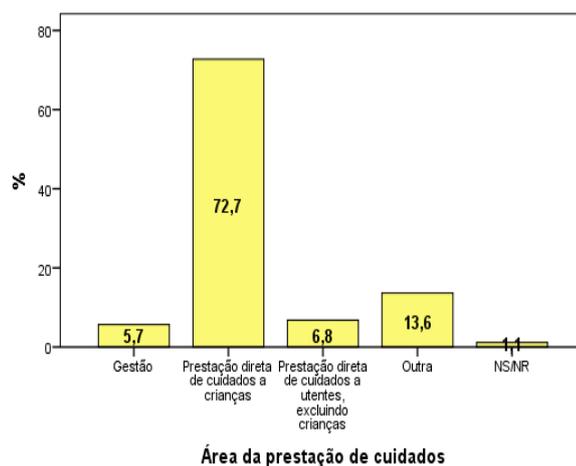


Gráfico 4 – Distribuição percentual da população por *Área de Prestação de Cuidados*

No que se refere a *outras áreas da prestação de cuidados*, 30 enfermeiros (34,1%) prestam cuidados a todos os utentes, mas uma percentagem de 65,9%, não responderam à questão (Quadro 13).

Quadro 13 – Caracterização da população por *Outra área da prestação de cuidados*.

<i>Outra área da prestação de cuidados</i>	N	%
<i>Prestação direta de cuidados a todos os utentes</i>	30	34,1
<i>NS/NR</i>	58	65,9
<i>Total</i>	88	100,0

Os dados revelam que os enfermeiros que participaram no estudo desenvolvem a sua atividade, na sua maioria, na prestação de cuidados diretos a crianças, ainda que não revelam formação profissional na área da dor pediátrica.

A sensibilidade e a humanização de cuidados são os primeiros passos a dar para uma mudança de atitudes em pediatria no que concerne a dor, e estes são intrínsecos a cada enfermeiro (Barros, 2003; Batalha, 2010; Linhares e Docas, 2010; Silva, Neto, Figueiredo e Barbosa-Branco, 2007).

Nesse sentido o acolhimento da criança pelo enfermeiro, é fundamental para estabelecer uma relação de confiança e para que as relações seguintes tenham sucesso.

Qualquer que seja o cuidado prestado pelo enfermeiro deve haver a preocupação de mostrar toda a disponibilidade para preparar o ato, seja para administrar uma vacina ou avaliar o peso (Fonseca e Santos, 2006).

No que diz respeito *ao tempo de experiência profissional*, a Média é de 17,0 anos, com um mínimo de 1,6 anos e um máximo de 40,0 anos de experiência profissional, verificando-se um Desvio Padrão de 7,6 anos, conforme indicam a Quadro 14 e o Gráfico 5.

Quadro 14 – Caracterização da população por *Tempo de experiência profissional*

N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
88	17,0	18,1	19,0	7,6	1,6	40,0

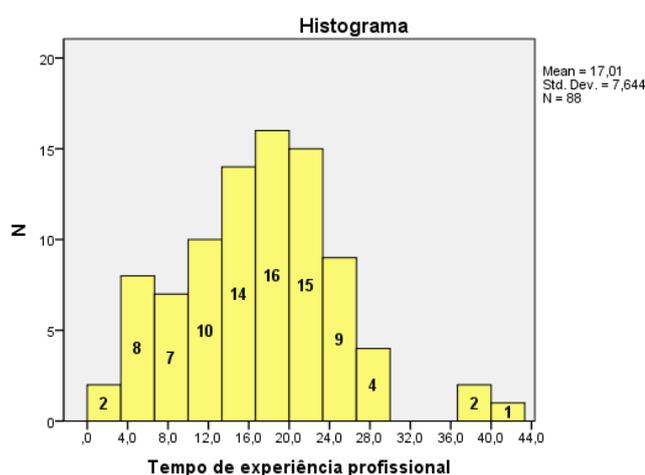


Gráfico 5 – Histograma representativo do *tempo de experiência profissional*

Em relação à *formação profissional na área da Dor Pediátrica*, 85,2% responderam que Não e 14,8% que Sim, como indicam o Quadro 15 e o Gráfico 6.

Quadro 15 – Caracterização da população por *Formação profissional na área da Dor Pediátrica*

<i>Formação profissional na área da Dor Pediátrica</i>	N	%
<i>Sim</i>	13	14,8
<i>Não</i>	75	85,2
<i>Total</i>	88	100,0

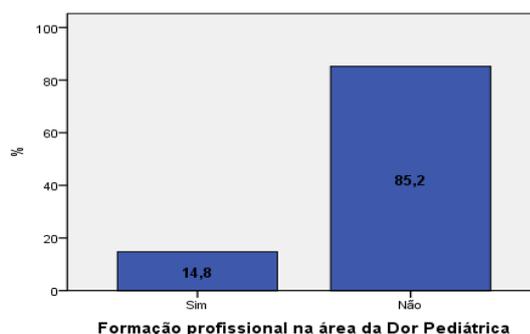


Gráfico 6 – Distribuição percentual da população por formação profissional na área da Dor Pediátrica

Quanto ao local onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica, apenas 9,1% responderam que foi durante o curso de enfermagem e 3,4% durante outro tipo de formação (Quadro 16). Tal fato reflete o quanto foi desvalorizada a dor em idade pediátrica nos currículos escolares.

Quadro 16 – Distribuição das respostas à questão: onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica.

Onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica	N	%
<i>Se sim, foi adquirida durante o curso de Linc. em Enf.</i>	8	9,1
<i>Durante outro tipo de formação</i>	3	3,4
<i>NS/NR</i>	77	87,5
<i>Total</i>	88	100,0

Quadro 17 – Distribuição das respostas à questão: qual foi o outro tipo de formação onde foi adquirida a formação profissional na Dor Pediátrica.

Durante outro tipo de formação. Qual?	N	%
<i>Pós-Graduação</i>	6	14,3
<i>Diplomatura Universitaria en Enfermaria</i>	1	14,3
<i>Total</i>	7	100,0

Mas ainda que a formação profissional seja importante e fundamental para o correto desempenho das funções, é necessário completar-se com motivação pessoal (Fonseca e Santos, 2006; Batalha, 2010).

Batalha (2010) apresentou um estudo referente a 2001, sobre a formação profissional dos enfermeiros na área da dor, revelando que os enfermeiros que participaram em ações de formação apresentaram maior cumprimento no controlo da dor e que, as crianças tratadas antes da formação dos enfermeiros, apresentavam um risco duas vezes maior de sofrerem de dor.

O Centro de Saúde, na opinião de Fonseca e Santos (2006), é o contato de referência de qualquer cidadão português. É o núcleo central e básico do sistema de saúde, fornecendo respostas às necessidades de saúde básicas da criança, que a acompanha no seu desenvolvimento, no programa de vigilância e doença. Requer um ambiente acolhedor, humanizado e individualizado, efetuado por profissionais sensíveis e com formação na área da saúde infantil.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS OBTIDOS

Nesta parte do trabalho em estudo foram analisadas as 30 questões da Parte 2 do questionário, com a finalidade de conhecer a percepção dos enfermeiros relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, cujos resultados obtidos contam no Anexo D.

P1- Na primeira questão *Nos espaços dirigidos às consultas de Saúde Infantil, existem brinquedos disponíveis para as crianças utilizarem, adequados ao seu escalão etário*, 30,7% dos enfermeiros que participaram no estudo discordaram, ainda que 21,6% discordaram totalmente e apenas 28,4% responderam que concordaram;

P2- Em relação à questão *A criança enquanto brinca estabelece uma forma de comunicação com os enfermeiros*, na sua maioria os enfermeiros responderam que concordaram (60,2%), havendo uma pequena percentagem que discordaram (3,4%);

P3- *A brincadeira entre o enfermeiro e a criança facilita a aceitação dos enfermeiros pela criança*, nesta questão os enfermeiros responderam na sua maioria concordaram totalmente (63,6%), existindo 34,1% dos enfermeiros que responderam que concordam e não sendo significativa a presença de opiniões contraditórias;

P4- Na quarta questão *O conhecimento sobre a importância do brincar da criança, por parte dos enfermeiros pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados à criança*, verificámos respostas idênticas às anteriores, 61,4% concordaram totalmente e 36,4% concordaram;

P5- Na questão *Não permitir que a criança brinque pode ser traumatizante*, 46,6% dos enfermeiros que participaram no estudo responderam que concordaram, ainda que 5,7% discordaram totalmente;

P6- Relativamente à questão *A brincadeira da criança no Centro de Saúde não contribui para o seu desenvolvimento psicomotor*; verificámos respostas muito próximas entre as opiniões discordantes (45,5% dos enfermeiros responderam que discordaram totalmente e 43,2% responderam que discordam), face a algumas respostas concordantes (6,8% concordaram e 3,4% concordam totalmente);

P7- Na questão *Os enfermeiros apresentam competências pedagógicas relativamente aos aspetos lúdicos de acordo com o escalão etário das crianças*, os enfermeiros dividiram-se quanto à resposta apresentada, a maioria concordaram com a questão (56,8%), havendo 30,7% dos enfermeiros que discordaram da mesma;

P8- Quanto à questão oito *A brincadeira não é uma forma de cuidar*, os enfermeiros na sua maioria concordaram totalmente com esta questão (63,6%), ficando em registo uma pequena percentagem de 4,5% de enfermeiros que ainda registaram concordar totalmente com a questão;

P9- Em relação à questão *O brincar permite compreender o comportamento da criança; o modo como a criança manipula e se relaciona com os brinquedos possibilita ao enfermeiro planear os cuidados por forma a dar respostas às necessidades reais*, observámos que os enfermeiros são na sua maioria decisivos na questão da concordância (53,4% concordam e 39,8% concordaram plenamente), tendo sido verificadas algumas respostas discordantes (3,4%);

P10- Na questão *É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram no Centro de saúde*, a opinião dos enfermeiros entre o discordo (44,3%), discordo totalmente (35,2%) e o concordo (13,6%) foi notória;

P11- Face à questão *As técnicas utilizadas para alívio da dor são exclusivamente farmacológicas*, 38,6% dos enfermeiros discordaram totalmente e 36,4 discordaram, face a 20,5% que concordaram;

P12- Após um procedimento doloroso *conversar com a criança é suficiente para que a dor diminua*, nesta questão 46,6% dos enfermeiros responderam que discordam e contrariamente a 37,5% que concordaram com a mesma;

P13- Na questão treze *A presença de um brinquedo de preferência da criança durante um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada*, dos enfermeiros que participaram no estudo 56,8% concordaram e 40,9% concordaram totalmente com esta questão, não sendo significativas respostas contraditórias;

P14- Face à questão seguinte *Permitir que a criança brinque com algum equipamento técnico (estetoscópio, seringa sem agulha, etc.) pode ser traumatizante para a criança*, observámos que a posição dos enfermeiros foi claramente discordante (45,5%, discordo totalmente e 42% discordo), no entanto verificámos algumas opiniões concordantes (9,1% concordo e 3,4% concordo totalmente);

P15- Relativamente à questão *Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso diminui a ansiedade da criança*, verificámos estar próximo do consenso as respostas dadas pelos enfermeiros, concordando 53,4% e concordando totalmente 45,5%, havendo apenas uma resposta discordante;

P16- Na questão *O diálogo entre a diáde criança/enfermeiro não é suficiente para acalmar a criança num processo de dor*, existem opiniões concordantes e discordantes, em

que 54,5% dos enfermeiros concordaram com a questão apresentada e 34,1% discordaram da mesma;

P17- A questão *Simular num boneco o procedimento que se vai realizar à criança, pode reduzir a ansiedade e aliviar a dor provocada por esse procedimento, a partir dos 3 anos*, reuniu opiniões divergentes, 69,3% dos enfermeiros concordaram e 14,8% discordaram;

P18- Quanto à questão *Brincar com um brinquedo musical pode amenizar o comportamento de agitação psicomotora da criança perante a dor*, os enfermeiros que participaram no estudo responderam com 77,3% de respostas concordantes, no entanto observámos uma pequena percentagem de 6,8% discordantes;

P19- Na décima nona questão *A permissão que a criança brinque no Centro de Saúde não é um agente facilitador na analgesia da criança*, 55,7% dos enfermeiros que participaram no estudo discordaram, ainda que 35,2% discordaram totalmente e contrariando a posição de 6,8% que responderam *concordo*;

P20- Em relação à questão *A brincadeira na criança é utilizada normalmente como uma estratégia de distração num momento de dor na criança*, na sua maioria os enfermeiros responderam que concordaram (69,3%), havendo uma pequena percentagem que discordaram (10,2%);

P21- Na questão *A brincadeira não reduz o efeito negativo das experiencias dolorosas na criança*, a opinião dos enfermeiros entre o discordo (61,4%), discordo totalmente (21,6%) e o concordo (17%) foi notória;

P22- *A ansiedade aumenta perante um procedimento doloroso ao ter contato e conhecer alguns materiais e equipamentos*, perante esta questão, 46,6% dos enfermeiros responderam que discordaram, face a 36,4% que concordaram;

P23- Face à questão seguinte *Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada por esse procedimento*, observámos que a posição dos enfermeiros foi maioritariamente concordante (67% concordo e 22,7% concordo totalmente), no entanto verificámos 10,2% da população discordante;

P24- Na questão *Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor*, 76,1% dos enfermeiros que participaram no estudo responderam que concordaram e 15,9% que concordaram totalmente, face a 8% dos que discordaram dessa questão;

P25- Quanto à questão *Após um procedimento doloroso e enquanto brinca a criança vai-se acalmando progressivamente*, os enfermeiros foram concordantes, respondendo 64,8%

que concordaram com a questão e 33% que concordaram totalmente, no entanto observámos ainda uma pequena percentagem de 2,3% que discordaram;

P26- Na questão *O brincar é um instrumento terapêutico no controlo da dor*, observámos opiniões concordantes e discordantes, em que 55,7% dos enfermeiros concordaram com a questão apresentada, 42% concordaram totalmente e apenas 2,3% discordam da mesma;

P27- Na vigésima sétima questão *Os enfermeiros promovem o brincar integrando-o nos cuidados à criança sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos*, 70,5% dos enfermeiros que participaram no estudo concordaram, ainda que 21,6% concordaram totalmente e contrariando a posição de 6,8% que responderam *discordo*;

P28- A questão *Na criança num momento de dor a brincadeira entre criança/enfermeiro proporciona o seu alívio*, reuniu opiniões divergentes, no entanto maioritariamente concordantes com a questão: 71,6% dos enfermeiros concordaram, 23,9% concordaram totalmente e 4,5% discordaram;

P29- Relativamente à questão *O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor*, verificámos estar próximo do consenso as respostas dadas pelos enfermeiros, concordando 64,8% e concordando totalmente 34,1%, havendo apenas uma resposta discordante;

P30- Chegámos à mesma conclusão na questão trinta *Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a perceção que têm das instituições de saúde*, em que 53,4% dos enfermeiros responderam que concordaram com a questão, 45,5% responderam que concordaram totalmente, face a uma resposta que discordaram totalmente.

Concluimos que de uma forma geral os enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde na área de influência da ULS de Castelo Branco, têm opiniões muito divergentes relativamente à perceção quanto ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, verificando que em 30 questões, são concordantes apenas em 6 respostas, na maioria das opções. No entanto pelos resultados apresentados, e de uma forma geral, podemos afirmar que os enfermeiros participantes no estudo, têm perceção que o brincar é uma estratégia de alívio da dor na criança. Justificamos esta afirmação na medida em que observámos que as opções escolhidas em maior percentagem são concordantes com as opiniões dos autores consultados e que serviram de base para a construção deste estudo e para a revisão da literatura.

De forma a facilitar a apresentação dos dados, englobámos as 30 questões em 3 grupos: enfermeiro/brincar; criança/brincar e centro de saúde (instituição de saúde) /brincar.

Neste contexto relativamente às questões relacionadas com *enfermeiro/brincar*, considerámos as respostas dadas às **P2; P3; P4; P7; P8; P9; P11; P12; P14; P15; P16; P23 e P27**. Os enfermeiros nas suas respostas foram concordantes que o brincar é um meio facilitador de comunicação e de aceitação entre a criança e o enfermeiro, estreitando os laços entre eles (Batalha, 2003; 2010; Tavares, 2011). Que ao brincar os enfermeiros contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e que para isso, contribuem as competências lúdico pedagógicas dos enfermeiros, de acordo com o escalão etário de cada criança, traduzindo-se numa correta avaliação dos cuidados prestados à criança com dor, envolvendo-a nos procedimentos dolorosos, sempre que seja possível, diminuindo a sua ansiedade, *stress* e medo, proporcionando-lhes alívio da dor (Huerta, 1996; Barros, 2003; Ornelas e Monteiro, 2011). Esse envolvimento engloba a explicação de todos os procedimentos (diálogo simples de acordo com a idade), e exemplificação e execução em bonecos bem como o manuseamento de todo o material utilizado no procedimento (Huerta, 1996; Santos, Borba e Sabatés, 2000; Carvalho, Fonseca, Begnis e Amaral, 2004; Tavares, 2011). Ao brincar a criança manifesta o seu comportamento frente à situação de dor ou procedimento que irá ser submetida, levando o enfermeiro a planear os cuidados de forma a dar respostas às necessidades concretas da criança. Os enfermeiros estão assim conscientes de que o brincar é uma forma de cuidar (Azevedo e Santos, 2004; Tavares, 2011) e engloba-se nas estratégias não farmacológicas de alívio da dor na criança, associando-se a outras e complementando-se, quando necessário, com as farmacológicas prescritas (Barros, 2003; Batalha, 2003; 2010; Tavares, 2011).

Às questões relacionadas com *criança/brincar* considerámos as **P5; P13; P17; P18; P20; P21; P22; P24; P25; P26 e P29**. Os enfermeiros têm perceção que a criança necessita da atividade lúdica para se relacionar, desenvolver e compreender o que a rodeia, e que o contrário poderá ter consequências traumatizantes para o seu desenvolvimento (Santos, 2011; Tavares, 2011). A presença de um objeto de referência da criança, poderá ser reconfortante e tranquilizante no momento do desconforto. Qualquer brinquedo serve de distração (objeto musical, jogo, livro, boneco, balão, etc.) e é normalmente utilizado como estratégia de alívio da dor na criança, de modo a reduzir os efeitos nefastos das experiências dolorosas. A criança, a partir dos 3 anos, poderá simular num boneco o procedimento que vai ser submetida, reduzindo desta forma a ansiedade e aliviando a dor (Huerta, 1996; Santos, 2011; Tavares, 2011). Os enfermeiros tomaram consciência da importância para a criança deste procedimento, no entanto observámos algumas dúvidas nas opiniões quanto à reação das crianças ao manusear o material a utilizar nos procedimentos dolorosos, já que esta questão é colocada de várias formas e a resposta não é correspondente. Os autores consultados são da

opinião de que deve-se proporcionar à criança que esta contate com os objetos reais de modo a familiarizar-se com esses objetos contribuindo para diminuir a ansiedade que eles lhe possam causar (Huerta, 1996; Batalha, 2010; Tavares, 2011). Os enfermeiros são concordantes que brincar com a criança antes do procedimento doloroso alivia a dor (Santos, 2011; Tavares, 2011), durante o procedimento doloroso promove o auto controle (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010) e enquanto brinca vai-se acalmando progressivamente (Santos, Borba e Sabatés, 2000; Tavares, 2011). Então, o brincar é um instrumento terapêutico no controlo da dor (Azevedo e Santos, 2004), estimulando a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e a dor (Batalha, 2010).

Às questões *centro de saúde (instituição de saúde) / brincar*, considerámos as **P1; P6; P10; P19 e P30**.

As respostas a estas questões espelham a realidade de cada Centro de Saúde e que foi transmitida através da opinião dos enfermeiros que participaram no estudo.

Os enfermeiros foram muito divergentes nas respostas, quanto há existência de brinquedos disponíveis para as crianças e adequados ao seu escalão etário, nos espaços dirigidos às consultas de Saúde Infantil, em cada centro de saúde. Fonseca e Santos (2006) apontam para a importância da criação destes espaços, que deverão ser organizados harmoniosamente e equipados em função das etapas de desenvolvimento da criança. O brincar no Centro de Saúde promove o desenvolvimento psicomotor, no entanto é fundamental estabelecer um plano lúdico (brinquedo terapêutico, manuseamento com objetos reais, outros) com a criança, enquanto esta se encontra no Centro de Saúde (Correia, 2005; Ornelas e Monteiro, 2011; Tavares, 2011). Os enfermeiros concordaram que é importante implementar o brincar nos procedimentos dolorosos pois este contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a perceção que têm das instituições de saúde (Barros, 2003; Carvalho, Fonseca, Begnis e Amaral, 2004; Fonseca e Santos, 2006; Tavares, 2011).

3 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DAS PERGUNTAS ABERTAS

Na parte 3 do questionário foi pedido aos inquiridos que indicassem razões *porque brincar é importante no seu Centro de Saúde; porque o brincar pode aliviar a dor na criança; e para descrever estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde.*

Tendo por base os objetivos do estudo, organizaram-se os dados colhidos de forma a ser realizada a análise de conteúdo das referidas questões, na perspetiva de Bardin (2000). Em cada questão escolheram-se os dados necessários, de acordo com o tema abordado. Posteriormente identificaram-se componentes de cada categoria, ordenando os dados de forma a não ser atribuído o mesmo excerto de texto a duas categorias diferentes, mantendo assim o critério da exclusividade.

As tabelas que se seguem exibem as categorias e subcategorias identificadas para o estudo. Desenvolveram-se tabelas e gráficos que pretendem ilustrar a distribuição de cada categoria por cada Centro de Saúde, dando uma imagem da opinião dos enfermeiros de forma global por Centro de Saúde. Cada tabela faz-se ilustrar por uma coluna N de Respostas, que representa o número de vezes que cada categoria ou subcategoria é selecionada.

Importância do brincar no Centro de Saúde

Face à primeira questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde*, o Quadro 18 mostra que 66 dos 88 enfermeiros responderam à questão indicando para si as principais razões.

Quadro 18 – Distribuição das respostas à questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde*

<i>Indique razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Responderam à questão</i>	66	75,3
<i>NS/NR</i>	22	25,0
<i>Total</i>	88	100,0

As categorias e subcategorias para a referida questão encontram-se no Quadro 19, e obtiveram um total de 218 respostas.

Quadro 19 – Distribuição das respostas à questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde*, por categorias e subcategorias

<i>Importância do brincar no Centro de Saúde</i>			
Categoria	N	Subcategoria	N
Melhorar o ambiente envolvente	12	Centro de Saúde	11
		Família	1
Criar elos de ligação à criança/família	60	Confiança/empatia enfermeiro/criança	40
		Comunicação enfermeiro/criança	10
		Relação de confiança pais/criança/enfermeiro	10
Contribuir para o bem-estar	47	Reduz o medo da criança	8
		Controlo da ansiedade e do stress	39
Controlar o desenvolvimento da criança	17	Avaliação do desenvolvimento	5
		Desenvolvimento psicomotor	7
		Desenvolvimento social e familiar	5
Perceber a perceção da criança	32	Em relação ao Centro de Saúde	20
		Em relação aos enfermeiros	12
Colaborar na qualidade dos cuidados prestados	17	Melhoria na qualidade dos cuidados prestados	3
		Adesão ao tratamento/procedimento	12
		Modo de cuidar pelo enfermeiro	2
Reduzir a dor	16	Diminuição da dor	8
		Autocontrolo da dor	3
		Expressar sentimentos e dor	4
		Reduzir a dor dos pais	1
Distrair a criança	17	Distração	17
Total das respostas		218	

Apesar das diferenças nas respostas salientou-se a categoria *Criar elos de ligação à criança/família* que reúne mais coincidentes (N60), sendo a subcategoria mais relevante na opinião dos inquiridos *Confiança/empatia enfermeiro/criança*, com N40.

Estes resultados vão de encontro ao que descrevem Fonseca e Santos (2006:127) no seu estudo de investigação *A dor na criança: Atendimento de crianças e jovens nos Centros de Saúde*, referindo-se aos enfermeiros que cuidam das crianças, afirmando que “ Para que a criança se sinta bem acolhida no Centro de Saúde deve ser recebida e cuidada por profissionais tecnicamente bem preparados para lidar com as suas necessidades e problemas específicos”. Referem também que o acolhimento e todo o tipo de relações entre a criança e o enfermeiro serão mais confortáveis através do lúdico.

De igual forma os trabalhos de Silva (2004) e Pedro, Nascimento, Poleti, Lima e Luiz (2007) transmitem a mensagem que o brincar serve para o enfermeiro, se relacionar com a criança/família e é uma das formas que a criança tem para comunicar com o mundo que o rodeia, como já foi referido anteriormente.

A categoria *Contribuir para o bem-estar* foi igualmente muito valorizada pelos enfermeiros, N47, sendo a subcategoria *Controlo da ansiedade e do stress*, mais valorizada pelos enfermeiros com 39 respostas.

Estes dados estão muito bem descritos no trabalho de investigação de Mikowski (2008) ao conseguir que através do brinquedo terapêutico diretivo as crianças expressassem os seus medos, ansiedades e *stress* causados pela cirurgia a que iriam ser submetidas, ao procederem a técnica cirúrgica a um urso. Outros estudos como os de Carvalho, Fonseca, Begnis e Amaral (2004); Pereira, Nunes, Teixeira, Nunes e Diogo (2010); Tavares (2011) entre muitos outros que se referem à importância do brinquedo terapêutico como técnica importante na libertação da ansiedade e do *stress* vivido previamente a qualquer procedimento doloroso ou apenas numa ida ao Centro de Saúde.

No que respeita à categoria seguinte mais valorizada pelos enfermeiros destaca-se *Perceber a perceção da criança*, com N32, em que a subcategoria *Em relação ao Centro de Saúde*, com N20, foi a mais referenciada.

O brincar deve ser a principal preocupação das enfermeiras, refere Tavares (2011), no seu estudo *Acolher brincando*. Paraphrasing Françani et al (1998, cit. por Tavares, 2011:78) refere que “ a arte encontra-se intimamente ligada ao criar, trabalhar e realizar, utilize-se então na prática diária ao cuidar das crianças (...)”.

Distrair a criança obteve um total de N17, com a subcategoria *Distração*, de igual valor.

A criança em contexto de saúde distrai-se pelo que centra as suas atenções no brincar, de forma que os estímulos dolorosos passem para segundo plano, como referem os estudos de Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010; Carvalho, Fonseca, Begnis, Amaral, 2004; Medeiros, Marsumoto, Ribeiro e Borba; Paixão, 2010; Tavares, 2011.

Relativamente à categoria *Colaborar na qualidade dos cuidados* prestados, com um total de 17 respostas, destaca-se a subcategoria *Adesão ao tratamento/procedimento*, mencionada por 12 enfermeiros.

A promoção do brincar em contexto de saúde pode ser facilitadora para a integração do cuidado prestado à criança, fortalecendo o processo de humanização em ambiente de saúde, pelo que é importante que os enfermeiros façam do brincar um ato terapêutico. Conclusões que vários trabalhos de investigação enunciaram e que foram referidos neste estudo (Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello e Luiz, 2007; Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba, 2009; Mitre e Gomes, 2004; Tavares, 2011 e Fonseca e Santos, 2006).

Como se verifica a categoria *Controlar o desenvolvimento da criança* tem o mesmo somatório das categorias anteriores, destacando-se a subcategoria *Desenvolvimento psicomotor*, com N7.

Nas áreas destinadas à saúde infantil (salas de espera, gabinetes de enfermagem/vacinação, gabinetes médicos) o ambiente deve ser sempre adequado ao nível de desenvolvimento da criança. O brincar em contexto de saúde é uma forma de promover o seu desenvolvimento social e psicomotor e emocional, como referem os estudos de Ribeiro, Sabaté e Ribeiro (2001); Tavares (2011); Fonseca e Santos (2006) e Azevedo, Santos, Justino Miranda e Simpson (2007).

Também de acordo com os estudos de Mitre e Gomes (2004) o brincar estimula e contribui para o desenvolvimento da atenção, concentração, socialização, criatividade, expressão corporal e oral e raciocínio lógico.

O *Reduzir a dor* foi uma categoria que verificou um total de 16 escolhas, salientando-se a subcategoria *diminuição da dor*, com N8.

A importância do brincar em contexto de saúde é notória pois, além das várias funções atribuídas ao brincar, este tem para as crianças, a grande função de diminuir a dor. Os autores referenciados neste estudo, dirigem os seus trabalhos de investigação no sentido a valorizarem o brinquedo, de uma forma ou de outra, no alívio da dor na criança e dotarem a criança de estratégias de coping de forma a enfrentar positivamente os serviços de saúde, os enfermeiros/profissionais de saúde e os procedimentos dolorosos a que estão sujeitos.

Batalha (2001:221) no seu estudo descreve que o brincar, sendo uma forma de distração no alívio da dor e provocando prazer na criança, (...) “é explicada pela teoria do Portão ao facilitar a libertação de neuromoduladores endógenos que bloqueiam a perceção da dor pelo fecho do portão”.

A categoria que obteve menos respostas (N12) foi *Melhorar o ambiente envolvente*, destacando-se a subcategoria *Centro de Saúde*, com N11.

Confrontando estes resultados com o que foi referido na revisão da literatura e dos estudos de investigação já apresentados, a brincadeira é mediadora de relações entre a criança e o ambiente envolvente, modificando a perceção que dele tem. Permite uma aproximação à realidade, desenvolvendo mecanismos de coping.

Qualquer ambiente que rodeia a criança é de grande importância, devendo ser criada uma atmosfera confortável, no sentido de colmatar as necessidades da criança e ajudar a tornar o ambiente mais tranquilo e familiar (Fonseca e Santos, 2006; Tavares, 2011; Batalha, 2010).

Os Centros de Saúde que mais respostas deram acerca da importância do brincar, foram o Centro de Saúde de S. Miguel com 43, de S. Tiago com 42, de Proença-a-Nova com 27, de Oleiros com 24, de Idanha-a-Nova com 23, Penamacor com 21, Vila de Rei com 19 e por último Alcains com 4 respostas (Quadro 20).

Quadro 20 – Distribuição das respostas à questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde* por Centro de Saúde

<i>Importância do brincar no Centro de Saúde</i>		<i>Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco</i>								
Categoria	N	Alcains Castelo Branco	S. Miguel Castelo Branco	S. Tiago Castelo Branco	Penamacor	Vila de Rei	Oleiros	Sertã	Idanha- a-Nova	Proença- a-Nova
Melhorar o ambiente envolvente	12	0	2	1	2	1	0	3	1	2
Criar elos de ligação à criança/família	60	0	12	12	7	5	5	2	10	7
Contribuir para o bem-estar	47	1	12	8	3	5	7	4	3	4
Controlar o desenvolvimento da criança	17	0	2	2	2	2	2	3	1	3
Perceber a perceção da criança	32	2	8	7	6	0	4	0	0	5
Colaborar na qualidade dos cuidados prestados	17	0	4	3	0	2	2	2	1	3
Reduzir a dor	16	0	2	5	1	0	2	1	4	1
Distrair a criança	17	1	1	4	0	1	2	3	3	2
Total das respostas	218	4	43	42	21	16	24	18	23	27

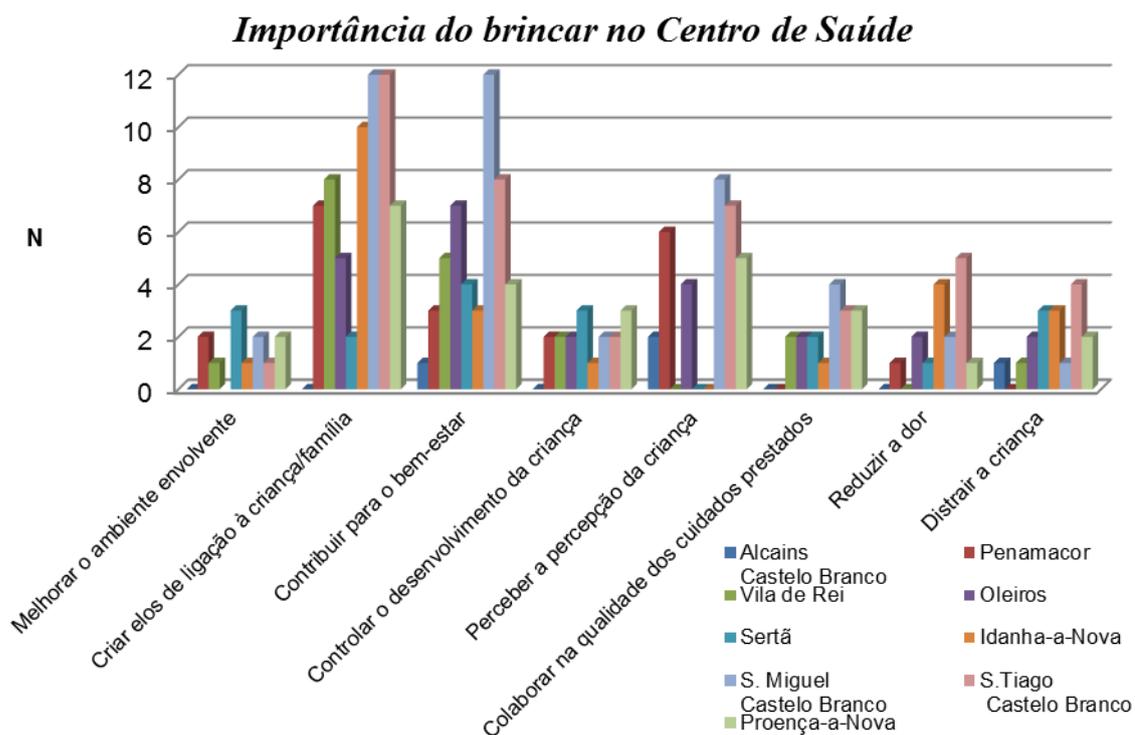


Gráfico 7 – Representação das respostas à questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde* por Centro de Saúde

O brincar como estratégia de alívio da dor

Em relação à segunda questão, *Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança*, 65 dos 88 enfermeiros responderam à questão, como indica o Quadro 21, descrevendo-se as categorias e subcategorias no Quadro 22, onde se obteve um total de 134 respostas.

Quadro 21 – Distribuição das respostas à questão *Descreva as razões porque brincar pode aliviar a dor na criança*

<i>Descreva as razões porque brincar pode aliviar a dor na criança</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Responderam à questão</i>	65	73,9
<i>NS/NR</i>	23	26,1
<i>Total</i>	88	100,0

Quadro 22 – Distribuição das respostas à questão *Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança*, por categorias e subcategorias

<i>O brincar como estratégia de alívio da dor</i>			
Categoria	N	Subcategoria	N
Tranquilizante perante o estímulo doloroso	31	Diminuição da ansiedade e medos	27
		Redução e desmistificação de situações potencialmente dolorosas	4
Estimula/favorece a comunicação/relação	23	Cria ambiente empático entre enfermeiro/criança	17
		Facilidade em expressar os sentimentos	6
Distração face ao estímulo doloroso	51	Distração	40
		Autocontrolo e autoconfiança perante a dor	11
Possui efeito terapêutico	29	Instrumento terapêutico	6
		Prepara a criança para procedimentos dolorosos	10
		Diminui os efeitos indesejáveis dos procedimentos dolorosos	9
		Método de cuidar em enfermagem	4
Total das respostas			134

A categoria *Distração face ao estímulo doloroso* foi a resposta mais escolhida pelos enfermeiros (N51) sendo a subcategoria mais representativa a *Distração*, com N40.

Estes dados são congruentes com as respostas à questão anterior no que se refere à distração como técnica importante no alívio da dor, apesar de, na anterior não estar tão representativa.

De fato a distração consiste em desviar a atenção da sensação dolorosa controlando ao mesmo tempo o momento de dor. Através de estímulos sensitivos agradáveis, o cérebro reduz a perceção aos estímulos dolorosos, como foi descrito no estudo de Batalha (2001).

Segue-se a categoria *Tranquilizante perante o estímulo doloroso*, com 31 respostas como razão porque o brincar pode aliviar a dor na criança e a subcategoria mais representativa foi *Diminuição da ansiedade e medos* (N27).

Como já foi referido anteriormente, o brincar é um instrumento que diminui a ansiedade da criança expressando ao mesmo tempo os seus medos. Traduz-se pelas palavras escritas de Tavares (2011: 65) do seguinte modo “(...) brincar é a atividade mais importante da criança e é essencial ao seu desenvolvimento motor, emocional, mental e social. Esta é a forma que a criança tem para ativamente expressar os seus medos, ansiedades e frustrações”.

Por último, a categoria *Possui efeito terapêutico*, com 29 respostas, e destacando a subcategoria *Prepara a criança para procedimentos dolorosos* (N10).

Por vezes as crianças não são preparadas para os atos terapêuticos, pelo que sentem medo do desconhecido, sendo necessária a sua preparação para todas as situações potencialmente dolorosas e que possam ser motivadoras de angústias, de forma que os medos

sejam minimizados. A brincadeira ajuda a criança a compreender o significado das situações, adaptando-se aos procedimentos e lidando com situações de *stress*. São os resultados apresentados por Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba (2009); Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo (2010); Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello e Luiz (2007) e muito outros descritos na bibliografia deste estudo.

Constata-se apesar de ser unânime entre os autores e investigadores que o brincar prepara a criança para procedimentos dolorosos, e que por consequência diminui os efeitos indesejáveis dos procedimentos dolorosos e, não restando dúvidas, que é um método de cuidar. No entanto a analisar pelas respostas dadas não se verificou uma clareza nesses conhecimentos por parte dos enfermeiros.

Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietila (2003) identificaram como fatores que promovem a não aplicação destas técnicas o excesso de trabalho, a insegurança dos enfermeiros, as limitações dos métodos a aplicar e o método de trabalho.

Batalha (2001) assim como Magnabosco, Tonelli e Souza (2008) referem-se à falta de formação na área da dor pediátrica e na área das estratégias não farmacológicas, nomeadamente no brincar.

No que diz respeito à categoria *Estimula/favorece a comunicação/relação*, com N23, a subcategoria *Cria ambiente empático entre enfermeiro/criança* obteve um total de 17 respostas.

O brincar proporciona um tipo de comunicação entre o enfermeiro e a criança, que surge como facilitador no processo de trabalho para se lidar com componentes cognitivos complexos e com o sofrimento. A promoção do brincar em contexto de saúde, possibilita aos enfermeiros viverem uma experiência diferente com as crianças, tendo uma relação de proximidade em que o lúdico privilegia o saudável, a prevenção, o tratamento e a cura. Mitre e Gomes (2004), defendem que o brincar cria um ambiente empático entre o enfermeiro e a criança, sendo também esta a opinião de Batalha (2001), Fonseca e Santos (2006) e Tavares (2011).

Os Centros de Saúde que deram mais razões acerca da importância do Brincar foram de S. Miguel com 28 respostas, S. Tiago com 24, 17 de Idanha-a-Nova, 14 de Oleiros, Vila de Rei e Sertã, 11 de Penamacor, 10 Proença-a-Nova por fim Alcains com 2 respostas (Quadro 23).

Quadro 23 – Distribuição das respostas à questão *Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança*, por Centro de Saúde

<i>O brincar como estratégia de alívio da dor no Centro de Saúde</i>		<i>Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco</i>								
<i>Categoria</i>	<i>N</i>	<i>Alcains Castelo Branco</i>	<i>S. Miguel Castelo Branco</i>	<i>S. Tiago Castelo Branco</i>	<i>Penamacor</i>	<i>Vila de Rei</i>	<i>Oleiros</i>	<i>Sertã</i>	<i>Idanha-a-Nova</i>	<i>Proença-a-Nova</i>
Tranquilizante perante o estímulo doloroso	31	1	8	4	1	3	4	3	6	1
Estimula/favorece a comunicação/relação	23	1	5	3	3	3	2	2	2	2
Distração face ao estímulo doloroso	51	0	8	9	4	4	8	5	7	6
Possui efeito terapêutico	29	0	7	8	3	4	0	4	2	1
Total das respostas	134	2	28	24	11	14	14	14	17	10

O Gráfico 8 permite uma visualização mais precisa e objetiva da descrição das categorias por Centros de Saúde, em relação ao brincar como estratégia de alívio da dor

Porque o brincar pode aliviar a dor

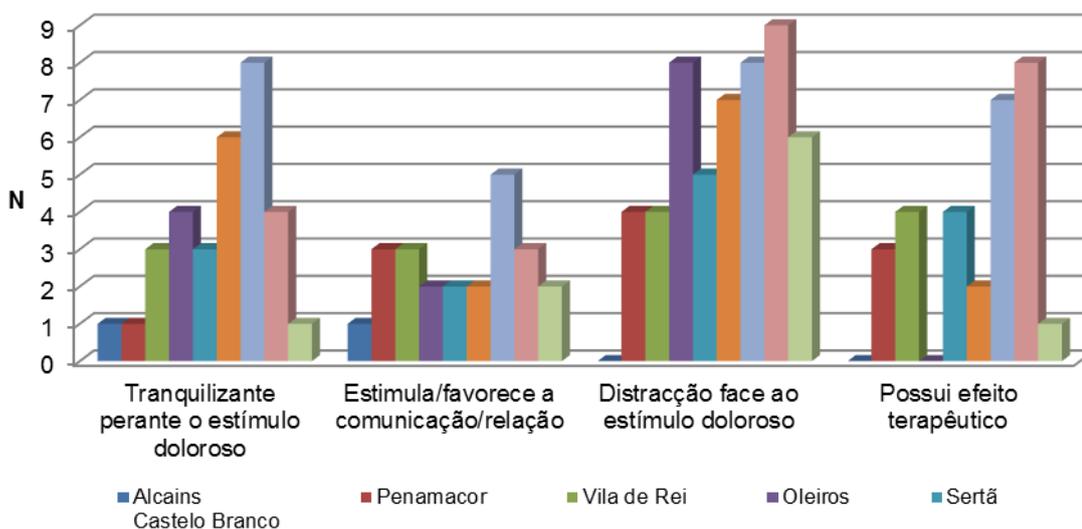


Gráfico 8 – Representação das respostas à questão *Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança*, por Centro de Saúde.

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no seu Centro de Saúde, para o alívio da dor na criança.

Ainda considerando a opinião dos enfermeiros dos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, em relação à terceira questão aberta *Descreva as*

estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde, responderam 63 num universo de 88 enfermeiros, como faz referência o Quadro 24. As categorias e subcategorias obtiveram um total de 154 respostas, como podemos constatar pelo somatório das categorias *Estratégias farmacológicas* (Figura 11) e *Estratégias não farmacológicas* (Quadro 25). A mesma tabela apresenta as subcategorias da categoria estratégias não farmacológicas e as respetivas unidades de registo de cada subcategoria. O Anexo E faz referência ao quadro que representa o conjunto das categorias e subcategorias da questão, *Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no Centro de Saúde*, e respetivas frequências.

Quadro 24 – Distribuição das respostas à questão *Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde*

<i>Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Responderam à questão</i>	63	71,6
<i>NS/NR</i>	25	28,4
<i>Total</i>	88	100,0

A Figura 11 mostra a opinião dos enfermeiros dos Centros de Saúde da influência da ULS de Castelo Branco relativamente às estratégias farmacológicas utilizadas no alívio da dor na criança, nos respetivos Centros de Saúde onde desempenham funções.

A categoria, *Estratégias farmacológicas*, foi 5 vezes selecionada como sendo utilizada pelos enfermeiros nos respetivos Centros de Saúde. Emergiram duas subcategorias: *Analgesia oral/retal* (N2) e *Farmacologia sem especificação* (N3).

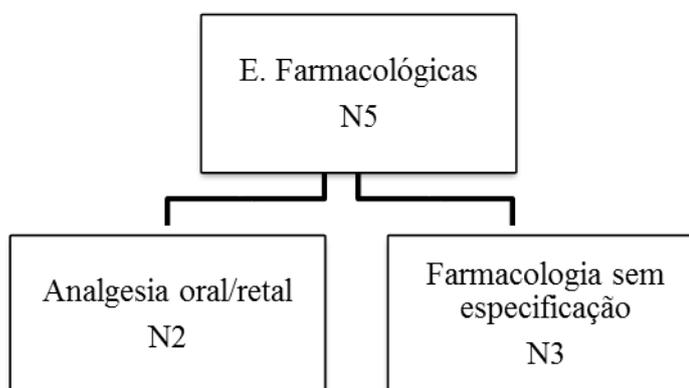


Figura 11 – Estratégias farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros no seu Centro de Saúde, para o alívio da dor na criança

É do conhecimento geral que nas crianças o tratamento com fármacos é eficiente. É também a opinião de Batalha (2010) ao referir nos seus estudos que a aplicação de um *penso*

local com anestésico, reduz a dor local provocada por procedimentos dolorosos, como são a administração de injetáveis, colocação de cateter endovenoso, administração de vacinas, entre outros. O mesmo autor faz igualmente referência à aplicação de *spray* frio, imediatamente antes da realização do procedimento. Faz ainda referência a estudos que comprovam a eficácia destes produtos aliados à existência de protocolos de serviços e à motivação de cada enfermeiro.

No Quadro 25 está representada a categoria *Estratégias não farmacológicas*, as respetivas sete subcategorias identificadas, com o número de vezes selecionadas pelos enfermeiros da população em estudo e as respetivas unidades de registo.

Quadro 25 – Apresentação das Estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança segundo os enfermeiros dos Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco

<i>Estratégias não farmacológicas no alívio da dor na criança, para os enfermeiros nos Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco</i>			
N 149	Subcategoria	N	Unidades de Registo
46	Suporte emocional	23	Diálogo
		10	Presença dos pais
		8	Atitude de empatia
		2	Administração de substância açucarada (glicose, mama...)
		3	Promoção de afeto e carinho
49	Utilização do brinquedo e do jogo	37	Brinquedos existentes no serviço/improvisados
		1	Bonecos
		4	Jogos (diversos e material lúdico)
		2	Objetos pessoais
		1	Brinquedos musicais
		4	Computador (musica e bonecos animados)
30	Familiarização com o material antes do procedimento doloroso	6	Mostrar o material à criança
		8	Manuseamento do material pela criança
		11	Explicar os procedimentos
		5	Simulação do procedimento em boneco
10	Recompensa ou prémio após procedimento doloroso	9	Objeto significativo para a criança (balões ...)
9	Realização de atividades com a criança	3	Desenho/pintura
		4	Cantar
		3	Contar histórias
3	Métodos Físicos	3	Aplicação de calor/frio
2	O ambiente	1	Gestão do ambiente físico
		1	Conhecimento do espaço físico

Como se verifica a subcategoria mais representativa é a *Utilização do brinquedo e do jogo* com 49 respostas, e *Brinquedos existentes no serviço/improvisado*, com 37. Os dados

podem sugerir que os enfermeiros recorrem maioritariamente aos brinquedos existentes no serviço para utilizar como estratégia de alívio da dor.

Vários são os estudos que corroboram este resultado, em que todos eles fazem referência à importância do uso do brinquedo terapêutico e o manuseamento do material que irá ser utilizado no procedimento doloroso.

O estudo apresentado por Santos, Borba e Sabatés (2000) sobre a Importância do preparo da criança pré-escolar para a injeção intramuscular com o uso do brinquedo, veio comprovar que a utilização de materiais como uma boneca de espuma, uma injeção intramuscular (seringa e agulha), bolas de algodão, álcool, copos para colocar o algodão utilizado, entre outros, e uma pequena história contada na 3ª pessoa (representando uma menina de 5 anos), foram muito úteis para a libertação do *stress* e ansiedade do procedimento e do ambiente envolvente. São também concordantes os estudos de Kiche e Almeida (2009), Mikowski (2008) e Tavares (2011).

Suporte emocional é a outra subcategoria selecionada pelos enfermeiros (N46), fazendo-se representar pelo *Diálogo* (N23) como unidade de registo.

O diálogo pode ser um excelente método de alívio da dor, uma vez que pela proximidade com a criança e família estas tornam-se mais confiantes e seguras, conseguindo contornar o medo e aliviar a dor, contribuindo assim para o suporte emocional tendo sido vários os autores que convergiram os seus trabalhos no mesmo sentido (Tavares, 2011; Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba, 2009; Ribeiro, Borba, Maia, Carneiro, 2006, Batalha, 2001).

Na *Familiarização com material antes do procedimento doloroso* com N30, salientou-se a unidade de registo *Explicar os procedimentos* (N11). A criança ao manipular os materiais hospitalares expressa os seus medos e ansiedades, logo que o enfermeiro prepare a criança para o procedimento doloroso através de informações simulando ao mesmo tempo num boneco o que permite à criança manter o controlo sobre a situação (Tavares, 2011; Ribeiro, Sabatés e Ribeiro, 2001; Kiche e Almeida, 2009; Mikowski; Mitre e Gomes, 2004; Fonseca e Santos, 2006).

Na subcategoria *Realização de atividades com a criança* (N9), foi o *cantar* (N4), o *desenho / pinturas* (N3) e *contar histórias* (N3) as unidades de registo que se destacaram.

Quaisquer que sejam as atividades com a criança, são úteis no sentido de fornecer informações claras e precisas dos procedimentos, de a distrair e libertar do stress vivido. Quando a criança visualiza os procedimentos através de livros, filmes ou outros adaptados à fase do seu desenvolvimento, torna-a mais calma, menos receosa do procedimento (Batalha, 2010; Paixão, 2010).

Almeida (2000) demonstrou bem no seu estudo como nas diferentes fases do desenvolvimento estão implícitas diferentes escolhas de brinquedos e reações diferentes perante a dor e os procedimentos dolorosos. Ornelas e Monteiro (2011) apresentaram após longa pesquisa e trabalhos na área do alívio da dor na criança, um desdobrável que reúne indicações sobre os procedimentos não farmacológicos, de acordo com o desenvolvimento da criança, entre outras informações complementares e úteis.

A subcategoria *Recompensa ou prémio após procedimento doloroso*, perfaz um total de 9 questões selecionadas, com uma única unidade de registo *Objeto significativo para a criança (balões, medalha de bom comportamento, entrega de diploma, ...)*(N9). Como referem Linhares e Docas (2010) compensar a criança com algo após o procedimento doloroso pode ser importante, contribuindo para o alívio da dor. Ao mesmo assunto se referem Graner, Junior e Rolim (2010), na perspetiva do reforço positivo.

Os *Métodos físicos* (N3) com a *Aplicação de calor/frio* (N3) foi a categoria menos valorizada pelos enfermeiros. No entanto os trabalhos descritos por Batalha (2010, 2003) apontam para o benefício do frio no alívio da dor e o calor como técnica de conforto e relaxamento.

Por último a categoria *O ambiente* com apenas 2 respostas, com as unidades de registo *Gestão do ambiente físico* (N1) e *Conhecimento do espaço físico* (N1). Na verdade muito defendido nos trabalhos de Fonseca e Santos (2006), pois é essencial que a criança se familiarize com todo o ambiente que a rodeie, que se sinta bem, num clima de plena harmonia.

A subcategoria *Utilização do brinquedo e do jogo* (Estratégia não Farmacológicas) foi a mais descrita pelos enfermeiros do Centro de Saúde S. Tiago (10), seguindo-se pelos enfermeiros de Oleiros e Idanha-a-Nova (8), do Centro de Saúde de S. Miguel (7), Proença-a-Nova e Sertã (5), de Vila de Rei (3), Penamacor (2) e finalmente de Alcains (1).

Confrontando com respostas globais entre Centros de Saúde, pode-se constatar que o Centro de Saúde de S. Tiago foi o que apresentou mais respostas no que concerne as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, com 38 respostas, seguindo-se do Centro de Saúde de S. Miguel com 26, Oleiros com 18, Vila de Rei com 17, Idanha-a-Nova com 16, Proença-a-Nova com 15, Penamacor com 13, Sertã com 9 e por fim Alcains com 2 respostas, como podemos constatar pelo Quadro 26 e pela ilustração do Gráfico 9.

Quadro 26 – Distribuição das respostas à questão *Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde, por Centro de Saúde*

<i>Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no seu Centro de Saúde, para o alívio da dor na criança</i>		<i>Centros de Saúde da ULS de Castelo Branco</i>								
Subcategoria	N	Alcains Castelo Branco	S. Miguel Castelo Branco	S. Tiago Castelo Branco	Penamacor	Vila de Rei	Oleiros	Sertã	Idanha-a-Nova	Proença-a-Nova
Analgésia oral/rectal	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Farmacológicas sem especificação	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0
Suporte emocional	46	1	8	17	4	1	4	1	5	5
Utilização do brinquedo e do jogo	49	1	7	10	2	3	8	5	8	5
Familiarização com o material antes do procedimento doloroso	30	0	9	5	4	4	4	1	1	2
Recompensa ou prémio após procedimento doloroso	9	0	2	4	0	2	0	0	1	0
Realização de atividades com a criança	10	0	0	2	2	2	1	2	0	1
Métodos Físicos	3	0	0	0	0	2	0	0	1	0
O ambiente	2	0	0	0	1	1	0	0	0	0
Total das respostas	154	2	26	38	13	17	18	9	16	15

Quais as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde?

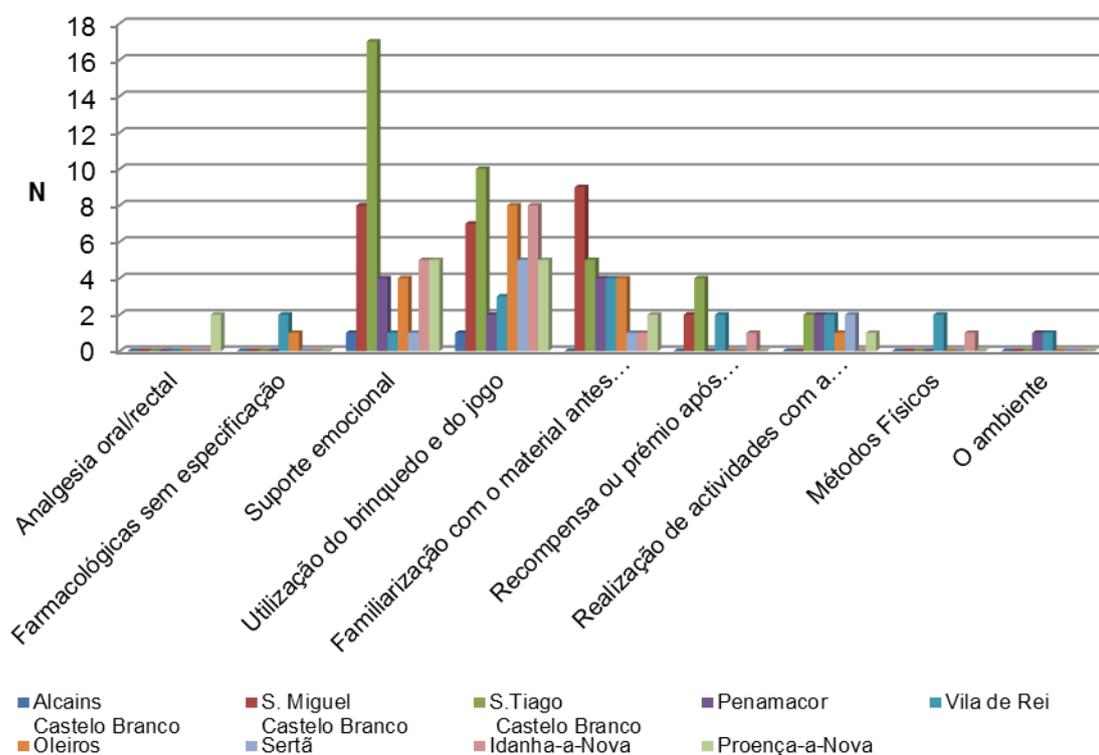


Gráfico 9 – Representação das respostas à questão *Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde, por Centro de Saúde*

4 – VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES

Hipótese 1: Independentemente do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco onde desempenham funções, os enfermeiros têm a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança.

Para a verificação da **H1** optou-se pela utilização do teste não paramétrico ANOVA de Kruskal-Wallis. Este teste pretende determinar se os resultados são significativamente diferentes para três ou mais grupos, neste caso específico, os centros de saúde.

O Anexo F demonstra as dimensões de cada grupo e a ordem média obtida. Verifica-se que independentemente do Centro de Saúde onde exerçam funções os enfermeiros tem a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor da criança, mas existe uma discrepância de opiniões em 4 questões, nomeadamente nas questões P15, P24, P29 e P30.

Ou seja, na questão *Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso diminui a ansiedade* (P15) os enfermeiros de Penamacor e Sertã (54,13) dão mais importância do que os enfermeiros de Oleiros, Vila de Rei (38,90), Proença-a-Nova (37,81) e por fim dos Enfermeiros de Idanha-a-Nova (27,55).

Outra questão onde foi verificada alguma discrepância de resultados é *Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor* (P24) em que assim os profissionais de Penamacor (51,13) atribuem mais importância do que os enfermeiros de Castelo Branco (49,53), seguidos pelos da Sertã (46,50), Oleiros (45,40), Vila de Rei (41,00), Proença-a-Nova (36,38) e por último os de Idanha-a-Nova (27,55).

Relativamente à questão *O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor* (P29) os enfermeiros de Penamacor (57,19) dão mais importância à afirmação seguidos pelos de Castelo Branco (50,61), Oleiros (43,05), Proença-a-Nova (31,32), Vila de Rei (38,70), e Idanha-a-Nova (31,32).

A última questão *Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a percepção que têm das instituições de saúde* (P30) a importância é mais notória

no Centro de Saúde de Penamacor e Sertã (54,13), seguidos pelos profissionais de Castelo Branco (50,12), depois Vila de Rei (38,90), Proença-a-Nova (37,81), Oleiros (34,55) e Idanha-a-Nova com 27,55%.

Os valores elevados de significância ($> 0,05$) indicam que as frequências observadas na maioria das respostas se ajustam aos valores esperados, não rejeitam a hipótese nula de afirmar que independentemente do Centro de Saúde de onde desempenha funções os enfermeiros têm a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor da criança (tendem para a homogeneidade de respostas). No entanto para P15 onde $p = 0,049 < \alpha = 0,05$, P24 onde $p = 0,028 < \alpha = 0,05$, P29 onde $p = 0,023 < \alpha = 0,05$ e P30 onde $p = 0,021 < \alpha = 0,05$ rejeitamos a hipótese acima descrita (Anexo G).

Podemos então afirmar que nem todos os enfermeiros têm a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor da criança, devido ao fato das questões P15, P24, P29 e P30 obterem resultados $< 0,05$, rejeitando a hipótese para as questões. Em contrapartida as outras 26 questões não rejeitam a hipótese, concluindo então que independentemente do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco onde desempenham funções, os enfermeiros têm a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança.

No que respeita aos enfermeiros e o brincar como estratégia de alívio da dor nos Centros de Saúde, verificou-se que Penamacor foi onde os enfermeiros se destacaram nas diferenças de questões.

A primeira questão refere-se à importância da criação de um ambiente lúdico como fator determinante na redução da ansiedade da criança com dor. Na realidade estudos de Le Vieux-Anglin, Sawyer e de Mitre, Gomes (1993 e 2004, cit. por Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010) testemunham que, as intervenções lúdicas realizadas com as crianças que vivenciam uma experiência dolorosa, sugerem dois resultados terapêuticos: estabilidade emocional e adaptação à experiência. A criança altera o seu comportamento emocional, tranquilizando-se e quando a situação é perturbadora o brincar permite preveni-la. Dal Moro (s.d.) chegou à mesma conclusão com um estudo realizado por ele, com crianças hospitalizadas dos 4 aos 7 anos, sujeitas a procedimentos dolorosos, observando alteração comportamental e emocional ao grupo que aplicou o lúdico.

Carvalho, Fonseca, Begnis e Amaral (2004:5) descreveram no seu projeto de investigação do Programa do Laboratório do Brincar, que efetuaram em parceria com diversas áreas da saúde, que o brincar é “ (...) redutor de tensões, permitindo que a criança escape por um instante de sua realidade. O brincar possibilita o deslocamento do enfoque da doença, além de permitir que a criança se expresse.”

Outra questão que se evidenciou pela valorização de resultados observados pelos enfermeiros do Centro de Saúde de Penamacor, foi a P24, *Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor.*

De fato é no brincar que a criança irá buscar a satisfação substituta dos seus desejos e devido ao mecanismo de projeção, o brinquedo permitirá aliviar através da personificação, a carga de angústia suscitada pelo conflito intrapsíquico (Chiattonne, 2008 cit. por Mikowski, 2008).

Os estudos nesta temática convergem aos resultados apresentados, dado que dão grande importância à preparação da criança antes de qualquer procedimento potencialmente doloroso.

Kiche e Almeida (2009) realizaram um estudo com 39 crianças hospitalizadas submetidas a cirurgia, cujos objetivos foram: comparar as reações manifestadas pelas crianças durante a realização do penso, efetuado antes e após o preparo com o brinquedo terapêutico; avaliar e comparar a dor apresentada pelas crianças durante a realização do penso, antes e após o preparo com o brinquedo terapêutico.

O estudo evidenciou que há uma maior adaptação e aceitação ao procedimento, após o preparo com brinquedo terapêutico, manifestando as crianças, comportamentos de maior adaptação. Este estudo apresenta resultados positivos na medida em que se observou que as crianças passaram a colaborar espontaneamente nos procedimentos, mostraram-se bem-dispostas, deixando de lado o medo e a tensão.

As crianças manifestam desejo de exercerem autonomia e partilhar das decisões a respeito dos cuidados que lhes são prestados, percebem da necessidade de formular questões: quando serão ouvidas; quando recebem explicações sobre os procedimentos em linguagem adequada ao seu desenvolvimento e recebem a participação da família. Opinião de Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba (2009) ao estudarem o comportamento de 5 crianças pré escolares num serviço de urgências, após a preparação com o brinquedo terapêutico. A possibilidade da criança manipular o material real será imprescindível para auxiliar a superar o medo e o sofrimento relativo aos procedimentos dolorosos, pois as crianças ficam melhores preparadas quando lhes é permitido manusear o material que será utilizado conforme ajuda o brinquedo terapêutico. O mesmo estudo conclui ainda que no preparo com o brinquedo terapêutico a criança poderá chorar e exprimir os seus sentimentos e desgostos.

Mikowski (2008) utilizou o brinquedo terapêutico direto com 5 crianças, que iriam ser submetidas a diferentes cirurgias. Utilizou então o brinquedo como forma de dramatização, analisando a forma como cada criança estava a viver a sua cirurgia, suas dúvidas e emoções. O objetivo foi atingido uma vez que as crianças executaram os procedimentos no brinquedo

(urso), expressando as suas emoções. É através do brinquedo que a criança expressa as suas emoções, aquilo que no momento mais lhe causa angústia. Assim sendo o brinquedo terapêutico é um material eficaz para ser utilizado a fim de entender o que se passa na criança.

A questão *O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor* (P29), foi a mais valorizada entre os enfermeiros de todos os Centros de Saúde.

De realçar que apesar de todos os estudos convergirem no mesmo sentido (do grande benefício para a criança do brinquedo terapêutico), nesta questão está subjacente a subjetividade da criança, ou seja, o brinquedo terapêutico irá permitir à criança, se lhe forem conferidas condições e a verbalização de sentimentos.

Mikowski (2008) refere que no seu estudo as crianças verbalizaram e expressaram com clareza o procedimento cirúrgico a que iriam ser submetidas e as suas angústias. Essa manifestação através do brincar possibilita a criança de um melhor domínio e apazigua a angústia interna.

O cuidar da criança requer do enfermeiro habilidades muito particulares: ser sensível; saber ouvir; tocar; relacionar-se; ter perceção em relação aos aspetos subjetivos da criança; a maneira como reage física e emocionalmente ao sofrimento da criança; saber reconhecer a singularidade da sua experiência, num diálogo intuitivo entre os envolvidos em que as perceções são captadas pela subjetividade de ser enfermeiro (Persegona e Zagonel, 2008). Como referem Salgado e Maranhão (2002) é necessário amor, dedicação, compromisso e responsabilidade.

Os trabalhos apresentados por Magnabosco, Tonelli e Souza (2008) traduzem a importância de refletir sobre a humanização na prestação de cuidados à criança, a forma de comunicação e o modo de abordagem que se presta à criança, devem ser claras, diretas e humanizadas sob a forma de livros, brincadeiras simples e explicação de todos os procedimentos dolorosos.

Desta forma o enfermeiro que pretenda que a criança verbalize os seus sentimentos, deve ter conhecimentos suficientes (e formação na área), que é necessário comunicar-se através do lúdico, pois só assim a intervenção é assimilada pela criança (Junqueira, 1999 cit. por Salgado e Maranhão, 2002).

As crianças valorizam o enfermeiro que utiliza o brinquedo como recurso de aproximação e abordagem. Isso ficou demonstrado num estudo apresentado por Pedro, Nascimento, Poleti, Lima, Mello e Luiz (2007) onde ficaram a saber a expectativa de 40 crianças de idades pré-escolares e escolares sobre as enfermeiras pediátricas na Finlândia.

Elas esperavam que fossem humanas, confiáveis, divertidas, alegres e deveriam dar importância ao brinquedo e utilizá-lo com mais frequência.

Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a percepção que têm das instituições de saúde. Esta última questão que se evidenciou das 27 questões do questionário aplicado aos enfermeiros dos Centros de Saúde, faz referência à criança/pais, à vivência positiva que possam ter e à percepção positiva dos Centros de Saúde que possam advir dessa vivência.

Os pais têm uma contribuição essencial na formação da educação, transmissão de valores e crenças, proteção e segurança, em relação à dor (Silva, Neto, Figueiredo, Barbosa-Branco, 2007).

Atualmente a abordagem de enfermagem na criança com dor não se deve excluir de forma alguma, de cuidados em parceria (Algren, 2001). Ainda que se considere fundamental a presença dos pais para a proteção e segurança da criança, estudos Medeiros, Matsumoto, Ribeiro e Borba (2009) têm revelado que por vezes as mães revelam-se impotentes face à técnica da utilização do brinquedo terapêutico e à manifestação da criança, prejudicando a sua utilização. Nestes casos surge a necessidade de explicar a técnica à criança permitindo a manipulação de material utilizado no procedimento e explica-se à mãe que nem sempre se torna eficaz de imediato (técnica dirigida à família).

Também os trabalhos de Kiche e Almeida (2009) demonstraram que as crianças preparadas para a realização de procedimentos colaboravam com os enfermeiros sorrindo e brincando, havendo uma adaptação à unidade de internamento.

Um estudo efetuado por Ribeiro, Borba, Maia e Carneiro (2006), objetivou compreender o significado atribuído pelos pais à utilização do brinquedo terapêutico numa instituição de saúde. Deste estudo concluíram que o brinquedo terapêutico é uma importante intervenção de enfermagem possibilitando as crianças de compreenderem e aceitarem melhor os procedimentos; proporcionou diminuição dos medos relacionados com os procedimentos favorecendo uma maior tranquilidade, traduzidos numa maior aceitação; permite às crianças e pais melhores experiências na instituição de saúde, de maneira mais eficaz e tranquila e as mães referiram também ser sinal de saúde.

Após termos determinado que os enfermeiros têm percepção da importância do brinquedo terapêutico em contexto de Centro de Saúde; que a preparação para procedimentos potencialmente dolorosos efetuada com a criança/jovem/ família é fundamental para um bem-estar físico e psicológico e relacional, torna-se necessário analisar as questões em contexto da idade dos enfermeiros.

Hipótese 2: A percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde na área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança está relacionada com idade dos enfermeiros.

Para a análise desta hipótese, foi necessário medir a associação entre diferentes tipos de variáveis. A associação entre uma variável ordinal e uma variável quantitativa (escala), é medida pelo coeficiente *Rho de Pearson*. O coeficiente obtido varia entre -1 e 1.

O Anexo H esclarece que existe uma influência com significado estatístico entre a idade dos profissionais e as questões 8, 10 e 19. Para as restantes variáveis não existe influência estatística entre a idade dos enfermeiros e a percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, nos Centros de Saúde, rejeitando-se desta forma a H2, afirmando-se que a percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde na área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança não está relacionada com idade dos enfermeiros.

Perante as questões e os valores encontrados verificámos que, apesar da média de idades ser de 39,9%, considerada jovem, não se verificou um consenso geral no que se respeita à aplicação do brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Analisando o estudo de Manworren (2000) a autora identificou falhas a vários níveis do conhecimento dos enfermeiros, sobre o controlo da dor, nomeadamente sobre as intervenções não farmacológicas.

Puler e Madureira (2004) relatam que, em termos de cuidados de enfermagem, o uso de técnicas não farmacológicas pode não eliminar a dor, mas contribuem para diminuir o sofrimento. O estudo realizado pelas autoras evidenciou o desconhecimento dos enfermeiros, relativamente às diversas técnicas não farmacológicas úteis para a prevenção e alívio da dor e que fazem parte das intervenções autónomas de enfermagem.

As questões evidenciadas reportam-se a particularidades como o desconhecimento das técnicas não farmacológicas e a insegurança, bem como a não aplicabilidade de normas de serviço.

Estes achados não são confirmados por Pölkki, Laukkala e Vehviläinen-Julkunen (2003), que no seu trabalho sobre *Os fatores que influenciam a aplicação de técnicas não farmacológicas pelos enfermeiros no alívio da dor de doentes pediátricos*, concluíram que enfermeiras mais velhas e com mais experiência no trabalho, são mais competentes e menos inseguras na utilização de técnicas não farmacológicas quando comparadas às enfermeiras mais jovens e com menos experiência.

De forma mais abrangente Batalha (2010) refere-se a estudos em que idade, o sexo, a experiência profissional, experiências pessoal de dor, dos enfermeiros, influenciam na aplicação dos métodos não farmacológicos.

Hipótese 3: A percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionada com o tempo de experiência profissional dos enfermeiros.

Para testar esta hipótese utilizou-se o cálculo do *coeficiente de Pearson* e obtiveram-se resultados similares ao da hipótese anterior, significa existir uma influência com significado estatístico para as questões P8, P10 e P23, respetivamente para as seguintes questões *A brincadeira não é uma forma de cuidar, É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram no Centro de Saúde e Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso pode promover o auto controlo perante a dor.* Para as outras questões não se verificou influência com significado estatístico entre o tempo de experiência profissional e a percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Desta forma podemos afirmar que a percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, não está relacionada com o tempo de experiência profissional dos enfermeiros.

Neste estudo os enfermeiros, têm em média 17 anos de exercício profissional. Observa-se pelos valores e pelas questões em causa que os resultados estão de acordo com os autores que passo a abordar.

Wilson (2006) no seu estudo *As inferências dos enfermeiros sobre a dor*, confirmou que a informação que os enfermeiros possuem sobre a dor não parece estar relacionada com a sua experiência em termos do tempo de exercício profissional.

Do mesmo modo Lui, Winnie e Fong (2008) nas suas pesquisas *Conhecimento e atitudes dos enfermeiros das unidades médicas de Hong Kong no controlo da dor* verificaram que os enfermeiros com uma percentagem maior de respostas corretas em NKASRP-C (knowledge and attitudes regarding pain management nurses) tinham mais experiências clínicas no controlo da dor e maior aplicação destes conhecimentos no seu trabalho diário. Os autores concluem que é importante identificar falhas de informação e de atitudes relativamente ao controlo da dor.

Batalha (2001) no seu estudo *A criança com dor e a sua família; saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos*, apurou que a variável tempo de exercício profissional, revelou influenciar significativamente os saberes e práticas dos enfermeiros.

Apesar dos nossos resultados apontarem que 72,7% do total dos enfermeiros em estudo, se encontrarem a exercer funções na área da prestação direta a crianças, é inequívoca a grande lacuna que existe em formação na área dor, principalmente na dor pediátrica, constatada pelos 85,2%, dos enfermeiros que responderam não possuírem formação nessa área e em que 9,1% ter adquirido essa formação durante o Curso de Licenciatura de Enfermagem.

Atualmente têm vindo a esboçar-se alguma preocupação no ensino pré-graduado na problemática da dor, de forma a permitir que os futuros enfermeiros possam ter uma formação adequada nesta área.

Os resultados são igualmente corroborados pelos trabalhos de Batalha (2001:272) quando afirma que tendo em atenção que a formação dos enfermeiros é vital para a melhoria dos cuidados, era presumível pensar que os que possuíam mais formação tivessem pontuação mais elevada no inventário de saberes e práticas, o que se confirmou. Desta forma comprovou que “ (...) as ações de formação sobre a dor são úteis para a adoção de saberes e práticas de excelência em relação à dor na criança e sua família”.

Batalha (2010) tem reunido vários estudos que emergem de uma necessidade vigente, em analisar o impacto da formação e sensibilização profissional, que apesar de tudo ainda escasseia a nível mundial e nacional. O autor refere que os resultados são amplamente positivos, nomeadamente maior alívio da dor, aplicando estratégias não farmacológicas e farmacológicas adequadamente, melhor comunicação entre a equipa e maior satisfação profissional, concluindo que a melhoria de cuidados só é possível com maior investimento em formação, investigação e organização de serviços.

CONCLUSÕES E PISTAS DE ESTUDO

A dor na criança tem sido alvo de várias pesquisas ao longo destas décadas devido às implicações no comportamento e desenvolvimento infantil, dependendo do estágio de desenvolvimento em que se encontra quando contacta com o estímulo doloroso.

Nos últimos anos a investigação tem contribuído para uma consciencialização da necessidade de mudança nos comportamentos e atitudes da sociedade e particularmente dos profissionais da saúde.

De entre as várias situações que causam dor na criança em contexto de saúde, os procedimentos dolorosos assumem um papel de destaque, quando abordamos este tema.

Avaliar e intervir no seu controlo e alívio é desafiante para os enfermeiros pelo carácter subjetivo e individual característico da dor, principalmente quando nos dirigimos à criança, pela incompreensão do seu desenvolvimento cognitivo e inseridas num determinado contexto social. De acordo com as suas competências, é dever do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem cuidar da criança/jovem e família promover ações em prol da sua saúde e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem. Deverá ainda fazer a gestão diferenciada da dor, aplicando conhecimentos sobre saúde e bem-estar, garantir a gestão de medidas farmacológicas, demonstrar conhecimentos e habilidades na aplicação de estratégias não farmacológicas, no alívio da dor, comunicar-se com a criança e com a família, de forma a respeitar o estágio de desenvolvimento da criança/jovem e a sua cultura (OE, 2011). Poderá ainda contribuir para sensibilizar os enfermeiros a adotarem estratégias de prevenção e controlo da dor em pediatria, contribuindo para o bem-estar da criança, reduzindo a morbilidade, valorizando a humanização dos cuidados de saúde, dando particular atenção à prevenção e controlo da dor provocada pelos atos de diagnóstico e terapêutica.

Atualmente em que é crescente a responsabilidade dos Centros de Saúde na criação de programas de prevenção e promoção da saúde, os cuidados de enfermagem, no que dizem respeito à dor na criança, deverão ser sempre programados criando condições para que a dor seja prevenida. As palavras de Batalha (2003:34) expressam-no com clareza ao afirmar que “uma criança que sofre não é exemplo de boa prática de enfermagem”.

O Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (1996:3) refere que “Os cuidados de enfermagem são as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais”. O enfermeiro é o profissional

que estabelece o primeiro contacto com a criança e que mantém o maior tempo de permanência junto a ela, tendo todo o potencial para um relacionamento de confiança.

A dor em pediatria é atualmente considerada um problema de saúde pública. A dor aguda, apesar de poder ser previsível ainda é uma realidade muito frequente na infância. A deficiente sensibilidade verificada pela nossa sociedade e pelos nossos serviços de saúde, continua a ser a razão pela qual a dor nas crianças, permanece a ser subvalorizada, subtratadas e negligenciada.

A publicação e distribuição de informação atualizada, não contribuiu para mudanças de atitudes, pois os enfermeiros nem sempre atuam segundo os princípios orientadores de boas práticas emitidos pela DGS (2003; 2008 e 2010), pela OE (Mateus, Ferreira, Monforte et al, 2008) e segundo as suas competências. Verificam-se igualmente em alguns casos, lacunas no conhecimento e pensamento quanto à aplicação de princípios básicos de avaliação, aplicação dos instrumentos de avaliação, controlo, alívio e registo da dor, que levam às anteriores constatações.

Para intervir com eficácia perante o alívio da dor na criança, os enfermeiros têm de implementar estratégias farmacológicas e não farmacológicas, pelo que as não farmacológicas atualmente podem ser uma alternativa às farmacológicas. O enfermeiro deve promover a sua aplicação uma vez que lhe confere cuidados de saúde autónomos, podendo contribuir para a melhoria dos cuidados à criança.

De todas as estratégias existentes destacamos o brincar, utilizado em contexto de saúde. A criança enquanto brinca no Centro de Saúde distrai-se, centrando as suas atenções no brincar, desviando ao mesmo tempo as suas atenções do estímulo doloroso. Vários autores (Barros, 2003; Batalha, 2010; Pereira, Nunes, Teixeira, Diogo, 2010; Tavares, 2011) consultados consideram que o brincar é um instrumento terapêutico aliviando assim a dor, diminuindo o efeito negativo dos procedimentos e preparando a criança para o procedimento doloroso, desmistificando ao mesmo tempo os seus medos, ansiedade e *stress*. Assim sendo o brincar é uma forma de cuidar.

Fonseca e Santos (2006) referem que nos Centros de Saúde devem ser criados espaços-tempo lúdico-pedagógicos adequados à criança, de modo a que esta se sinta bem enquanto espera o seu atendimento. Os espaços deverão ser humanizados tanto em arquitetura como em equipamento e devem ser organizados em função das etapas do desenvolvimento. Os Centros de Saúde devem ser estruturados em sala de espera da criança e acompanhante; gabinete de consulta; sala de vacinas (gabinete de enfermagem); sala de tratamentos e devem merecer decoração adequada aos utentes pediátricos.

O brinquedo tem o seu valor terapêutico reconhecido a nível mundial, no entanto é do Brasil que têm surgido grandes estudos nessa área, tendo tido reconhecimento público com a criação do Grupo de Estudos do Brinquedo (GE Brinq, 2003, cit. por Tavares, 2011), cujo objetivo se centra em aprofundar o estudo relativo à importância da brincadeira para a criança, tal como a utilização do brinquedo/brinquedo terapêutico na assistência de enfermagem. Ainda no decorrer das pesquisas nesta área, o Conselho Federal de Enfermagem do Brasil deliberou, em outubro de 2004 (COFEN – Resolução Cofen nº295/2004), que o brinquedo terapêutico deverá ser utilizado na assistência à criança e família hospitalizada e que o enfermeiro seria o profissional mais qualificado para o aplicar (COFEN, 2004 cit. por Tavares, 2011).

No nosso país temos dois casos de reconhecido mérito da aplicação do brinquedo como estratégias não farmacológicas: *O Kit sem-dói-dói*, na Consulta Externa do Hospital D. Estefânia e *Aprendendo com a Doença*, no Serviço de Pediatria do Hospital Pedro Hispano.

Saber acolher positivamente influencia positivamente a imagem que os utentes do Sistema Nacional de Saúde têm, e mais concretamente, dos Centros de Saúde têm, pelo que deverá ser encarado como estratégia utilizada nos cuidados à criança, podendo ser beneficiada pelo brinquedo, proporcionando elos de ligação entre a equipe de enfermagem e contribuindo para cuidados mais humanizados, tendo inerentes uma nova postura com recurso à criatividade, ao humor e ao positivismo no Centro de Saúde (Tavares, 2011; Rodrigues e Martins, 2010; Schmitz, Piccoli e Viera, 2003).

No nosso estudo *A perceção dos enfermeiros dos Centros de Saúde, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança*, podemos concluir que o género feminino foi o mais representativo (90,9%); a média de idades da população em estudo foi de 39,9 anos, tendo uma mínima de idades de 26 anos, uma máxima de 65 anos e um desvio padrão de 7,7 anos. Dos 7 centros de saúde em estudo, verificou-se maior participação no Centro de Saúde de Castelo Branco (43,2%), não havendo participação do Centro de Saúde de Vila Velha de Ródão. Os enfermeiros que participaram no estudo responderam que, na sua maioria (72,7%) prestam cuidados diretos a crianças e têm em média 17 anos de experiência profissional (apresentaram um mínimo de 1,6 anos, um máximo de 40 anos e um desvio padrão de 7,6 anos). A maioria dos enfermeiros registaram não apresentar formação profissional na área da dor pediátrica (85,2%), no entanto 9,1% dos enfermeiros que responderam terem formação nessa área, referindo ter sido adquirida durante Curso de Licenciatura em Enfermagem.

Relativamente à análise das perguntas fechadas, onde pretendíamos analisar a percepção dos enfermeiros em estudo, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, apresentámos 30 questões, divididas em 3 grupos diferentes: enfermeiro/brincar; criança/brincar e centro de saúde/brincar. Concluimos que os enfermeiros têm opiniões muito divergentes relativamente à percepção quanto ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, pois constatámos que no total das 30 questões são coincidentes em apenas 6 na maioria das opções. No entanto podemos afirmar pelas respostas apresentadas, pelos enfermeiros, que de modo geral estas são concordantes com as opiniões dos autores consultados para este estudo.

No que concerne a análise de conteúdo da questão *Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde*, emergiram oito categorias, que demonstraram a abrangência das opiniões dos enfermeiros em estudo. A categoria mais mencionada foi *Criar elos de ligação à criança/família (N60)*, salientando-se como subcategoria a confiança/empatia entre o enfermeiro/criança (N40), seguindo-se a comunicação entre o enfermeiro e a criança (N10) e a relação de confiança pais/criança/enfermeiro (N10). É também de salientar que os enfermeiros consideraram a importância do brincar no Centro de Saúde para Contribuir para o bem-estar da criança, reduzindo o medo, controlando a ansiedade e o *stress*. *Reduzir a dor* teve um total de 16 respostas.

Em relação à análise de conteúdo da questão *Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança*, emergiram quatro categorias, das quais a mais referida pelos enfermeiros do estudo foi *Distração face ao estímulo doloroso*, com 51 respostas, em que a distração (N40) e o autocontrolo e autoconfiança perante a dor (N11) foram as subcategorias evidenciadas. Também foi muito valorizado pelos enfermeiros que o brincar pode aliviar a dor na criança porque é tranquilizante perante o estímulo doloroso, diminuindo a ansiedade e medos, reduzindo e desmistificando situações potencialmente dolorosas.

Por último a questão *Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde*, concluiu-se que os enfermeiros responderam de duas formas distintas: estratégias farmacológicas (N5) e estratégias não farmacológicas (N149). Das estratégias não farmacológicas a Utilização do brinquedo e do jogo (N49), o suporte emocional (N46) e a familiarização com o material antes do procedimento doloroso (N30), foram as 3 subcategorias com mais respostas observadas.

Analisando as hipóteses concluimos que na **H1** *Independentemente do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco onde desempenham funções, os enfermeiros têm a mesma percepção relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor, na criança*, observámos discrepâncias nas respostas dadas pelos enfermeiros dos

diferentes centros de saúde, rejeitando a **H1**. No entanto de modo geral os enfermeiros têm percepção da importância do brincar em contexto de saúde, para o alívio da dor na criança. No que respeita aos enfermeiros e o brincar nos centros de saúde, verificou-se que Penamacor foi onde os enfermeiros se destacaram na diferença de respostas.

Relativamente à **H2** *A percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde na área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionada com a idade dos enfermeiros*, concluímos não ter havido relação entre a idade dos enfermeiros em estudo e a percepção que estes têm relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, rejeitando desta forma a **H2**.

No que concerne a **H3** *A percepção dos enfermeiros que desempenham funções nos Centros de Saúde na área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, está relacionada com o tempo de experiência profissional dos enfermeiros*, os resultados levaram-nos a concluir que não existe concordância entre as duas variáveis, ou seja o tempo de experiência profissional dos enfermeiros não está relacionado com a percepção dos enfermeiros relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança, rejeitando a **H3**.

No entanto estas conclusões vão de encontro às opiniões dos autores consultados para o estudo de investigação.

Concluimos que os enfermeiros que participaram no estudo e que desempenham funções nos Centros de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, estão sensíveis ao controlo e alívio da dor na criança, utilizando na sua maioria estratégias não farmacológicas. Reconhecem a importância do brincar como estratégia de alívio da dor, no entanto nem todos os enfermeiros desenvolvem atividades lúdicas com as crianças nos seus Centros de Saúde antes de realizar procedimentos dolorosos. Observámos que alguns dos Centros de Saúde têm espaços adaptados em equipamentos e decoração, para as crianças.

É imperativo proporcionar à criança recursos que lhe facilitem a percepção da realidade da experiência vivida em contexto de saúde, bem como dar-lhe apoio que lhe permita expressar-se em segurança e de acordo com o seu desenvolvimento e com as emoções decorrentes destas experiências.

A realização deste estudo e as conclusões emergidas constituem uma valorização para o tema em questão. É de extrema importância que os enfermeiros e as equipas de saúde em geral, tenham conhecimentos suficientes para lidar com o sofrimento das crianças e que as Instituições de Saúde se organizem de forma a canalizar esforços no sentido de diminuir a dor na criança nos serviços que representam. É importante sublinhar que esta temática merece

atitude reflexiva na prática de todos os profissionais que cuidam de crianças, de forma a proporcionar cuidados de saúde menos traumáticos possíveis.

Como estratégia com vista à melhoria dos cuidados de enfermagem à criança com dor, pensamos que as Instituições de Saúde têm um papel importante na sensibilização dos enfermeiros através da educação e formação contínua sobre a dor e as técnicas não farmacológicas, para o seu controlo.

A dor na criança deverá ser abordada de forma generalizada e institucional a nível da ULS de Castelo Branco, englobando procedimentos e formação no Hospital e Centros de Saúde, de forma a uniformizar procedimentos e promover mudanças de atitudes: adotar uma atitude centrada na criança em lugar de ser focada no procedimento; avaliar a dor com instrumentos adotados no serviço e adaptados à criança (seguir as orientações da DGS, 2003; 2008; 2010); discutir frequentemente o problema da dor na criança, riscos, consequências, controlo, tratamento, entre profissionais com as famílias; criar normas e protocolos de serviço de atuação na prevenção, controlo e alívio da dor pediátrica; aumentar a formação na área da dor na criança e nas estratégias não farmacológicas, dando ênfase às competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem; incentivar os enfermeiros a utilizarem o brinquedo como estratégia de alívio da dor na criança; criar espaços lúdico - pedagógicos nos Centros de Saúde para as crianças ocuparem o seu tempo de espera, assim como adotarem espaços acolhedores em equipamento e decoração, de consultas e tratamentos; prosseguir trabalhos de investigação e/ou de divulgação/informação à população/utentes de saúde em geral.

Estas atitudes devem contribuir para uma humanização dos cuidados de saúde prestados à criança. Importa formar os enfermeiros sobre o brincar como estratégia não farmacológica no alívio da dor, incentivar e proporcionar condições para a sua aplicação de modo a fazer parte integrante do cuidar e contribuir para o conforto da criança com dor, no centro de saúde.

Deixamos em consideração para estudos posteriores o alargamento deste tema (dor e brincar) noutra perspetiva mas em contexto de centro de saúde, dado serem escassos os trabalhos de investigação neste campo. Desta forma estudos posteriores deverão ter em consideração a perspetiva dos pais/crianças relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor em contexto de Centro de Saúde; A perceção das crianças/pais relativamente ao atendimento dos enfermeiros nos Centros de Saúde, perante a dor das crianças; Importância dada ao brinquedo terapêutico pelas crianças/pais na preparação versus realização de procedimento doloroso em contexto de Centro de Saúde; Aplicação deste estudo noutros

Centros de Saúde do país de forma a conhecer a realidade relativamente à prática diária dos enfermeiros no que concerne a aplicação do brincar como alívio da dor na criança.

BIBLIOGRAFIA

- Aflalo, C. (2004). *Significados do Brincar*. Acedido em novembro 25, 2012, em Escola Oficina Lúdica: <http://www.escolaoficialudica.com.br/atuacoes/significados.htm>
- Algren, C. (2001). Cuidado Centrado na Família da Criança Durante a Doença e a Hospitalização. In Hockenberry, M. J., Wilson, Winkelstein. Wong. Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7ª ed., pp. 637-705). São Paulo: Elsevier.
- Almeida, F. A. (2000). *Brinquedo terapêutico: Vivenciando a experiência de estar hospitalizado através do jogo simbólico*. Acedido em setembro 22, 2012, em <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=13&numero=esp2&item=sum2.htm>
- Anand, K. J. S. e Phil, D. (2006). *Fetal Pain?*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em International Association for the Study of Pain: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2005_2006_Pain_in_Children1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2269.
- Azevedo, D. M., e Santos, J. J. S. (2004). *Relatos de experiência de atividades lúdicas em uma unidade pediátrica*. Acedido em novembro 17, 2012, em Revista Nursing: <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=212>
- Azevedo, D. M., Santos, J. J. S., Justino, M. A. R., Miranda, F. A. N. e Simpson, C. A. (2007). *O Brincar como Instrumento Terapêutico na Visão da Equipe de Saúde*. Acedido em novembro 17, 2012, em Ciência, Cuidado e Saúde: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4018>
- Barbosa, C. e Lourenço, M. (2009). Reflexões sobre a Dor Pediátrica. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, (20), 11-12.
- Barbosa, J. S. (2010). *Neurofisiologia da Dor*. Acedido em fevereiro 15, 2013, em <http://julianadentista.com/category/fisiologia-da-dor/page/2/>
- Bardin, L. (2000). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C.; Reis, G. M. R.; Costa, L. P. S.; Carvalho, M. D. R. e Miguens, A. P. M. (2009). *Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças*. Acedido em setembro 22, 2012, em Escola Superior Enfermagem de Coimbra: http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?pesquisa=escala%20Flacc&id_website=3&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2145.

- Batalha, L. M. C. (2007). Fatores de Risco Para um Controlo Inadequado da Dor em Pediatria. *DOR*, 15 (1), 27-36.
- Batalha, L. M. C. (2003). Os Enfermeiros e a Dor na Criança. *DOR*, 11 (1), 5-40.
- Batalha, L. M. C. (2001). A Criança com Dor e a sua Família: Saberes e Práticas dos Enfermeiros Pediátricos. *Servir*, 49 (5), 213-223.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista* (2ª ed. rev. e amp.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Carvalho, A. M., Fonseca, D. G., Begnis, J. G., Amaral, A. M. (2004). *Ludicidade e Saúde – Projeto de Integração Multiprofissional*. Acedido em maio 09, 2012, em <https://www.ufmg.br/proex/arquivos/7Encontro/Saude113.pdf>
- Charlton, J. E. (2005). *Pain in Infants, Children, and Adolescents*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em International Association for the Study of Pain: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2005_2006_Pain_in_Children1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2992.
- Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Jovem (<http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/8/86/Cartahospitalarpediatria-rev.pdf>
- Cordeiro, O., Carvalho, R. e Veiga, L. (2001). As Dores da Dor. *Saúde Infantil*, 23 (3), 43-52.
- Correia, M. I. F. S. O. (2005). Kit sem-dói-dói para ajudar a criança a lidar com a dor. *Enfermagem em Foco*, (61), 39-40.
- Costa, R. e Pereira, A. (1998). Valorização da Dor na Criança. *Nascer e Crescer*, 7 (3), 163-167.
- Dal Moro, S. (s.d.). Os efeitos da intervenção lúdica em crianças pré-cirúrgicas. Acedido em dezembro 01, 2012, em http://artigocientifico.com.br/uploads/artc_1157719528_54.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº9: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Circular Normativa nº11: Programa Nacional de Controlo da Dor*: Lisboa: Direção-Geral da Saúde (2008).
- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientação nº14: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dourado, M. (2011). *A Dor: um conceito sempre em evolução*. Acedido em março 31, 2012, em Universidade de Coimbra: <http://www.uc.pt/rualarga/anteriores/19/14>
- Ferland, F. (2006). *Vamos Brincar? Na infância e ao longo da toda a vida*. Trad. Rita Rocha. Lisboa: Climepsi Editores.

- Fernandes, A. (2007). Dor Neonatal: Consequências Imediatas e a Longo Prazo. *DOR*, 15 (1), 22-26.
- Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: O Quotidiano do Trabalho de Dor no Hospital*. Coimbra: Quarteto.
- Fernandes, S. e Arriaga, P. (2010). *Considerações gerais sobre a definição e a avaliação da dor pediátrica*. Acedido em outubro 01, 2012, em: http://www.rui-s-costa.com/iM_pt/artigos/v1_n2-3/fernandes_e_arriaga_2010.pdf
- Ferreira, C. A. S., Fernandes, H. D. N., Alves, V. L. P. e Santos, M. Y. (2006). *O Data Mining na Compreensão do Fenómeno da Dor: Uma Proposta de Aplicação*. Acedido em abril 15, 2012, em Universidade do Minho: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5577>
- Fields, H. L. e Martin, J. B. (2006). DOR: FISIOPATOLOGIA E TRATAMENTO. In *Kasper, D. L. , Fauci, A. S. , Longo, D. L. Braunwald, E., Hauser, S. L, Jameson, J. L. HARRISON: Medicina Interna* (16ª ed., pp. 77-82). Lisboa: McGraw-Hill.
- Fonseca, A. e Santos, L. (2006). *A Dor na Criança - Atendimento de Crianças e Jovens nos Centros de Saúde*. Lisboa: Instituto Apoio à Criança
- Fortin, M. F. e Vissandjée, B. (2000). A revisão da Literatura. In *Fortin, M. F. O Processo de Investigação: da conceção à realização* (2ª ed., pp. 73-87). Loures: Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2011). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas* (3ª ed.). Lisboa: Instituto Piaget.
- Garcia, M. e Fernandes, A. (2007). Avaliação da dor nas crianças com deficiências Profunda: a escala DESS. *Referência*, (5), 17-22.
- Gehdoo, R. P. (2004). *Post Operative pain management in pediatric patients*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em Indian Journal of Anesthesia: <http://medind.nic.in/iad/t04/i5/iadt04i5p406.pdf>
- Graner, K. M., Junior, A. L. C. e Rolim, G. S. (2010). *Dor em oncologia: intervenções complementares e alternativas ao tratamento medicamentoso*. Acedido em dezembro 30, 2012, em: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a08.pdf>
- Guerreiro, M. R. e Curado, M. A. (2012). Picar ... Faz Doer! Representações de dor na criança, em idade escolar submetida a punção venosa. Acedido em junho 09, 2012, em Enfermaria Global: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n25/pt_clinica5.pdf
- Hill, M.M. e Hill, A. (2009). *Investigação por Questionário* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- IASP (2001). Faces escala de Dor – Revista. Acedido em novembro 17, 2012, em IASP: <http://www.iasp->

- pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm
- IASP (2011). *Taxonomia da IASP*. Acedido em abril 20, 2012, em IASP: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>
- IASP (2012). *História da IASP*. Acedido em abril 09, 2012, em Associação Internacional para o estudo da Dor: <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/AboutIASP2/History/default.htm>
- Kanai, K. Y. e Fidelis, W. M. Z. (2010). *Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada*. Acedido em setembro 19, 2012, em Sociedade Brasileira Israelista Hospital Albert Einstein, em: <http://www.ligasemdor.com.br/ficheiros/Conhecimendo%20da%20equipe%20de%20enfermagem%20em%20rela%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20dor%20na%20crian%C3%A7a.pdf>
- Karklis, I. P. e Ferreira, R. C. (2012). *A DOR: Uma experiencia na Historia*. Acedido em março 31, 2012, em Sociedade Brasileira de História da Medicina: <http://www.sbhm.org.br/index.asp?p=noticias&codigo=108>
- Kiche, M. T. e Almeida, F. A. (2009). *Brinquedo terapêutico: estratégia de alívio da dor e tensão durante o curativo cirúrgico em crianças*. Acedido em janeiro 25, 2012, em Ata de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a02v22n2.pdf>
- Kraychete, D. C. e Wanderley, S. B. C. (2011). *Dor na Criança. Avaliação e Terapêutica*. Acedido em setembro 20, 2012, em Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/Fasc_Dor_Crianca.pdf
- Leal, F., Lipener, C., Chalita, M. R., Uras, R., Campos, M., Höfling-Lima, A. L. (2007). *Lente de contato de material híbrido em pacientes com ceratocone e astigmatismo miópico composto*. Acedido em novembro 15, 2012, em Arquivos Brasileiros de Oftalmologia: <http://www.scielo.br/pdf/abo/v70n2/11.pdf>
- Lemos, S. e Ambiel, C. R. (2010). *Dor em Pediatria: Fisiopatologia, Avaliação e Tratamento*. Acedido em outubro 01, 2012, em Saúde e Pesquisa: <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*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em Temas em Psicologia: <http://www.sbponline.org.br/revista2/vol18n2/PDF/v18n2a05.pdf>

- Lioffi, C. (2006). *Psychological Interventions for Acute and Chronic Pain in Children: Inadequate prevention and relief of children's pain are still widespread*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em International Association for the Study of Pain: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2005_2006Pain_in_Children1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2271.
- Lopes, J. C. (2005). *17 de outubro: Dia Mundial Contra a Dor*. In *Dossier Especial Saúde*. Acedido em abril 16, 2012, em: Scribd dor: <http://pt.scribd.com/doc/19886543/dor>
- Lui, L. Y. Y., Winnie, K.W, Fong, D. (2008). *Conhecimentos e atitudes sobre o manejo da dor entre os enfermeiros em unidades de saúde de Hong Kong*. Acedido em dezembro 10, 2012, em Journal of Clinical Nursing: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.02183.x/abstract>
- Magnabosco, G., Tonelli, A. L. N. F., Souza, S. N. D. H. (2008). *Abordagem no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: Uma revisão de literatura*. Acedido em maio 09, 2012, em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/11969/8441>
- Manworren, R. C. (2000). *Levantamento de enfermeiras pediátricas conhecimento e atitudes em relação à dor*. Acedido em dezembro 10, 2012, em Pediatric Nursig: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12026363>
- Maroco, João (2007). *Análise Estatística com Utilização do SPSS* (3ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martinez, J. E., Grassi, D. C.; Marques, L. G. (2011). *Análise da aplicabilidade de três instrumentos de avaliação de dor em distintas unidades de atendimento: ambulatório, enfermagem e urgência*. Acedido em novembro 11, 2012, em Scielo: <http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n4/v51n4a02.pdf>
- Mateus, A. M. L., Ferreira, B. M. A., Monforte, E. M. M. M., et all (2008). *Dor – Guia Orientador de Boas Práticas*. Ordem dos Enfermeiros.
- Matos, A. J. (edi.). (2008). *A DOR*. In *Manual Merck de Informação Médica* (pp. 537-547). Lisboa: Liarte Editora.
- McGrath, P. A. (2005). *Children – Not Simply “Little Adults”*. Acedido em fevereiro 17, 2012, em International Association for the Study of Pain: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=2005_2006_Pain_in_Children1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2991.
- Medeiros, G., Matsumoto, S., Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H. (2009). *Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa em pronto socorro*. Acedido em janeiro 25, 2012, em Ata Paulista de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/13.pdf>

- Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M. e Walter, C. (2002). *Cuidados de Enfermagem e Dor*. Tradução Maria Manuela Martins. Loures: Lusociências.
- Mikowski, E. M. P. (2008). *Intervenção psicológica em crianças a serem submetidas à cirurgia através do brinquedo terapêutico diretivo*. Acedido em dezembro 10, 2010, em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/EstherMikowski.pdf>
- Moro, E. T. e Módolo, N. S. P. (2004). *Ansiedade, a Criança e os Pais*. Acedido em setembro 13, 2011, em Revista Brasileira de Anestesiologia: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v54n5/v54n5a15.pdf>
- OE (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido em dezembro 01, 2012, em OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20123_2011_CompetenciasEspecifEnfSaudeCriancaJovem.pdf
- OE (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido em dezembro 01, 2012, em OE: <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Ornelas, I. e Monteiro, A. (2011). *Maneiras de reduzir o medo e a dor das crianças durante os procedimentos*. Acedido em setembro 13, 2012, em Ordem dos Enfermeiros: <http://www.ordemenfermeiros.pt/eventos/Paginas/DiaMundialdaCrian%C3%A7a2011.aspx>
- Oucher (2012). *The Different Scales*. Acedido em novembro 15, 2012, em <http://www.oucher.org/differences.html>
- Paixão, M. J. G. (2010). Realidade Virtual no controlo da Dor e do Distress, Associados a Procedimentos Dolorosos, em Crianças e Adolescentes. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 2-18.
- Pimenta, C. A. M. e Teixeira, M. J. (1996). *Questionário de Dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa*. Acedido em junho 09, 2012, em Revista Esc. Enfermagem USP. : <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v30n3/v30n3a09.pdf>
- Pereira, A. (2008). *SPSS Guia Prático de Utilização - Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia (7ª Edição)*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pereira, A. M., Nunes, J., Teixeira, S., Diogo, P. (2010). *Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Atividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria*. Acedido em maio 09, 2012, em Pensar Enfermagem: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_24-38(2).pdf)
- Pedro, I. C. S., Nascimento, L. C., Poleti, L. C., Lima, R. A. G., Mello, D. F., Luiz, F. M. R. (2007). *O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspetiva de crianças e seus acompanhantes*. Acedido em setembro 10, 2012, em Revista Latino-americana de Enfermagem: http://www.eerp.usp.br/media/wcms/files/pt_v15n2a15.pdf

- Persegona, K. R. e Zagonel, I. P. S. (2008). *A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar*. Acedido dezembro 01, 2012, em Escola Anna Nery Revista de Enfermagem: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n3/v12n3a06.pdf>
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS* (5ª Edição). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, M. H. (2001). Mitos e Ideias incorretas acerca da dor na criança. *Nursing*, (154), 27-31.
- 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 dezembro 01, 2012, em Scandinavian Journal of Caring Ciências: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14629640>
- Puter, M. E. e Madureira, V. S. F. *Dor no recém-nascido: Percepções da equipe de enfermagem*: Acedido em dezembro 01, 2012, em Revista Ciência Cuidado de Saúde: <http://www.den.uem.br/v2n2p/resumo%204%20Marcia%20Elaine.htm>
- Quiles, M. J., Hofstadt, C. J., Quiles, Y. (2004). *Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión (2ª parte)*. Acedido em novembro 17, 2012, em Revista Sociedade Esp. Del Dolor: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n6/revision1.pdf>
- Ribeiro, C. A., Borba, R. I. H., Maia, E. B. S. e Carneiro, F. (2006). *O brinquedo terapêutico na assistência à criança: o significado para os pais*. Acedido em dezembro 10, 2012, em Revista de Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediátricos: <http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/23-o-brinquedo-teraputico-na-assistncia-criana-o-significado.html>
- Ribeiro, P. J., Sabatés, A. L., Ribeiro, C. A. (2001). *Utilização do brinquedo terapêutico, como instrumento de enfermagem, no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue*. Acedido em janeiro 25, 2012, em Revista da Escola de Enfermagem USP: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v35n4/v35n4a15.pdf>
- Rigotti, M. A. e Ferreira, A. M. (2005). *Intervenções de enfermagem ao paciente com dor*. Acedido em setembro 13, 2011, em Ciências da Saúde: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>
- Rodrigues, S. M. e Martins, R. B. (2010). *A Influencia do Bom Humor na Realização de Procedimentos a Criança Hospitalizada*. Acedido em dezembro 20, 2012, em http://fio.edu.br/cic/anais/2010_ix_cic/pdf/05ENF/06ENF.pdf

- Rossato, L. M. e Angelo, M. (1999). *Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor face a procedimento doloroso*. Acedido em outubro 02, 2012, em Revista Esc. de Enfermagem USP: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n3/v33n3a05.pdf>
- Rossato, L. M. e Magaldi, F. M. (2006). *Instrumentos Multidimensionais: aplicação de cartões de qualidade da dor em crianças*. Acedido em novembro 17, 2012, em Revista Latino americana de Enfermagem: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a10.pdf
- Salgado, A. M. S. e Maranhão, D. G. (2002). *Uso e benefício do brinquedo em procedimentos de enfermagem nas unidades básicas de saúde*. Acedido em dezembro 10, 2012, em Revista de Enfermagem da Universidade de Santo Amaro: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2002-01.pdf>
- Santos, L. (2011). Porquê Brincar no Hospital?. Acedido em outubro 04, 2012, em IAC: http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/atividade_ludica/porque_brincar_hospital_hsa_c1.pdf
- Santos, L. M. C. N., Borba, R. I. H., Sabatés, A. L. (2000). A importância do preparo da criança pré-escolar para a injeção com o uso do brinquedo. Acedido em setembro 22, 2012, em Ata Paulista de Enfermagem: www.unifesp.br/ata/sum.php?volume=13...
- Santos, T. O. D., Estrela, T. G., Azevedo, V. L. F., Oliveira, O. E. C., Júnior, G. O. e Figueiredo, G. S. (2010). *Uso do Tramadol Venoso e Subcutâneo em Herniorrafia Inguinal: Estudo Comparativo*. Acedido em outubro 02, 2012, em Revista Brasileira de Anestesiologia: <http://www.scielo.br/pdf/rba/v60n5/v60n5a08.pdf>
- Schmitz, S. M., Piccoli, M. e Viera, C. S. (2003). *A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem*. Acedido em dezembro 01, 2012, em *Ciência, Cuidado e Saúde*: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5570>
- Schwob, M. (1997). *A DOR*. Trad. Lucinda Martinho. Lisboa: Instituto Piaget
- Silva, A. R. (2004). O brincar, aprender e ensinar. *Pensar Enfermagem*, 8 (1), 45-48.
- 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*. Acedido em fevereiro 1, 2012, em *Com. Ciências Saúde*: http://www.dominioprovisorio.net.br/pesquisa/revista/2007Vol18_2art07praticas.pdf
- Silva, F. C. e Deliberato, P. C. P. (2009). *Análise das escalas de Dor: Revisão da literatura*. Acedido em novembro 17, 2012, em Repositório da Universidade Municipal São Caetano do Sul: http://repositorio.uscs.edu.br/bitstream/123456789/110/2/Analise%20das%20Escala%20de%20Dor_RBCS_2009.pdf

- Silva, F. C. e Thuler, L. C. S. (2008). Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. Acedido em setembro 22, 2012, em *Jornal de Pediatria*: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v84n4/v84n4a10.pdf>
- Souza, J. B. (2008). *Poderia a Atividade Física Induzir Analgesia em Pacientes com Dor Crônica?* Acedido em maio 01, 2012, em *Revista Brasileira de Medicina do Desporto*: <http://www.scielo.br/pdf/rbme/v15n2/v15n2a13.pdf>
- Tavares, P. P. (2011). *Acolher Brincando*. Loures: Lusociência.
- Valadas, M. B. (2003). A monitorização da dor como quinto sinal vital. *Sinais Vitais*, 51, 19-23.
- Van Voorhees, B. W. (2006). *School age test or procedure preparation*. Acedido em dezembro 10, 2012, em http://www.health-quest.org/body_vb.cfm?xyzpdqabc=0&id=186&action=detail&AEArticleID=002058&AEProductID=Adam2004_1&AEProjectTypeIDURL=APT_1
- Varoli, F. K. e Pedrazzi, V. (2006). Adapted Version of the McGill Pain Questionnaire to Brazilian Portuguese. Acedido em novembro 15, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/bdj/v17n4/v17n4a12.pdf>
- Vasco, F., Levy, M. L. e Cepêda T. (2009). *Carta da Criança Hospitalizada: Anotações*. Acedido em setembro 21, 2011, em Instituto de Apoio à Criança/ Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança: <http://www.iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada>
- Wilson, B. (2006). *Um estudo de "inferências de pacientes enfermeiros dor física*. Acedido em dezembro 10, 2012, em *Journal of Clinical Nursing*: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2006.01358.x/abstract>

ANEXOS

ANEXO A - Declaração autorizando a aplicação do questionário, elaborado e utilizado pela autora.

ANEXO B - Questionário aplicado no estudo



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE
INSTITUTO POLITÉCNICO DA GUARDA

QUESTIONÁRIO

Estudo: *“A Percepção dos enfermeiros do Centro de Saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégias de alívio da dor na criança.”*

Este questionário destina-se à recolha de dados para um estudo no âmbito da Unidade Curricular “Relatório”, que culminará na dissertação de mestrado, do I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com o objectivo principal de descrever a percepção dos enfermeiros do centro de saúde da área de influência da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança. O estudo tem como orientadora a Professora Adjunta Paula Pissarra, da Escola Superior de Saúde, na Guarda e como co-orientadora, a Professora Coordenadora Fernanda Ribeiro Cruz, da Escola Superior Dr. Lopes Dias, de Castelo Branco.

O questionário é composto por 3 partes.

As questões estão formuladas relativamente à criança em contexto de Centro de Saúde.

Por favor, preencha-o o mais objectivamente possível e de acordo com a sua experiência e no contexto da Instituição de Saúde/ funções que exerce.

Os dados recolhidos serão usados unicamente para o estudo referido, garantindo-se toda a confidencialidade e o anonimato.

Desde já se agradece a sua disponibilidade e colaboração.

Maria Leonor Rosa Roque Castelo

PARTE 1

1 - Sexo Feminino

 Masculino

2 - Idade: _____ anos

3 - Centro de Saúde onde exerce funções:

Castelo Branco

Vila Velha de Ródão

Idanha-a-Nova

Penamacor

Vila de Rei

Sertã

Proença-a-Nova

Oleiros

4 - Área da Prestação de Cuidados:

Gestão

Prestação direta de cuidados a crianças

Prestação direta de cuidados a utentes, excluindo crianças

Outra _____

5 - Tempo de experiência profissional: _____ anos _____ meses

6 – Formação profissional na área da Dor Pediátrica. Sim Não

Se sim, foi adquirida durante o Curso de Licenciatura em Enfermagem

Durante outro tipo de formação . Qual? _____

-

PARTE 2

Para cada uma das afirmações seguintes, assinale o algarismo que melhor corresponde à sua opinião/posição, tendo em conta a escala que a seguir se apresenta.

1 Discordo totalmente	2 Discordo	3 Concordo	4 Concordo Totalmente
--	-----------------------------	-----------------------------	--

1. Nos espaços dirigidos às consultas de Saúde Infantil, existem brinquedos disponíveis para as crianças utilizarem, adequados ao seu escalão etário.	1	2	3	4
2. A criança enquanto brinca estabelece uma forma de comunicação com os enfermeiros.	1	2	3	4
3. A brincadeira entre o enfermeiro e a criança facilita a aceitação dos enfermeiros pela criança.	1	2	3	4
4. O conhecimento sobre a importância do brincar da criança, por parte dos enfermeiros pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança.	1	2	3	4
5. Não permitir que a criança brinque pode ser traumatizante.	1	2	3	4
6. A brincadeira da criança no Centro de Saúde não contribui para o seu desenvolvimento psico-motor.	1	2	3	4
7. Os enfermeiros apresentam competências pedagógicas relativamente aos aspectos lúdicos de acordo com o escalão etário das crianças.	1	2	3	4
8. A brincadeira não é uma forma de cuidar.	1	2	3	4
9. O brincar permite compreender o comportamento da criança; o modo como a criança manipula e se relaciona com os brinquedos possibilita ao enfermeiro planear os cuidados por forma a dar resposta às suas necessidades reais.	1	2	3	4
10. É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram no Centro de Saúde.	1	2	3	4
11. As técnicas utilizadas para alívio da dor são exclusivamente farmacológicas.	1	2	3	4
12. Após um procedimento doloroso conversar com a criança é suficiente para que a dor diminua.	1	2	3	4
13. A presença de um brinquedo de preferência da criança durante um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada.	1	2	3	4

14. Permitir que a criança brinque com algum equipamento técnico (estetoscópio, seringa sem agulha, etc.) pode ser traumatizante para a criança.	1 2 3 4
15. Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso diminui a ansiedade da criança.	1 2 3 4
16. O diálogo entre a díade criança/enfermeiro não é suficiente para acalmar a criança num processo de dor.	1 2 3 4
17. Simular num boneco o procedimento que se vai realizar à criança, pode reduzir a ansiedade e aliviar a dor provocada por esse procedimento, a partir dos 3 anos.	1 2 3 4
18. Brincar com um brinquedo musical pode amenizar o comportamento de agitação psicomotora da criança perante a dor.	1 2 3 4
19. A permissão que a criança brinque no Centro de Saúde não é um agente facilitador na analgesia da criança.	1 2 3 4
20. A brincadeira na criança é utilizada normalmente como uma estratégia de distração num momento de dor na criança.	1 2 3 4
21. A brincadeira não reduz o efeito negativo das experiências dolorosas na criança.	1 2 3 4
22. A ansiedade aumenta perante um procedimento doloroso ao ter contacto e conhecer alguns materiais e equipamentos.	1 2 3 4
23. Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada por esse procedimento.	1 2 3 4
24. Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor.	1 2 3 4
25. Após um procedimento doloroso e enquanto brinca a criança vai-se acalmando progressivamente.	1 2 3 4
26. O brincar é um instrumento terapêutico no controlo da dor.	1 2 3 4
27. Os enfermeiros promovem o brincar integrando-o nos cuidados à criança sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos.	1 2 3 4
28. Na criança num momento de dor a brincadeira entre criança/enfermeiro proporciona o seu alívio.	1 2 3 4
29. O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor.	1 2 3 4

30. Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiencia de modo positivo, favorecendo a percepção que têm das instituições de saúde.	1 2 3 4
---	---------

PARTE 3

1 – Indique 3 razões porque brincar é importante no seu Centro de Saúde.

2 – Descreva as razões porque o brincar pode aliviar a dor na criança.

3 – Descreva as estratégias utilizadas para alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde.

ANEXO C - Carta dirigida ao presidente do Conselho de Administração da ULS CB pedindo autorização para aplicação dos questionários aos enfermeiros do ACES BIS e PIS

Exm^o Sr. Presidente
do Conselho de Administração da
Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

Assunto:

Pedido de autorização para aplicação do questionário a fim de desenvolver o estudo sobre: *“A Percepção dos enfermeiros do Centro de Saúde da área de influencia da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégias de alívio da dor na criança.”*

Maria Leonor Rosa Roque Castelo, a frequentar o I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, na Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico da Guarda, pretende realizar um estudo no âmbito da Unidade Curricular “Relatório”, com vista à dissertação de mestrado, com o objectivo principal de descrever a percepção dos enfermeiros do Centro de Saúde da área de influencia da ULS de Castelo Branco, relativamente ao brincar como estratégia de alívio da dor na criança.

Para que a execução do mesmo possa ser uma realidade pretendo solicitar aos Srs. (as) Enfermeiros dos Centros de Saúde na área de influência da Unidade Local de Saúde (ULS) de Castelo Branco, concretamente do Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul (ACES BIS): Centro de Saúde de Castelo Branco, Vila Velha de Ródão, Idanha-a-Nova e Penamacor e do Agrupamento de Centros de Saúde do Pinhal Interior Sul (ACES PIS): Centros de Saúde da Sertã, Proença-a-Nova, Oleiros e Vila de Rei, o preenchimento de um questionário (em anexo), garantindo os princípios éticos, neste tipo de procedimentos.

O questionário é composto por 3 partes e as questões estão formuladas relativamente à criança em contexto de Centro de Saúde.

A aplicação do questionário nos diferentes Centros de Saúde, está prevista para o período compreendido de 13 de Fevereiro a 12 de Março de 2012. Este dia iniciarei a recolha dos questionários preenchidos.

O estudo tem como orientadora a Professora Adjunta Paula Pissarra, da Escola Superior da Saúde, do Instituto Politécnico da Guarda e como co-orientadora a Professora

Coordenadora Fernanda Ribeiro Cruz, da Escola Superior da Saúde Dr. Lopes Dias, de Castelo Branco.

Assim, venho por este meio junto de Vossa Excelência, solicitar autorização para aplicar o questionário em anexo, aos profissionais de saúde referidos.

Estaremos ao Vosso dispor para qualquer esclarecimento adicional,

Leonor Castelo

Morada: Rua Poeta João Ruiz, nº12 7º Esqº

Telemóvel: 9666790317

E-mail: maecastelo@gmail.com

Paula Pissarra

Telemóvel: 961256820

E-mail: paula.pissarra@ipg.pt

Fernanda Cruz

Telemóvel: 966 377409

E-mail: fernandacruz@ipcb.pt

Agradeço desde já toda a atenção e colaboração de Vossa Excelência.

Pede deferimento.

Castelo Branco, 24 de Janeiro de 2012

(Maria Leonor Rosa Roque Castelo)

ANEXO D – Resultados obtidos quanto à percepção dos enfermeiros, relativamente ao brincar como estratégias de alívio de dor na criança

		N	%
Nos espaços dirigidos às consultas de Saúde Infantil, existem brinquedos disponíveis para as crianças utilizarem, adequados ao seu escalão etário.	Discordo totalmente	19	21,6
	Discordo	27	30,7
	Concordo	25	28,4
	Concordo totalmente	16	18,2
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
A criança enquanto brinca estabelece uma forma de comunicação com os enfermeiros.	Discordo totalmente	2	2,3
	Discordo	3	3,4
	Concordo	53	60,2
	Concordo totalmente	29	33,0
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
A brincadeira entre o enfermeiro e a criança facilita a aceitação dos enfermeiros pela criança.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	1	1,1
	Concordo	30	34,1
	Concordo totalmente	56	63,6
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
O conhecimento sobre a importância do brincar da criança, por parte dos enfermeiros pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	1	1,1
	Concordo	32	36,4
	Concordo totalmente	54	61,4
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
Não permitir que a criança brinque pode ser traumatizante.	Discordo totalmente	5	5,7
	Discordo	7	8,0
	Concordo	41	46,6
	Concordo totalmente	34	38,6
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
A brincadeira da criança no Centro de Saúde não contribui para o seu desenvolvimento psico-motor.	Discordo totalmente	40	45,5
	Discordo	38	43,2
	Concordo	6	6,8
	Concordo totalmente	3	3,4
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
Os enfermeiros apresentam competências pedagógicas relativamente aos aspetos lúdicos de acordo com o escalão etário das crianças.	Discordo totalmente	1	1,1
	Discordo	27	30,7
	Concordo	50	56,8
	Concordo totalmente	9	10,2
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
A brincadeira não é uma forma de cuidar.	Discordo totalmente	56	63,6
	Discordo	25	28,4
	Concordo	2	2,3
	Concordo totalmente	4	4,5
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0

O brincar permite compreender o comportamento da criança; o modo como a criança manipula e se relaciona com os brinquedos possibilita ao enfermeiro planejar os cuidados por forma a dar resposta às suas necessidades reais.	Discordo totalmente	2	2,3
	Discordo	3	3,4
	Concordo	47	53,4
	Concordo totalmente	35	39,8
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram no Centro de Saúde.	Discordo totalmente	31	35,2
	Discordo	39	44,3
	Concordo	12	13,6
	Concordo totalmente	5	5,7
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
As técnicas utilizadas para alívio da dor são exclusivamente farmacológicas.	Discordo totalmente	34	38,6
	Discordo	32	36,4
	Concordo	18	20,5
	Concordo totalmente	3	3,4
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
Após um procedimento doloroso conversar com a criança é suficiente para que a dor diminua.	Discordo totalmente	8	9,1
	Discordo	41	46,6
	Concordo	33	37,5
	Concordo totalmente	5	5,7
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
A presença de um brinquedo de preferência da criança durante um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	1	1,1
	Concordo	50	56,8
	Concordo totalmente	36	40,9
	NS/NR	1	1,1
	Total	88	100,0
Permitir que a criança brinque com algum equipamento técnico (estetoscópio, seringa sem agulha, etc.) pode ser traumatizante para a criança.	Discordo totalmente	40	45,5
	Discordo	37	42,0
	Concordo	8	9,1
	Concordo totalmente	3	3,4
	Total	88	100,0
	Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso diminui a ansiedade da criança.	Discordo totalmente	0
Discordo		1	1,1
Concordo		40	45,5
Concordo totalmente		47	53,4
Total		88	100,0
O diálogo entre a díade criança/enfermeiro não é suficiente para acalmar a criança num processo de dor.		Discordo totalmente	6
	Discordo	30	34,1
	Concordo	48	54,5
	Concordo totalmente	4	4,5
	Total	88	100,0
	Simular num boneco o procedimento que se vai realizar à criança, pode reduzir a ansiedade e aliviar a dor provocada por esse procedimento, a partir dos 3 anos.	Discordo totalmente	0
Discordo		13	14,8
Concordo		61	69,3
Concordo totalmente		14	15,9
Total		88	100,0

	Total	88	100,0
Brincar com um brinquedo musical pode amenizar o comportamento de agitação psicomotora da criança perante a dor.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	6	6,8
	Concordo	68	77,3
	Concordo totalmente	14	15,9
	Total	88	100,0
A permissão que a criança brinque no Centro de Saúde não é um agente facilitador na analgesia da criança.	Discordo totalmente	31	35,2
	Discordo	49	55,7
	Concordo	6	6,8
	Concordo totalmente	2	2,3
	Total	88	100,0
A brincadeira na criança é utilizada normalmente como uma estratégia de distração num momento de dor na criança.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	9	10,2
	Concordo	61	69,3
	Concordo totalmente	18	20,5
	Total	88	100,0
A brincadeira não reduz o efeito negativo das experiências dolorosas na criança.	Discordo totalmente	19	21,6
	Discordo	54	61,4
	Concordo	15	17,0
	Concordo totalmente	0	0,0
	Total	88	100,0
A ansiedade aumenta perante um procedimento doloroso ao ter contacto e conhecer alguns materiais e equipamentos.	Discordo totalmente	8	9,1
	Discordo	41	46,6
	Concordo	32	36,4
	Concordo totalmente	7	8,0
	Total	88	100,0
Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada por esse procedimento.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	9	10,2
	Concordo	59	67,0
	Concordo totalmente	20	22,7
	Total	88	100,0
Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	7	8,0
	Concordo	67	76,1
	Concordo totalmente	14	15,9
	Total	88	100,0
Após um procedimento doloroso e enquanto brinca a criança vai-se acalmando progressivamente.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	2	2,3
	Concordo	57	64,8
	Concordo totalmente	29	33,0
	Total	88	100,0
O brincar é um instrumento terapêutico no controlo da dor.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	2	2,3
	Concordo	49	55,7
	Concordo totalmente	37	42,0
	Total	88	100,0
Os enfermeiros promovem o brincar integrando-o nos cuidados à criança sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos.	Discordo totalmente	1	1,1
	Discordo	6	6,8
	Concordo	62	70,5

	Concordo totalmente	19	21,6
	Total	88	100,0
Na criança num momento de dor a brincadeira entre criança/enfermeiro proporciona o seu alívio.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	4	4,5
	Concordo	63	71,6
	Concordo totalmente	21	23,9
	Total	88	100,0
O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor.	Discordo totalmente	0	0,0
	Discordo	1	1,1
	Concordo	57	64,8
	Concordo totalmente	30	34,1
	Total	88	100,0
Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a percepção que têm das instituições de saúde.	Discordo totalmente	1	1,1
	Discordo	0	0,0
	Concordo	40	45,5
	Concordo totalmente	47	53,4
	Total	88	100,0

ANEXO E – Representação das respostas *Descreva as estratégias utilizadas para o alívio da dor na criança, no seu Centro de Saúde*

Estratégias utilizadas pelos enfermeiros no seu Centro de Saúde, para o alívio da dor na criança.

Categoria	N	Subcategoria	N	Unidades de Registo	
Estratégias Farmacológicas	5	Analgesia oral/rectal	2		
		Farmacológicas sem especificação	3		
Estratégias não Farmacológicas	149	46	Suporte emocional	23	Diálogo
				10	Presença dos pais
				8	Atitude de empatia
				2	Administração de substância açucarada (glicose, mama...)
				3	Promoção de afeto e carinho
		49	Utilização do brinquedo e do jogo	37	Brinquedos existentes no serviço/improvisados
				1	Bonecos
				4	Jogos (diversos e material lúdico)
				2	Objetos pessoais
				1	Brinquedos musicais
				4	Computador (musica e bonecos animados)
				30	Familiarização com o material antes do procedimento doloroso
		9	Recompensa ou prémio após procedimento doloroso	6	Mostrar o material à criança
				8	Manuseamento do material pela criança
				11	Explicar os procedimentos
				5	Simulação do procedimento em boneco
		10	Realização de atividades com a criança	9	Objeto significativo para a criança (balões ...)
				3	Desenho/pintura
				4	Cantar
		3	Métodos Físicos	3	Contar histórias
3	Aplicação de calor/frio				
2	O ambiente	1	Gestão do ambiente físico		
		1	Conhecimento do espaço físico		
Total das respostas			154		

ANEXO F – Teste ANOVA de Kruskal-Wallis para a **H1**

Ranks			
	Centro de Saúde	N	Mean Rank
P1 - Nos espaços dirigidos às consultas de Saúde Infantil, existem brinquedos disponíveis para as crianças utilizarem, adequados ao seu escalão etário.	Castelo Branco	38	37,42
	Idanha-a-Nova	11	44,32
	Penamacor	8	57,63
	Vila de Rei	5	63,10
	Sertã	8	42,50
	Proença-a-Nova	8	45,38
	Oleiros	10	52,70
	Total	88	
P2 - A criança enquanto brinca estabelece uma forma de comunicação com os enfermeiros.	Castelo Branco	38	51,01
	Idanha-a-Nova	11	31,59
	Penamacor	8	43,88
	Vila de Rei	5	40,20
	Sertã	8	47,38
	Proença-a-Nova	8	37,13
	Oleiros	10	40,20
	Total	88	
P3 - A brincadeira entre o enfermeiro e a criança facilita a aceitação dos enfermeiros pela criança.	Castelo Branco	38	47,39
	Idanha-a-Nova	11	36,05
	Penamacor	8	48,75
	Vila de Rei	5	42,30
	Sertã	8	38,00
	Proença-a-Nova	8	48,75
	Oleiros	10	42,30
	Total	88	
P4 - O conhecimento sobre a importância do brincar da criança, por parte dos enfermeiros pode contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança.	Castelo Branco	38	46,08
	Idanha-a-Nova	11	33,14
	Penamacor	8	55,13
	Vila de Rei	5	43,30
	Sertã	8	39,00
	Proença-a-Nova	8	49,75
	Oleiros	10	43,30
	Total	88	
P5 - Não permitir que a criança brinque pode ser traumatizante.	Castelo Branco	38	49,37
	Idanha-a-Nova	11	35,45
	Penamacor	8	61,13
	Vila de Rei	5	43,20
	Sertã	8	27,94
	Proença-a-Nova	8	42,38
	Oleiros	10	38,25
	Total	88	
P6 - A brincadeira da criança no Centro de Saúde não contribui para o seu desenvolvimento psico-motor.	Castelo Branco	38	40,43
	Idanha-a-Nova	11	45,77
	Penamacor	8	54,25
	Vila de Rei	5	51,70
	Sertã	8	44,88
	Proença-a-Nova	8	48,19
	Oleiros	10	43,90
	Total	88	
P7 - Os enfermeiros apresentam competências pedagógicas relativamente aos aspectos lúdicos de acordo com o escalão etário das crianças.	Castelo Branco	38	50,72
	Idanha-a-Nova	11	39,50
	Penamacor	8	42,75
	Vila de Rei	5	30,40
	Sertã	8	43,88
	Proença-a-Nova	8	41,00
	Oleiros	10	38,10
	Total	88	
P8 - A brincadeira não é uma forma de cuidar.	Castelo Branco	38	44,43
	Idanha-a-Nova	11	50,59
	Penamacor	8	47,81
	Vila de Rei	5	52,80
	Sertã	8	33,56
	Proença-a-Nova	8	38,63
	Oleiros	10	44,70
	Total	88	
P9 - O brincar permite compreender o comportamento da criança; o modo como a criança manipula e se relaciona com os brinquedos possibilita ao enfermeiro	Castelo Branco	38	48,95
	Idanha-a-Nova	11	35,64
	Penamacor	8	44,38
	Vila de Rei	5	37,20
	Sertã	8	44,38
	Proença-a-Nova	8	39,25

planear os cuidados por forma a dar resposta às suas necessidades reais.	Oleiros	10	45,40
	Total	88	
P10 - É estabelecido um plano lúdico para as crianças enquanto se encontram no Centro de Saúde.	Castelo Branco	38	43,92
	Idanha-a-Nova	11	46,09
	Penamacor	8	60,44
	Vila de Rei	5	44,00
	Sertã	8	42,25
	Proença-a-Nova	8	37,88
	Oleiros	10	39,55
	Total	88	
P11 - As técnicas utilizadas para alívio da dor são exclusivamente farmacológicas.	Castelo Branco	38	45,59
	Idanha-a-Nova	11	53,59
	Penamacor	8	43,38
	Vila de Rei	5	43,90
	Sertã	8	29,88
	Proença-a-Nova	8	45,69
	Oleiros	10	42,30
	Total	88	
P12 - Após um procedimento doloroso conversar com a criança é suficiente para que a dor diminua.	Castelo Branco	38	49,26
	Idanha-a-Nova	11	36,86
	Penamacor	8	46,13
	Vila de Rei	5	51,20
	Sertã	8	27,50
	Proença-a-Nova	8	39,81
	Oleiros	10	47,50
	Total	88	
P13 - A presença de um brinquedo de preferência da criança durante um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada.	Castelo Branco	38	46,68
	Idanha-a-Nova	11	34,32
	Penamacor	8	58,75
	Vila de Rei	5	43,70
	Sertã	8	48,00
	Proença-a-Nova	8	31,88
	Oleiros	10	43,70
	Total	88	
P14 - Permitir que a criança brinque com algum equipamento técnico (estetoscópio, seringa sem agulha, etc.) pode ser traumatizante para a criança.	Castelo Branco	38	42,86
	Idanha-a-Nova	11	51,14
	Penamacor	8	33,63
	Vila de Rei	5	35,90
	Sertã	8	52,88
	Proença-a-Nova	8	49,38
	Oleiros	10	45,85
	Total	88	
P15 - Criar um ambiente lúdico com a criança antes de um procedimento doloroso diminui a ansiedade da criança.	Castelo Branco	38	48,97
	Idanha-a-Nova	11	27,55
	Penamacor	8	54,13
	Vila de Rei	5	38,90
	Sertã	8	54,13
	Proença-a-Nova	8	37,81
	Oleiros	10	38,90
	Total	88	
P16 - O diálogo entre a díade criança/enfermeiro não é suficiente para acalmar a criança num processo de dor.	Castelo Branco	38	44,50
	Idanha-a-Nova	11	43,05
	Penamacor	8	48,50
	Vila de Rei	5	57,90
	Sertã	8	49,13
	Proença-a-Nova	8	31,25
	Oleiros	10	43,10
	Total	88	
P17 - Simular num boneco o procedimento que se vai realizar à criança, pode reduzir a ansiedade e aliviar a dor provocada por esse procedimento, a partir dos 3 anos.	Castelo Branco	38	44,09
	Idanha-a-Nova	11	40,68
	Penamacor	8	58,06
	Vila de Rei	5	36,60
	Sertã	8	48,69
	Proença-a-Nova	8	39,38
	Oleiros	10	44,10
	Total	88	
P18 - Brincar com um brinquedo musical pode amenizar o comportamento de agitação psicomotora da criança perante a dor.	Castelo Branco	38	42,97
	Idanha-a-Nova	11	44,23
	Penamacor	8	50,75
	Vila de Rei	5	56,90
	Sertã	8	51,25
	Proença-a-Nova	8	41,00
	Oleiros	10	36,80
	Total	88	

	Total	88	
P19 - A permissão que a criança brinque no Centro de Saúde não é um agente facilitador na analgesia da criança.	Castelo Branco	38	39,55
	Idanha-a-Nova	11	55,45
	Penamacor	8	48,38
	Vila de Rei	5	48,00
	Sertã	8	46,00
	Proença-a-Nova	8	51,00
	Oleiros	10	40,00
	Total	88	
P20 - A brincadeira na criança é utilizada normalmente como uma estratégia de distração num momento de dor na criança.	Castelo Branco	38	48,55
	Idanha-a-Nova	11	37,23
	Penamacor	8	40,56
	Vila de Rei	5	40,90
	Sertã	8	50,44
	Proença-a-Nova	8	35,63
	Oleiros	10	44,40
	Total	88	
P21 - A brincadeira não reduz o efeito negativo das experiências dolorosas na criança.	Castelo Branco	38	37,70
	Idanha-a-Nova	11	55,55
	Penamacor	8	54,88
	Vila de Rei	5	39,20
	Sertã	8	46,25
	Proença-a-Nova	8	55,13
	Oleiros	10	42,65
	Total	88	
P22 - A ansiedade aumenta perante um procedimento doloroso ao ter contacto e conhecer alguns materiais e equipamentos.	Castelo Branco	38	43,64
	Idanha-a-Nova	11	41,14
	Penamacor	8	63,69
	Vila de Rei	5	50,90
	Sertã	8	38,13
	Proença-a-Nova	8	45,13
	Oleiros	10	37,50
	Total	88	
P23 - Brincar com a criança antes de um procedimento doloroso pode aliviar a dor provocada por esse procedimento.	Castelo Branco	38	49,83
	Idanha-a-Nova	11	36,41
	Penamacor	8	53,81
	Vila de Rei	5	39,00
	Sertã	8	39,69
	Proença-a-Nova	8	39,69
	Oleiros	10	36,15
	Total	88	
P24 - Durante um procedimento doloroso na criança a brincadeira pode promover o auto controlo perante a dor.	Castelo Branco	38	49,53
	Idanha-a-Nova	11	27,55
	Penamacor	8	51,13
	Vila de Rei	5	41,00
	Sertã	8	46,50
	Proença-a-Nova	8	36,38
	Oleiros	10	45,40
	Total	88	
P25 - Após um procedimento doloroso e enquanto brinca a criança vai-se acalmando progressivamente.	Castelo Branco	38	44,93
	Idanha-a-Nova	11	36,14
	Penamacor	8	41,75
	Vila de Rei	5	48,20
	Sertã	8	47,13
	Proença-a-Nova	8	52,50
	Oleiros	10	43,90
	Total	88	
P26 - O brincar é um instrumento terapêutico no controlo da dor.	Castelo Branco	38	45,11
	Idanha-a-Nova	11	34,09
	Penamacor	8	48,50
	Vila de Rei	5	44,20
	Sertã	8	43,13
	Proença-a-Nova	8	48,50
	Oleiros	10	48,50
	Total	88	
P27 - Os enfermeiros promovem o brincar integrando-o nos cuidados à criança sujeita a procedimentos invasivos e dolorosos.	Castelo Branco	38	46,21
	Idanha-a-Nova	11	36,00
	Penamacor	8	49,44
	Vila de Rei	5	39,80
	Sertã	8	53,69
	Proença-a-Nova	8	39,31
	Oleiros	10	42,55
	Total	88	

P28 - Na criança num momento de dor a brincadeira entre criança/enfermeiro proporciona o seu alívio.	Castelo Branco	38	47,50
	Idanha-a-Nova	11	29,91
	Penamacor	8	46,50
	Vila de Rei	5	52,80
	Sertã	8	41,25
	Proença-a-Nova	8	46,50
	Oleiros	10	44,40
	Total	88	
P29 - O brincar como recurso terapêutico estimula a verbalização de sentimentos, diminuindo a ansiedade e dor.	Castelo Branco	38	50,61
	Idanha-a-Nova	11	31,32
	Penamacor	8	57,19
	Vila de Rei	5	38,70
	Sertã	8	30,00
	Proença-a-Nova	8	40,88
	Oleiros	10	43,05
	Total	88	
P30 - Implementar o brincar nos procedimentos potencialmente dolorosos contribui para que a criança/pais possam vivenciar a experiência de modo positivo, favorecendo a percepção que têm das instituições de saúde.	Castelo Branco	38	50,12
	Idanha-a-Nova	11	27,55
	Penamacor	8	54,13
	Vila de Rei	5	38,90
	Sertã	8	54,13
	Proença-a-Nova	8	37,81
	Oleiros	10	34,55
	Total	88	

ANEXO G – Resultado do teste Qui-Quadrado, relativamente à **H1**

TESTE ESTATÍSTICO ^{a, b}										
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Qui-Quadrado	9,406	8,684	3,934	6,168	12,106	3,303	6,381	4,418	4,122	4,792
Grau de Liberdade	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Nível Significancia	,152	,192	,686	,405	,060	,770	,382	,620	,660	,571
a. KruskalWallisTest										
b. Variável agrupada: Centro de Saúde										

TESTE ESTATÍSTICO ^{a, b}										
	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20
Qui-Quadrado	4,735	7,843	8,865	4,927	12,669	5,078	5,347	6,383	5,848	5,377
Grau de Liberdade	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Nível Significancia	,578	,250	,181	,553	,049	,534	,500	,382	,440	,496
a. KruskalWallisTest										
b. Variável agrupada: Centro de Saúde										

TESTE ESTATÍSTICO ^{a, b}										
	P21	P22	P23	P24	P25	P26	P27	P28	P29	P30
Qui-Quadrado	10,290	7,431	8,292	14,107	3,266	3,331	5,123	7,858	14,665	14,936
Grau de Liberdade	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Nível Significancia	,113	,283	,217	,028	,775	,766	,528	,249	,023	,021
a. KruskalWallisTest										
b. Variável agrupada: Centro de Saúde										

ANEXO H – Resultado do Coeficiente da *Correlação de Pearson* da **H2**

		Idade
Idade	Correlação Pearson	1
	Sig. (2-tailed)	
	N	87
P1	Correlação Pearson	,104
	Sig. (2-tailed)	,338
	N	87
P2	Correlação Pearson	,124
	Sig. (2-tailed)	,254
	N	87
P3	Correlação Pearson	,101
	Sig. (2-tailed)	,351
	N	87
P4	Correlação Pearson	,099
	Sig. (2-tailed)	,364
	N	87
P5	Correlação Pearson	,129
	Sig. (2-tailed)	,235
	N	87
P6	Correlação Pearson	,032
	Sig. (2-tailed)	,767
	N	87
P7	Correlação Pearson	,121
	Sig. (2-tailed)	,263
	N	87
P8	Correlação Pearson	,293**
	Sig. (2-tailed)	,006
	N	87
P9	Correlação Pearson	-,047
	Sig. (2-tailed)	,662
	N	87
P10	Correlação Pearson	,319**
	Sig. (2-tailed)	,003
	N	87
P11	Correlação Pearson	,025

	Sig. (2-tailed)	,815
	N	87
P12	Correlação Pearson	,149
	Sig. (2-tailed)	,169
	N	87
P13	Correlação Pearson	,090
	Sig. (2-tailed)	,407
	N	87
P14	Correlação Pearson	,112
	Sig. (2-tailed)	,302
	N	87
P15	Correlação Pearson	,078
	Sig. (2-tailed)	,474
	N	87
P16	Correlação Pearson	,052
	Sig. (2-tailed)	,633
	N	87
P17	Correlação Pearson	,123
	Sig. (2-tailed)	,256
	N	87
P18	Correlação Pearson	-,024
	Sig. (2-tailed)	,826
	N	87
P19	Correlação Pearson	,265*
	Sig. (2-tailed)	,013
	N	87
P20	Correlação Pearson	,071**
	Sig. (2-tailed)	,511
	N	87
P21	Correlação Pearson	,143
	Sig. (2-tailed)	,187
	N	87
P22	Correlação Pearson	,092**
	Sig. (2-tailed)	,396
	N	87
P23	Correlação Pearson	,188

	Sig. (2-tailed)	,081
	N	87
P24	Correlação Pearson	-,030
	Sig. (2-tailed)	,784
	N	87
P25	Correlação Pearson	-,076
	Sig. (2-tailed)	,485
	N	87
P26	Correlação Pearson	-,162
	Sig. (2-tailed)	,133
	N	87
P27	Correlação Pearson	-,121
	Sig. (2-tailed)	,263
	N	87
P28	Correlação Pearson	-,017
	Sig. (2-tailed)	,877
	N	87
P29	Correlação Pearson	,078
	Sig. (2-tailed)	,473
	N	87
P30	Correlação Pearson	,109
	Sig. (2-tailed)	,316
	N	87

** A Correlação é significativa ao nível 0.01 (2-tailed).

* A correlação é significativa ao nível 0.05 (2-tailed).

ANEXO I – Resultado do Coeficiente da *Correlação de Pearson* da **H3**

<i>Correlação de Pearson</i>		
		Tempo de experiência profissional
Tempo de experiência profissional	Correlação Pearson	1
	N	88
P1	Correlação Pearson	,152
	Sig. (2-tailed)	,159
	N	88
P2	Correlação Pearson	,135
	Sig. (2-tailed)	,209
	N	88
P3	Correlação Pearson	,118
	Sig. (2-tailed)	,276
	N	88
P4	Correlação Pearson	,144
	Sig. (2-tailed)	,180
	N	88
P5	Correlação Pearson	,155
	Sig. (2-tailed)	,151
	N	88
P6	Correlação Pearson	,010
	Sig. (2-tailed)	,930
	N	88
P7	Correlação Pearson	,096
	Sig. (2-tailed)	,374
	N	88
P8	Correlação Pearson	,236*
	Sig. (2-tailed)	,027
	N	88
P9	Correlação Pearson	-,015
	Sig. (2-tailed)	,892
	N	88
P10	Correlação Pearson	,273*
	Sig. (2-tailed)	,010
	N	88
P11	Correlação Pearson	-,029
	Sig. (2-tailed)	,788
	N	88
P12	Correlação Pearson	,128
	Sig. (2-tailed)	,236
	N	88
P13	Correlação Pearson	,136
	Sig. (2-tailed)	,207
	N	88
P14	Correlação Pearson	,078
	Sig. (2-tailed)	,471
	N	88
P15	Correlação Pearson	,114
	Sig. (2-tailed)	,291
	N	88
P16	Correlação Pearson	,074
	Sig. (2-tailed)	,492
	N	88
P17	Correlação Pearson	,133

	Sig. (2-tailed)	,215
	N	88
P18	Correlação Pearson	-,019
	Sig. (2-tailed)	,858
	N	88
P19	Correlação Pearson	,192
	Sig. (2-tailed)	,073
	N	88
P20	Correlação Pearson	,048
	Sig. (2-tailed)	,654
	N	88
P21	Correlação Pearson	,060
	Sig. (2-tailed)	,577
	N	88
P22	Correlação Pearson	,064
	Sig. (2-tailed)	,553
	N	88
P23	Correlação Pearson	,230*
	Sig. (2-tailed)	,031
	N	88
P24	Correlação Pearson	,022
	Sig. (2-tailed)	,837
	N	88
P25	Correlação Pearson	-,014
	Sig. (2-tailed)	,894
	N	88
P26	Correlação Pearson	-,065
	Sig. (2-tailed)	,545
	N	88
P27	Correlação Pearson	-,084
	Sig. (2-tailed)	,435
	N	88
P28	Correlação Pearson	,057
	Sig. (2-tailed)	,601
	N	88
P29	Correlação Pearson	,135
	Sig. (2-tailed)	,208
	N	88
P30	Correlação Pearson	,166
	Sig. (2-tailed)	,122
	N	88