

Maria Arminda Amaro Monteiro

**A AVALIAÇÃO DA DOR DA CRIANÇA
NO
PÓS-OPERATÓRIO
DA CIRURGIA AMBULATORIA**

**1º CURSO DE MESTRADO
EM COMUNICAÇÃO EM SAÚDE**

**ORIENTADORA: Prof^a. Dr.^a Luísa Ferreira da Silva
CO-ORIENTADOR: Prof.^o Dr. Carlos Lopes Pires**

**UNIVERSIDADE ABERTA
LISBOA
Maio
2002**

Este trabalho é o resultado de um desejo concretizado e de uma filosofia de vida que se enquadra perfeitamente neste pensamento de GANDHI:

"Quase tudo o que fizermos será insignificante, mas é muito importante que façamos"

RESUMO

A gestão da dor da criança, é uma responsabilidade multidisciplinar e as/os enfermeiras/os estão numa posição privilegiada para colaborar na sua gestão. Desde a década de oitenta, um grande número de investigadores fazem sentir a necessidade da avaliação da dor, sem a qual não é possível a sua gestão efectiva. A dor pós-operatória, sendo aguda e programável no tempo, pode ser prevenida, daí a importância da sua avaliação e monitorização do efeito dos analgésicos.

O trabalho pesquisa se a dor pós-operatória da criança é subavaliada pelas mães, enfermeiras/os e investigadora (em comparação à auto-avaliação das crianças), bem como analisa os critérios que as mães e as enfermeiras/os usam na sua avaliação e na decisão para administrar analgésico (as enfermeiras); identifica ainda as estratégias não farmacológicas utilizadas na gestão da dor pós-operatória.

O estudo é descritivo, analítico e exploratório, com crianças dos 5 aos 10 anos, operadas por diagnósticos de cirurgia geral e otorrinolaringológica, em regime de cirurgia ambulatoria. A amostra é não probabilística de conveniência, constituída por 30 crianças, respectivas mães e enfermeiras que cuidaram delas no pós-operatório. A análise dos dados de avaliação da intensidade da dor, com as escalas Wong e Baker e CHEOPS utilizou medidas de estatística descritiva e não paramétrica. Foi realizada a análise de conteúdo temático dos dados colhidos através de observação participante e inquérito por entrevista.

O estudo confirma, que a *Intensidade da dor pós-operatória* das crianças submetidas a cirurgia ambulatoria, é subavaliada pelas mães, enfermeiras/os e investigadora, comparativamente à sua auto-avaliação. Na avaliação da dor pós-operatória, as/os enfermeiras/os e mães, usam essencialmente critérios resultantes da observação do Comportamento da criança, e as enfermeiras/os usam ainda o critério Conhecimento da analgesia, quando se decidem a administrar analgésico às crianças. Quanto às estratégias não-farmacológicas de alívio da dor, constatamos que tanto as *enfermeiras/os* como as *mães* privilegiam as Estratégias Gerais.

SUMMARY

Pain management is a multi-disciplinary responsibility and nursing care is the cornerstone to cooperate in it. Since the eighties, a great number of researchers have been showing us the need of pain assessment, without which an effective management is impossible. Post-operative pain once is acute and time scheduled can be prevented. The importance of its assessment is essential, as well as monitoring analgesic efficacy. The study had the purpose of finding out if the child post-operative pain is under-assessed by mothers, nurses and by myself, compared with the child's self-report; to know the criteria used by mothers and nurses in assessing pain; which criteria influences nurses' decisions to administer analgesics, and also to identify the non-pharmacological interventions used by mothers and nurses in post-operative pain management.

We carried out a descriptive, analytic and exploratory study with children from 5-10, who have undergone general and otorhinolaryngology day case surgery. We used a non-probabilistic sample, made by thirty children, their mothers and nurses that took care of them in post-operative period.

The resulting data from assessing pain intensity with Wong and Baker and CHEOPS tools were analysed by descriptive and non-parametric statistic measures. The interviews and observation resulting data were analysed by thematic contents analysis technique.

The study certifies that mothers, nurses and myself under-assessed post-operative pain intensity in relation to children self-report. In post-operative pain assessment nurses and mothers privilege criteria belonging essentially to Child behaviour category, but nurses also use the Analgesic knowledge when administrating analgesia. As to non-pharmacological interventions used in post-operative pain management, nurses and mothers privilege General Strategies.

AGRADECIMENTOS

Muitos contribuíram, de alguma forma, para a realização desta dissertação. A todos agradeço.

No entanto, quero salientar alguns que muito directamente me ajudaram a levar este “barco a bom porto”. Assim, dirijo o meu profundo e grato reconhecimento:

- à memória do senhor Enfermeiro Rebelo, meu sogro, que com a sua sabedoria e experiência me incentivou para a realização deste trabalho;
- aos meus queridos Jorge, Luís e Eduardo, sem o apoio dos quais teria sido impossível a concretização deste objectivo pessoal e profissional;
- à senhora Professora Dra. Luísa Ferreira da Silva que com o seu muito saber acompanhou todo o percurso deste trabalho, e ao senhor Professor Dr. Carlos Pires, que também entusiasticamente, me acompanhou a partir da fase de tratamento de dados; ambos tornaram este trabalho uma realidade;
- ao senhor Dr. Moniz, pela leitura crítica da fisiologia da dor;
- à senhora Dra. Susana Ladeiro e à futura Dra. Cláudia Silva, pela revisão do texto em português e inglês, respectivamente, assim como pela disponibilidade;
- às minhas amigas e colegas, pelos reforços positivos, pela confiança;
- à minha família alargada que esteve sempre presente, mesmo na ausência;
- e por fim, a todos as crianças, mães e enfermeiras/os que se dispuseram a realizar comigo este trabalho.

ÍNDICE

	P.
<u>INTRODUÇÃO</u>	12
 <i>PRIMEIRA PARTE - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</i>	
1 - <u>HISTÓRIA DA SENSIBILIDADE SOCIAL À INFÂNCIA E À SUA DOR</u>	19
1.1 - A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE CRIANÇA.....	19
1.2 - A RESPONSABILIDADE SOBRE A DOR DA CRIANÇA.....	21
2 - <u>A DOR</u>	27
2.1 - O CONCEITO.....	27
2.2 - A FISIOLOGIA.....	31
2.3 - OS TIPOS DE DOR.....	35
2.4 - A EXPERIÊNCIA DA DOR NA CRIANÇA.....	38
3 - <u>A GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA</u>	42
3.1 - FACTORES QUE INFLUENCIAM OS ENFERMEIROS PARA AVALIAR E TRATAR A DOR.....	43
3.2 - BARREIRAS À GESTÃO EFICAZ DA DOR NA CRIANÇA.....	48
3.3 - A AVALIAÇÃO DA DOR.....	53
3.3.1 - <u>Pressupostos a ter em consideração na avaliação da dor da criança</u>	55
3.3.2 - <u>A avaliação multidimensional da dor</u>	56
3.3.3 - <u>Instrumentos para medir a dor da criança</u>	59
3.4 - O TRATAMENTO DA DOR.....	70
3.4.1 - <u>Estratégias Não-Farmacológicas</u>	71
3.4.2 - <u>Estratégias Farmacológicas</u>	78

SEGUNDA PARTE – ESTUDO EMPÍRICO	P.
1 – <u>MÉTODO</u>	98
1.1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS.....	98
1.2 - HIPÓTESES E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	101
1.3 - DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE CONCEITOS.....	107
2 – <u>AMOSTRAS</u>	108
2.1 - CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO.....	108
2.2 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	113
2.3 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	116
3 – <u>RESULTADOS</u>	119
3.1 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DE NATUREZA QUANTITATIVA (Escala das faces de Wong e Baker e Escala comportamental CHEOPS).....	119
3.1.1 - <u>A Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças e as avaliações das mães, das/os enfermeiras/os e investigadora</u>	119
3.1.2 - <u>A Intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças e a P.A sistólica</u>	138
3.1.3 - <u>A Intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças em função dos "momentos de avaliação" e dos "grupos de idades"</u>	140
3.1.4 - <u>A Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças em função dos "momentos de avaliação" e dos "diagnósticos cirúrgicos"</u>	142
3.1.5 - <u>Discussão dos resultados</u>	148
3.2 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DE NATUREZA QUALITATIVA (Entrevistas e Observações).....	160
3.2.1 - <u>Análise global das grelhas das ENTREVISTAS</u>	162
3.2.1.1. Comparação entre os critérios de <i>avaliação da dor</i> nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos “ - Mães e Enfermeiras/os.....	168

3.2.1.2 - Comparação dos critérios utilizados na <i>avaliação da dor</i> e na <i>tomada de decisão para administrar analgesia</i> às crianças – Enfermeiras/os.....	168
3.2.1.3 - Diferenças de critérios entre Enfermeiras/os e Mães.....	169
3.2.2 - <u>Análise da riqueza dos discursos das entrevistas para cada categoria</u>	189
3.2.3 - <u>Síntese final dos resultados das entrevistas</u>	225
3.2.4 - <u>Análise global das OBSERVAÇÕES</u>	229
3.2.4.1 - Diferenças de Estratégias entre os momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”.....	232
3.2.4.2 - Comparação das Estratégias de Enfermeiras/os e Mães.....	232
3.2.5 - <u>Análise aprofundada das observações</u>	237
3.2.6 - <u>Síntese final dos resultados das observações</u>	261
4 - <u>CONCLUSÃO</u>	266
5 - <u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	276
<u>ANEXOS</u>	291
ANEXO 1 – ESCALA DAS FACES DE WONG E BAKER	292
ANEXO 2 – GUIÃO DA ESCALA COMPORTAMENTAL – CHEOPS (CHILDREN’S HOSPITAL EAST ONTARIO PAIN SCALE)	294
ANEXO 3 – GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS.....	297
ANEXO 4 – DESENHO USADO PARA INTRODUIR O TEMA DA DOR E COLHER AS EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM DOR DA CRIANÇA.....	307

ÍNDICE DE QUADROS	P.
Quadro 1 - Estádios do desenvolvimento na percepção pediátrica da dor.....	40
Quadro 2 - Conceitos errados mais comuns acerca da dor.....	51
Quadro 3 - Resultados da ANOVA para "grupos de idades das crianças" na variável <i>Intensidade da dor</i> avaliada com a Escala CHEOPS.....	121
Quadro 4 - Médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória nos "grupos de avaliadores" nos diferentes "momentos de avaliação".....	122
Quadro 5 - Resultados da ANOVA para "grupos de avaliadores" e "momentos de avaliação" na variável <i>Intensidade da dor</i>	123
Quadro 6 - Resultados da ANOVA (One-Way) para "grupos de avaliadores" no momento <i>acordar da anestesia</i> na variável <i>Intensidade da dor</i>	124
Quadro 7 - Resultados das ANOVA (One-way) para “grupos de avaliadores” nos “momentos de avaliação“ na variável <i>Intensidade da dor</i>	125
Quadro 8 - Médias da auto-avaliação de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória das crianças nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).....	126
Quadro 9 - Médias da <i>Intensidade da dor</i> atribuídas pelo grupo das mães à dor pós-operatória dos filhos, nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).....	128
Quadro 10 - Médias da <i>Intensidade da dor</i> atribuídas pelo grupo das/os enfermeiras/os à dor pós-operatória das crianças nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).....	130
Quadro 11 - Médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória das crianças avaliada pela investigadora nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).....	132
Quadro 12 - Médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória do grupo das crianças e de cada um dos outros "grupos de avaliadores" e resultados das correlações para as amostras emparelhadas.....	135
Quadro 13 - Resultados do teste t para o grupo das crianças comparativamente com cada um dos outros "grupos de avaliadores" relativamente às médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória.....	136
Quadro 14 - Médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória atribuídas às crianças pelos grupos das mães e das enfermeiras; pelos grupos das mães e investigadora e resultados das correlações para as amostras emparelhadas.....	136

	P.
Quadro 15 - Resultados do teste t para os <i>grupos das mães</i> e das <i>enfermeiras/os</i> e para o <i>grupo das mães e investigadora</i> relativamente às médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória.....	137
Quadro 16 - Médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória das crianças avaliadas pelo <i>grupo das/os enfermeiras/os e investigadora</i> e resultados da correlação para a amostra emparelhada.....	138
Quadro 17 - Resultados do teste t para o <i>grupo das/os enfermeiras/os e investigadora</i> relativamente às médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória.....	138
Quadro 18 - Correlação entre as médias de <i>Intensidade da dor</i> auto-avaliadas pelas <i>crianças</i> e os valores da <i>T.A sistólica</i> nos diferentes “momentos de avaliação” da dor pós-operatória.....	139
Quadro 19 - Médias da <i>Intensidade da dor</i> auto-avaliada pelas <i>crianças</i> dos dois "grupos de idades" nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-Way).....	141
Quadro 20 - Resultados da ANOVA para “grupos de idades das crianças ” na variável <i>Intensidade de dor</i> pós-operatória.....	142
Quadro 21 - Médias da auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i> das <i>crianças</i> nos diferentes "momentos de avaliação" conforme os "diagnósticos cirúrgicos”.....	143
Quadro 22 - Resultados da ANOVA para grupos de "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias de <i>Intensidade de dor</i> auto-avaliadas pelas <i>crianças</i> nos momentos <i>Iniciar líquidos</i> e <i>Antes da alta</i>	145
Quadro 23 - Resultados da ANOVA para grupos de "diagnósticos cirúrgicos " na variável <i>Intensidade da dor</i> auto-avaliada pelas <i>crianças</i>	147
Quadro 24 – Frequência de respostas das/os enfermeiras/os e mães sobre os <i>critérios em que se basearam para avaliar a dor das crianças no pós-operatório</i>	164
Quadro 25 – Frequência de respostas de enfermeiras/os sobre os <i>critérios que estiveram na base da sua tomada de decisão para administrar analgesia às crianças no pós-operatório</i>	167
Quadro 26– Frequência de observações das <i>estratégias não-farmacológicas usadas pelas/os enfermeiras/os e mães na gestão da dor das crianças</i> nos momentos <i>Acordar da anestesia</i> e <i>Iniciar líquidos</i>	231

ÍNDICE DE GRÁFICOS	P.
Gráfico 1 - Comparação entre os "grupos de avaliadores" quanto às médias de <i>Intensidade da dor</i> pós-operatória nos diferentes “momentos de avaliação”.....	122
Gráfico 2 - Comparação entre os <i>grupos das mães, enfermeiras e investigadora</i> no momento <i>acordar da anestesia</i> quanto às médias de <i>Intensidade de dor</i>	124
Gráfico 3 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias da auto-avaliação de <i>Intensidade da dor</i> das crianças.....	127
Gráfico 4 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de <i>Intensidade da dor</i> das crianças avaliada pelas <i>mães</i>	129
Gráfico 5 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de <i>Intensidade de dor</i> atribuídas pelas <i>enfermeiras/os</i> à dor pós - operatória das crianças.....	131
Gráfico 6 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de <i>Intensidade de dor</i> atribuídos pela <i>investigadora</i> à dor das crianças.....	133
Gráfico 7 - Comparação entre os "grupos de idades das crianças" quanto às médias da auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i> nos diferentes "momentos de avaliação"	141
Gráfico 8 - Comparação entre os grupos de "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias da auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i> das <i>crianças</i> nos diferentes “momentos de avaliação”	144
Gráfico 9 - Comparação entre os "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias da <i>Intensidade da dor</i> das <i>crianças</i> no momento <i>Iniciar líquidos</i> ...	146
Gráfico 10 - Comparação entre os "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias da <i>Intensidade da dor</i> das <i>crianças</i> no momento <i>Antes da alta</i>	146
Gráfico 11 - Comparação entre os grupos de “diagnósticos cirúrgicos” quanto às médias da auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i> das <i>crianças</i>	148

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno subjectivo, multidimensional, difícil de apreender, explicar ou medir, percebido e expresso por cada pessoa de uma maneira única. É um fenómeno sensorial ainda mal compreendido, na sua génese e função, assim como no seu controlo terapêutico.

Estudos realizados em vários países, mostram que, muitas vezes, a dor da criança não é reconhecida, sendo, conseqüentemente, inadequadamente tratada. Também a dor pós-operatória da criança tem sido pouco reconhecida e frequentemente desvalorizada (Prado e Bardají, 1997).

A literatura sobre a avaliação e gestão da dor da criança tem crescido nos últimos 20 anos, contudo este conhecimento não tem sido amplamente aplicado na prática (Puntillo e Jacob, 1999).

A gestão da dor é hoje possível e, concretamente no caso das crianças, os meios colocados à disposição dos profissionais são cada vez mais numerosos e mais perfeitos: o avanço das tecnologias, dos conhecimentos e das possibilidades terapêuticas, já não permitem que nenhum técnico se esconda atrás de dificuldades infundadas. No entanto, o recurso a estes meios não é ainda parte da prática corrente.

O nosso interesse em estudar esta área problemática, prende-se com quatro motivos:

- prática de 19 anos como enfermeira de saúde infantil e pediátrica – percepção empírica de que as crianças sentem dores que não são suficientemente avaliadas e aliviadas, nomeadamente, a dor pós-operatória, bem como a convicção de que a experiência de dor é a maior causa de desconforto no período pós-operatório;
- revisão bibliográfica que revelou diversos estudos realizados noutros países, demonstrativos das percepções empíricas referidas;
- desenvolvimento de conhecimentos na área da Comunicação Humana durante a frequência deste 1º Curso de Mestrado de Comunicação em Saúde;

- actualidade e interesse da problemática – o Ministério da Saúde consignou o tratamento da dor como uma das prioridades na “estratégia de saúde para o virar do século”, estabelecendo metas para 2002 e 2007.

Apesar do alívio da dor ser um valor ético fundamental, em Portugal, a terapêutica da dor continua a ser um dos aspectos dos cuidados de saúde que recebe menos atenção, especialmente nas crianças (Pereira, 1997). Também Portela e Mota Dias (1999) referem que a responsabilidade pela dor ainda não é uma realidade para todos os utentes, e ainda mais para a criança.

Em 1999, no nosso país, a tutela inscreveu o tratamento da dor como uma das prioridades na “estratégia de saúde para o virar do século”, estabelecendo metas para 2002 e 2007. Os responsáveis governamentais comprometeram-se a criar até 2002 unidades terapêuticas da dor crónica em 75% dos sistemas locais de saúde e unidades de dor aguda pós-operatória em 75% dos Hospitais públicos. Comprometeu-se também, no prazo de 7 anos, a estender a todas as instituições de saúde “ *programas efectivos de gestão e de controlo da dor, qualquer que seja a causa ou a idade*”.

Podemos considerar que, apesar destes avanços, ainda não houve em Portugal, uma tomada de consciência do legislador especificamente para a realidade silenciosa da dor existente nos hospitais pediátricos, a fim de integrar numa lei o reconhecimento e a responsabilização da dor da criança, à semelhança de outros países europeus, nomeadamente a França.

Apesar da gestão da dor ser uma responsabilidade multidisciplinar, os enfermeiros estão numa posição única para colaborar na gestão da dor da criança: são os profissionais que mais tempo permanecem junto da criança e que com ela têm maior frequência de contactos, competindo-lhes avaliar a dor, identificar a necessidade de alteração nos métodos de alívio, informando o médico sobre as conclusões das avaliações.

O grande aumento da utilização da cirurgia ambulatória ou cirurgia de um dia em pediatria (a criança é internada, operada e tem alta no mesmo dia) justifica o nosso interesse em conhecer a capacidade das/os enfermeiras/os e dos pais como gestores da dor da criança, nomeadamente, saber com que precisão avaliam a dor. Assim, é objectivo do nosso trabalho:

- **Avaliar a intensidade da dor** da criança (dos 5 aos 10 anos) no pós-operatório, o que faremos usando a auto-avaliação da criança e as avaliações da mãe, da/o enfermeira/o e a nossa.

Vários autores quiseram determinar se a avaliação que as crianças faziam da sua dor pós-operatória divergia das avaliações dos próximos, responsáveis pelo seu cuidado. Para tal, desenvolveram estudos em que utilizaram diferentes instrumentos de medição e frequências de medição também diferentes. Independentemente dos instrumentos utilizados e do grau de correspondência entre as medições das crianças e dos próximos, os estudos têm demonstrado que os adultos tendem a subestimar a dor moderada a intensa na criança (Hester, et al 1990 cit. por Hester, 2000; La Montagne L. et al.,1991). Hester (2000) acrescenta que as discrepâncias existentes entre os grupos na avaliação da intensidade da dor demonstram que a precisão na avaliação da dor pode depender do esforço dos prestadores de cuidados para envolver os seus utentes no processo de avaliação.

Assim sendo, e porque este facto não está estudado para o caso português, assumimos como **hipótese** que:

a dor da criança no pós-operatório é subavaliada.

Complementarmente, procuraremos identificar **os critérios em que os enfermeiros/as (comparativamente com os critérios das mães) se baseiam para fazer a avaliação da dor da criança no pós-operatório.**

Porque a avaliação da dor da criança deve ser multidimensional e incluir a componente fisiológica, iremos avaliar a tensão arterial (T.A), nos diferentes momentos de avaliação da dor, para conhecermos **a associação existente entre este parâmetro e a auto-avaliação de dor da criança.**

Alguns investigadores consideram que as crianças que se encontram no período pré-operacional do desenvolvimento cognitivo (3-7 anos) têm alguma dificuldade em ordenar e, por conseguinte, podem não ter capacidade para utilizar eficazmente uma escala de auto-avaliação da dor, por isso vamos verificar se:

a auto-avaliação da intensidade da dor da criança varia em função da sua idade.

Adicionalmente, e porque de acordo com a nossa experiência e com os resultados de um estudo a intensidade da dor pós-operatória varia em função do tipo de cirurgia, procuraremos saber se:

a intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças varia em função do tipo de cirurgia a que são submetidas.

Sendo a dor aguda uma combinação de deterioração tecidual, dor e ansiedade, o seu tratamento implica não só a administração de fármacos, mas também a utilização de estratégias não-farmacológicas que promovam atitudes e comportamentos de ajustamento à dor, o que contribuirá para uma melhor participação da criança no processo de tratamento e para uma atitude e comportamentos mais positivos em relação a cuidados de saúde futuros (Santos Pereira, 1999). Pelo que, também no nosso estudo, procuraremos identificar **as estratégias não-farmacológicas** (abordagem cognitiva e comportamental) utilizadas pelas/os enfermeiras/os e pelas mães, como susceptíveis de aliviar a dor da criança no pós-operatório .

Consideramos este estudo relevante, não só porque estuda uma problemática recente e actual no nosso país, mas também porque a sua divulgação pode contribuir para que os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros, valorizem a dor da criança, criem condições e incentivem a sua avaliação e consequente tratamento, de modo a que o controlo da dor da criança no pós-operatório seja uma realidade.

O nosso trabalho está organizado em duas partes.

Na primeira parte, fazemos a revisão teórica dos aspectos que consideramos importantes, tendo em conta o objecto de estudo, e que inclui:

- a evolução do conceito de criança e a responsabilização pela dor da criança;
- a evolução do conceito de dor, a fisiologia da dor, os tipos de dor e os factores que influenciam a percepção e as respostas da criança à dor;
- a avaliação e tratamento da dor na criança submetida a cirurgia, e a responsabilidade da/o enfermeira/o na gestão da dor.

Na segunda parte do estudo, fazemos a descrição dos aspectos metodológicos que considerámos na elaboração do estudo. Esta segunda parte inclui ainda a contextualização do local do estudo e a caracterização da amostra.

Utilizámos uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 30 crianças, 30 mães e 29 enfermeiros que cuidaram das crianças no pós-operatório.

Finalmente, com base nos dados colhidos, apresentamos e analisamos os resultados obtidos. Em primeiro lugar, debruçamo-nos sobre os dados de natureza quantitativa: a avaliação da intensidade da dor da criança no pós-operatório e se existe ou não subavaliação dessa dor por parte dos adultos responsáveis pelo seu cuidado; também se a intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças se correlaciona ou não com os valores da TA sistólica; se a intensidade da dor auto-avaliada pela criança varia conforme a sua idade; e, finalmente, se a intensidade da dor auto-avaliada pela criança no pós-operatório é diferente, conforme o diagnóstico cirúrgico a que foram operadas.

Em segundo lugar, identificamos os critérios que as/os enfermeiras/os e mães utilizam para avaliar a intensidade da dor nos momentos de avaliação “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e, por fim, damos a conhecer as estratégias não-farmacológicas que usam no alívio da dor da criança, nos referidos momentos.

A apresentação, análise e discussão dos resultados foi diferente, conforme se tratou de dados de natureza quantitativa ou de natureza qualitativa. Enquanto nos primeiros optamos por os apresentar e só no final proceder à sua discussão, nos segundos decidimos introduzir os aspectos da discussão à medida que íamos apresentando os dados e no final fizemos uma síntese da mesma.

Como conclusão, apresentaremos os principais resultados encontrados e as sugestões que estes nos suscitaram. O estudo confirma que a *Intensidade da dor pós-operatória* das crianças submetidas a cirurgia ambulatoria é subavaliada pelas mães, enfermeiras/os e investigadora, comparativamente à auto-avaliação das crianças; que as variações da T.A não são proporcionais à intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças; que a auto-avaliação da intensidade da dor das crianças não é influenciada pela sua idade, e que as crianças operadas por fimose e hipertrofia dos adenóides (V.A), auto-avaliam a intensidade da dor significativamente mais baixa, em relação às operadas pelos outros diagnósticos cirúrgicos. Na avaliação da dor pós-operatória as/os enfermeiras/os e mães usam essencialmente critérios resultantes da observação do *Comportamento da criança*.

Quanto às estratégias não-farmacológicas constatamos que tanto as enfermeiras/os como as mães privilegiam as *Estratégias Gerais*.

PRIMEIRA PARTE

Na primeira parte deste trabalho, começamos por abordar teoricamente os aspectos que achamos indispensáveis para a compreensão da problemática em estudo. Deste modo, reflectiremos sobre a evolução do conceito de criança e a responsabilização pela dor da criança; analisaremos a evolução do conceito de dor, a fisiologia da dor, os tipos de dor e os factores que influenciam a percepção e as respostas da criança à dor; abordaremos a avaliação e o tratamento da dor na criança submetida a cirurgia, e a responsabilidade da/o enfermeira/o na gestão da dor.

Seguidamente, faremos a descrição dos aspectos metodológicos que consideramos na elaboração do estudo.

I PARTE - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1 - HISTÓRIA DA SENSIBILIDADE SOCIAL À INFÂNCIA E À SUA DOR

1.1 - A EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE CRIANÇA

Até a momentos recentes da nossa história, não houve sensibilidade à especificidade da infância (Ariès, 1988).

Na antiga sociedade tradicional, a infância era reduzida ao período de maior fragilidade em que a cria humana não se bastava a si própria e, mal começava a desenvolver-se fisicamente, logo era misturada com os adultos, partilhando os seus trabalhos e divertimentos.

Na ideologia familiar do séc. XVI, a criança pouco contava afectivamente na família, constituindo mesmo, muitas vezes, um incómodo real para esta. Para a maioria das pessoas, a criança era sentida como um transtorno, ou como uma desgraça e o primeiro sinal de rejeição da criança manifestava-se na recusa da mãe em lhe dar o seio o que desencadeou o hábito das amas de leite.

No século XVII, para teólogos, filósofos e pedagogos, a infância era “... *fraqueza de espírito, período da vida em que a faculdade de conhecer, o entendimento, se encontra na mais completa dependência do corpo, a criança não tem outros pensamentos para além das impressões suscitadas pelo corpo*”...” *a alma infantil deixa-se conduzir por sensações de prazer e dor, encontrando-se condenada a um erro perpétuo*” (Descartes s/d, cit. por Badinter, s/d: 57).

O infanticídio apesar de ser um crime severamente punido, não deixou de ser praticado em segredo, tendo sido tolerado até ao século XVII (Ariès, 1988). A vida da criança era então considerada de forma tão ambígua como a do feto nos nossos dias.

Foi a partir do início do século XVII que os adultos modificaram a sua concepção da infância dando-lhe uma nova atenção. Havia, no entanto, de acordo com o mesmo autor, um sentimento superficial face à criança - “criança brinquedo”. Brincavam com ela como brincavam com um animal e se morresse nesse período, o que acontecia muitas vezes,

algumas pessoas ficavam tristes, mas regra geral não prestavam grande atenção ao facto, já que em breve outra criança substituiria aquela. Se “... a criança sobrevivia ao tempo em que era “brinquedo”, muitas vezes ia viver para longe da família ...” sobretudo a partir do século XVII, foi separada dos adultos e isolada nos colégios (Ariès, 1988:77). Nesta época a criança era considerada uma máquina e quando começava a crescer estava sujeita a uma disciplina rígida, habituando-se a reservar todos os pensamentos, não podendo dar expressão aos seus sentimentos, parecendo obedecer mecanicamente aos pais (Ariès, 1988).

Esta ideia de criança máquina (seres destituídos de raciocínio) foi também defendida por médicos daquela época. Um deles dizia que “*é fácil transformar os princípios que constituem a criança*” (Alphouse Leroy, 1784 cit. por Badinter, s/d: 76). Esta ideia negava a especificidade da criança e dava a entender que a criança podia vir a ser o que se fizesse dela.

Embora, a partir da segunda metade do século XVIII, começasse a haver uma tomada de consciência por parte dos médicos da especificidade da criança, a medicina infantil apenas nasceu no século XIX e o termo “pediatria” só apareceu em 1872. Os médicos achavam que as doenças das crianças eram mais difíceis de tratar porque as crianças pequenas não falavam e a principal fonte de informação do médico eram as perguntas feitas ao doente. Até esta altura, os médicos interessaram-se pela teoria – a etiologia das doenças infantis, tendo o seu tratamento sido deixado às parteiras e outras mulheres (Badinter, s/d).

Na opinião de G. Buchan, médico inglês dos finais do século XVIII, o desinteresse pela saúde da criança devia-se ao desconhecimento da sua riqueza potencial. A criança não era considerada um ser insubstituível nem uma personalidade única e a causa para a indiferença geral com que a morte das crianças era encarada devia-se, de acordo com aquele médico, ao facto dos homens só saberem avaliar as coisas pela sua utilidade imediata e nunca por aquela que pode vir a ter um dia (Badinter, s/d).

É com Rousseau e a publicação de Emílio em 1762, que se dá o autêntico arranque à família moderna, assente no amor maternal (Ariès, 1988), mas é só nos séculos XIX e XX que a família começa a organizar-se em torno da criança, a dar-lhe uma importância que a faz sair do anonimato, já não sendo possível perdê-la ou substituí-la sem grande desgosto.

1.2 - A RESPONSABILIDADE SOBRE A DOR DA CRIANÇA

Durante séculos, o bebé foi claramente reduzido à situação de ser em potência, talvez porque a morte das crianças era frequente, ou porque um conceito racionalista do homem apenas lhes dava estatuto de pessoa quando podiam exprimir o seu pensamento. Assim, *"...o estatuto do bebé como pessoa é muito recente..."* e *"... até quase aos nossos dias, o recém-nascido foi considerado insensível à dor, atributo da pessoa..."* (Biscaia, 1995: 235, 236).

Também a criança, pelo que vimos anteriormente, foi durante muito tempo considerada como um adulto em miniatura, inacabado, e que não sentia a dor (Stumeyer, 1999).

Na opinião de Ribeiro (1998), o mito de que a criança não tem dor durou no nosso país até ao início da década de 90, talvez devido à dificuldade em avaliar e quantificar a dor na criança, mas sobretudo, devido ao medo dos efeitos secundários dos analgésicos.

Em Inglaterra e França, desde o fim dos anos 80 que existe nas unidades pediátricas uma tomada de consciência da realidade da dor na criança (Strymeyer, 1999). Segundo esta autora assistiu-se ao assumir da responsabilidade pelo controlo e alívio da dor nas unidades de pediatria. Os catalizadores desta evolução foram:

- um melhor conhecimento da fisiologia da criança e do mecanismo da dor;
- um modo diferente de olhar sobre a criança que acede ao estatuto de indivíduo capaz de sentir e de compreender.

Assim, naqueles países, a responsabilização pela dor da criança teve a seguinte evolução (Strumeyer, 1999):

Em Inglaterra

1988 – um inquérito conduzido junto de 60 anestesistas mostrava que 80% defendiam que o recém-nascido percebe a dor; destes 48% nunca prescreviam medicamentos para o alívio da dor e 41% raramente prescreviam morfínicos no pós-operatório duma grande cirurgia.

1996 – 100% dos anestesistas pensavam que o recém-nascido percebe a dor; os morfínicos e a anestesia loco-regional eram muito mais utilizados.

Em França:

1992 – um inquérito multicêntrico sobre a percepção, a avaliação e tratamento da dor em reanimação pediátrica mostrava que a dor provocada era estimada como fraca pelos médicos; a dor relacionada com os procedimentos era estimada como tanto mais forte quanto maior a idade da criança; existiam múltiplas respostas terapêuticas para um mesmo caso clínico; 62% dos profissionais diziam-se insatisfeitos com o tratamento da dor praticado no seu serviço.

1998 – um inquérito nacional financiado pela Direcção Geral dos Hospitais, coordenado pelo Dr. Annequin sobre a gestão da dor da criança, foi instituído nos estabelecimentos de internamento curto a fim de fazer um levantamento da situação (Annequin, 1998 cit. por Strumeyer, 1999). Foi constatado que em 83% dos serviços, as equipas não utilizavam escalas de avaliação comportamental para a hetero-avaliação da dor da criança com menos de 6 anos. Nas crianças com mais de 6 anos a auto-avaliação era efectiva em 43% dos serviços de internamento e em 25% das Urgências. Em 30% dos casos não havia avaliação da dor na sala de recobro pós-cirurgia. Contudo, 38% dos serviços utilizavam grelhas e escalas de avaliação, embora muitas vezes os seus resultados não fossem registados no processo da criança. Os protocolos escritos sobre a avaliação da dor eram raros, existindo apenas em 12% dos serviços. Este inquérito revelou contrastes não só entre Hospitais, mas também entre serviços de um mesmo estabelecimento.

Neste inquérito nacional foram identificados os seguintes obstáculos ao tratamento eficaz da dor: a falta de conhecimentos (83%); as rotinas dos cuidados (77%); a falta de competências (35%); e a falta de meios (30%). Verificaram, também, que as mudanças que tinham acontecido nas unidades de curto internamento nos 2 ou 3 últimos anos (95-98), tinham sido muitas vezes introduzidas por um médico ou enfermeiro com formação específica na área da dor.

Com base nos resultados deste estudo e com o objectivo de generalizar as mudanças referidas, o controlo da dor foi incluído no programa de estudos dos enfermeiros e médicos, bem como de outras profissões paramédicas. O grupo responsável pelo inquérito apostou, também, na formação contínua tendo igualmente desenvolvido uma acção nacional de formação sobre a dor em equipas pluridisciplinares. A nível das instituições, foram criadas unidades de dor, e foram-lhes distribuídas escalas visuais analógicas para medição da intensidade da dor. A avaliação diária da dor tornou-se um imperativo nos

cuidados, assim como o respectivo registo no processo do utente. Foi ainda aconselhada a elaboração de protocolos, o que implicou uma responsabilização pluridisciplinar.

Ainda no final de 1998, foi elaborado pelo Ministério da Saúde francês um “caderno da dor”, que foi posteriormente enviado a todas as instituições de saúde, com a indicação de ser dado a todos os utentes na admissão hospitalar, a fim de o informar das reais possibilidades de controlo da dor (Strumeyer, 1999).

A qualidade da responsabilização pela dor passou, igualmente, a ser um dos objectivos essenciais a tomar em consideração no processo de creditação de qualquer hospital, uma vez que a dor é incompatível com a noção de qualidade.

Em Portugal, Ferronha (1998) constatava que apesar de se assistir a uma proliferação da literatura relacionada com a dor na criança, continuava a haver uma grande dificuldade na realização e aplicação de protocolos da dor e dos meios terapêuticos nas idades pediátricas, o que, na sua opinião, denotava continuar a haver uma falta de valorização da dor da criança.

Num estudo intitulado *Portugal e a dor crónica “ O Estado da Arte”* elaborado por Portela e Mota Dias (1999), a partir de dados colhidos entre Março de 1997 e Março de 1998 sobre 338:441 unidades de saúde existentes (com excepção dos Centros de Saúde dos Açores e Madeira), os autores constataram que nas Unidades de Saúde Hospitalares a actividade no tratamento da dor crónica era da ordem dos 52.5%, sendo inexistente nos Centros de Saúde. Constataram ainda que era “... notório o número reduzido de doentes assistidos – cerca de 60% das unidades de dor não atingem os 100 doentes/ano...” (Portela e Mota Dias, 1999: s/p) acrescentando que, especificamente no que respeitava à assistência pediátrica, era “... alarmante a escassez de doentes pediátricos tratados nestas unidades” (Portela e Mota Dias, 1999: s/p). Estes autores, concluíram que em Portugal a responsabilidade pela dor não era ainda uma realidade para todos os utentes, e ainda menos para a criança (Portela e Mota Dias, 1999: s/p).

Apesar de em Portugal a primeira Unidade multiprofissional para o tratamento da dor existir desde há 20 anos no IPO, vimos que, apenas em 1999, o poder político começou a dar importância à questão da responsabilização pela dor. A tutela inscreveu o tratamento da dor como uma das prioridades na “*estratégia de saúde para o virar do século*”, estabelecendo metas para 2002 e 2007 (Inácio, 2000: 18). Os responsáveis governamentais comprometeram-se a criar em dois anos unidades terapêuticas da dor crónica em 75% dos

sistemas locais de saúde e unidades de dor aguda pós-operatória em 75% dos Hospitais públicos. Comprometeram-se também, a estender no prazo de sete anos “*programas efectivos de gestão e de controlo da dor, qualquer que seja a causa ou a idade*” a todas as instituições de saúde (Inácio, 2000: 18).

A Associação Portuguesa para o Estudo da dor (APED) existe desde há cerca de cinco anos e, numa entrevista concedida por um dos responsáveis desta Associação ao Jornal *Diário de Notícias*, foi referido que a Associação quis saber se os hospitais portugueses estavam organizados de forma a prestar cuidados nesta área e lançou um inquérito às 91 instituições existentes (centrais, distritais e especializadas), tendo concluído que os resultados eram “maus”. Obtiveram 82 respostas, mas apenas 25 referiram estar organizadas com equipas multidisciplinares ou com unidades próprias para tratar a dor (Inácio, 2000: 18).

Para a APED, as razões para este estado de coisas resultam da não existência de consenso entre os profissionais sobre a forma como a dor deve ser tratada, da falta de sensibilidade das administrações hospitalares para investir nesta área e da não inclusão da dor como uma especialidade clínica ou enquanto disciplina de formação nos currículos escolares.

Em 2000 foi criado, pela Direcção Geral de Saúde, um grupo de trabalho multiprofissional relativo a esta temática, sendo uma das suas funções elaborar o Plano Nacional de Luta contra a Dor. O referido plano foi aprovado por Despacho Ministerial de 26 de Março de 2001 e começou a ser distribuído pelos hospitais e centros de saúde no início de 2002.

No nosso país, nos últimos anos, têm vindo a ser escritos muitos artigos e algumas dissertações sobre a problemática da dor da criança, no âmbito dos Cursos de Estudos Superiores Especializados (CESE) em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e dos Cursos de Mestrado, o que parece reflectir um despertar para a problemática da responsabilidade sobre a dor da criança por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros que trabalham na área da saúde infantil e pediátrica.

Seleccionamos quatro dessas dissertações, desenvolvidas por enfermeiras e que nos dão uma ideia da diversidade de preocupações que os investigadores têm nesta área problemática. A primeira destas dissertações foi publicada no final de 2000, durante a colheita de dados empírica desta investigação, enquanto que as restantes não se encontram publicadas, fazendo parte dos centros de documentação das instituições formadoras. Delas passaremos a apresentar sucintamente os aspectos que consideramos relevantes para o nosso estudo.

Fernandes (1996), na sua tese de mestrado "*Crianças com dor. O quotidiano do trabalho de dor no Hospital*", caracterizou o contexto em que se produzem as situações de dor, discutiu os significados sociais da dor para os enfermeiros e analisou a organização do trabalho em torno da dor. Neste estudo, a autora reconstruiu as trajectórias do trabalho em torno da dor, tendo detalhado as actividades realizadas pelos diversos intervenientes com vista à desocultação dos processos sociais presentes em cada fase da trajectória e à determinação das suas finalidades. Identificou os processos presentes na trajectória de dor, nomeadamente na dor pós-cirúrgica, na interpretação dos sinais pelo enfermeiro, nas diferentes abordagens da dor (fisiológica, farmacológica e psicológica). Identificou os vários factores que influenciam a tomada de decisão do enfermeiro acerca da abordagem a realizar e a sequência habitual dessa abordagem com predomínio da abordagem farmacológica. Abordou a divisão do trabalho e confirmou a participação da criança e acompanhantes em todas as fases da trajectória cirúrgica, o envolvimento dos pais, o papel esperado para estes e a categorização das crianças em função da sua facilidade ou inibição em exteriorizar a dor.

De todas as actividades ligadas à dor, Fernandes (1996) refere que a avaliação é reconhecida pelos enfermeiros como a mais difícil de realizar, embora afirmem que conseguem, na maioria dos casos, saber quando a criança tem dor. Esta dificuldade em reconhecer a dor reside, para Fernandes, no facto dos enfermeiros geralmente se basearem em dados objectivos para avaliar o estado de saúde do utente, acrescentando que isto talvez explique, em parte, o desinteresse que encontrou pelo uso de escalas de auto-avaliação da dor, embora de igual modo tivesse constatado que a utilização de escalas comportamentais (que tornam parcialmente possível a objectivação dos sintomas) não despertaram o interesse dos enfermeiros.

Verificou ainda que os enfermeiros não se limitam à execução das prescrições, accionando saberes de natureza formal ou informal a que Lopes (1994, cit. Fernandes, 1996: 230) chama de "*espaços informais de autonomia*" que contribuem para a prevenção ou alívio da dor. Constatou ainda que os enfermeiros desejavam uma maior autonomia no alívio da dor da criança (Fernandes, 1996).

Dias, em 1998 na sua pesquisa sobre "A avaliação da intensidade da dor na criança no pós-operatório" que envolveu 42 crianças dos 4 aos 10 anos submetidas a cirurgia ambulatoria, comparou a avaliação da intensidade da dor relatada pelas crianças com a efectuada pelos enfermeiros. Utilizou a escala das faces usada no seu hospital para a

medição da intensidade da dor. A dor foi avaliada em 3 momentos diferentes: o primeiro, 2 horas após a cirurgia, e o segundo e terceiro com intervalos entre si de 1 hora, tendo concluído que existiam diferenças estatisticamente significativas entre as médias das avaliações relatadas pelas crianças e as efectuadas pelos enfermeiros. Cerca de metade das crianças referiram ausência de dor, valor acompanhado de perto pelos enfermeiros, embora, no geral, os enfermeiros avaliassem a intensidade da dor mais baixa que as crianças. Constatou ainda que, o sexo, a idade, e o tipo de acompanhante (pai, mãe ou outro) das crianças não influenciaram a sua auto-avaliação da intensidade da dor e que, nos enfermeiros, o tempo de exercício profissional e a formação profissional também não influenciaram a sua avaliação da intensidade da dor pós-cirúrgica da criança.

Em 1999, Delicado, num estudo sobre as “Crenças dos enfermeiros acerca da dor na criança”, aplicou um questionário a 66 enfermeiros, com o objectivo de identificar as crenças erróneas em 4 dimensões da dor da criança: a percepção, a reacção, a avaliação e o tratamento. Verificou que os enfermeiros apresentavam algumas crenças erróneas acerca da dor da criança, sendo ao nível da reacção da criança à dor que se registava maior número. A autora manifestou a necessidade de insistir na clarificação das crenças que ainda persistem, por forma a uma melhor gestão da dor da criança.

António (1999) estudou as “Atitudes dos enfermeiros e médicos face à dor da criança em procedimentos dolorosos”, através da aplicação de um questionário a 67 profissionais que desenvolviam a sua actividade num serviço de urgência pediátrica. Verificou que somente 18,47% dos inquiridos tinham uma atitude positiva (de valorização) perante a dor da criança durante os procedimentos dolorosos. De entre os profissionais, os pediatras foram os que revelaram uma atitude mais positiva, seguidos dos enfermeiros e, por último, os outros médicos (cirurgiões e ortopedistas). No final, a autora deixou algumas sugestões, das quais salientamos: a necessidade de formação dos profissionais no sentido de aumentar o conhecimento sobre a gestão da dor da criança e, simultaneamente, a clarificação de determinados conceitos errados que ainda persistem sobre a dor da criança.

Por tudo o que referimos, mais do que a dor do adulto, a dor, ou mesmo a ideia de que uma criança possa sofrer, tornam-se intoleráveis. A responsabilização sobre a dor da criança é imperativa e urgente e os meios colocados à disposição dos profissionais já não

permitem que os técnicos se escondam atrás de dificuldades infundadas, mas, apesar disso o recurso a estes meios não é ainda sistemático.

2 - A DOR

2.1 - O CONCEITO

Desde tempos mais remotos que existem referências à dor, o que não se deve estranhar, pois a dor é frequente companheira do homem.

Referências pré-históricas e das antigas civilizações, anteriores à era de Cristo, já faziam alusão à dor, interpretada como um castigo, flagelo ou punição. A dor talvez fosse o acontecimento mais irreparável ou impossível de impedir, mas era sempre interpretada como alguma coisa de pouco nobre, de pouco elevado, de pequeno valor, sensação só possível aos homens e que os deuses olímpicos ou romanos desconheciam ou desprezavam, enquanto os semideuses, os guerreiros, os reis e os heróis, tanto gregos como troianos, se abstinham de sentir e se envergonhavam de sofrer (Silva,1995).

Aristóteles considerou a dor como uma emoção.

No século XVII Descartes, com a sua filosofia mecanicista, considera a dor um fenómeno sensorial puro, produzido pela maquinaria corporal (Barbosa,1997; Cristina et al, 1998). Assim, a dor aparece como uma simples sensação produzida por estímulos sensoriais nocivos, não sendo considerada a participação do homem na sua construção, o que elimina a dimensão afectiva da dor.

Historicamente, foi o Cristianismo que, no Mundo Ocidental, dignificou a dor, rodeando-a de uma auréola de luz e tendo assim, dado origem àquilo a que hoje chamamos ética da dor e do sofrimento humano. Só mais recentemente, a dor veio sendo interpretada como uma emoção, uma neurotransmissão, um desafio à ciência e uma reacção complexa (Cristina et al, 1998).

A dor é um fenómeno subjectivo, multidimensional, difícil de apreender, explicar ou medir, percebido e expresso por cada pessoa de uma maneira única. Enquanto alguns podem lidar com o seu sofrimento chorando, lamuriando ou gemendo, outros com o mesmo grau de dor mostram calma e aparência silenciosa.

Assim, quando tentamos definir dor, vamos ao encontro da mais concreta das abstracções.

Ao consultarmos um dicionário de sinónimos, encontrámos para a palavra dor – “*aflição, angústia, arrependimento, atribulação, desgosto, desprazer, mal, pena, sofrimento, tristeza*”. (Dicionário de Sinónimos, Porto Editora, 1999: 412).

Seguidamente, procurámos num dicionário de significados (Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 1998) aquele de cada uma das palavras enunciadas e obtivemos o seguinte resultado:

Dor - *sensação penosa ou desagradável; sofrimento* (p. 568)

Aflição - *perturbação de espírito causada por grande sofrimento* (p.41)

Angústia - *mal estar físico e psíquico; aflição; ansiedade* (p.108)

Arrependimento - *acto ou efeito de se arrepender; pesar* (p. 157)

Atribulação - *tormento moral; inquietação; mágoa* (p. 181)

Desgosto - *desprazer, mágoa* (p. 519)

Desprazer - *falta de prazer; mágoa* (p. 531)

Mal - *tudo o que prejudica, fere ou incomoda* (p. 1037)

Pena - *castigo; punição; desgosto; dor* (p. 1246)

Sufrimento - *padecimento, desgraça, amargura* (p. 1525)

Tristeza - *melancolia; mágoa, aflição* (p. 1640)

Desta consulta, podemos concluir que a dor é uma sensação desagradável, resultante de mal estar físico e psíquico e que causa pesar, inquietação e mágoa em quem a sente.

De acordo com a definição da enciclopédia multimédia Encarta 97, dor é uma sensação desagradável que ocorre como consequência de uma lesão, doença ou alteração emocional. Biologicamente, a dor é entendida como uma compressão, uma contracção ou uma distensão. Existe, porque existem nervos e terminações sensitivas e centros sub-corticais e corticais que a interpretam, a codificam e a avaliam.

Para Melzack e Wall (1987), Helman (1994) e Breton (1995) a dor tem um componente “sensorial neurofisiológico” que actua inicialmente como um aviso da lesão tecidular e um componente “perceptual” baseado no somatório de múltiplos factores, que incluem o estado afectivo, a etapa de desenvolvimento, a cultura, sexo, a personalidade, as experiências anteriores de dor e o significado que é dado à dor.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) emitiu em 1979 uma definição oficial que descreve a dor como “...*uma sensação desagradável e uma experiência emocional em resposta a uma lesão real ou potencial, ou descrita nestes termos*”

(Breton,1995:13). Existem nesta definição dois conceitos muito importantes e indissociáveis:

1º a dor como experiência individual e subjectiva (Melzack, 1987; McCaffery e Beebe, 1997; Luna, 1995)

2º a dor como realidade neurofisiológica e sensorial, baseada em experiências pessoais, factores de ordem pessoal, cultural e emocional... (Melzack e Wall, 1987; Helman, 1994; Breton, 1995; Schechter, 1997).

No editorial da revista PAIN (revista oficial da Associação Internacional para o Estudo da Dor) de Setembro de 96, Anand e Craig contestam a definição oficial de dor da IASP, acima referida, que entendem não contemplar aqueles que não têm capacidade para expressar verbalmente a sua dor (auto-avaliação / “self-report”): os recém-nascidos, as crianças que ainda não adquiriram a linguagem, os adultos com deficit cognitivo e os animais (cit. por Annequim, 1997). Defendem também que aquela definição implica uma aprendizagem prévia para reconhecer a dor o que não acontece com o recém-nascido, e assim propõem uma nova definição:

“ a percepção da dor (associada ou não a lesão tecidular) é uma qualidade inerente à vida, presente em todos os organismos vivos, e se bem que influenciada pelas experiências de vida não requer à partida experiência anterior (...) as alterações comportamentais relacionadas com a dor, representam equivalentes precoces (neonatais) de expressão verbal (self-report) que não devem ser subestimados ou depreciados como sucedâneos de dor” (Anand e Craig, 1996 cit. por Annequim,1997: s/p).

Ao longo dos tempos têm sido desenvolvidas por filósofos e cientistas, teorias acerca da natureza da dor que geralmente reflectem os estatutos correntes da filosofia, ciência e tecnologia existentes em cada época (Fordham, 1988). Convencionalmente, as teorias da dor dividem-se em neurofisiológicas e psicológicas, facto que reflecte a dualidade corpo - mente. Embora existam várias teorias, as mais conhecidas são a “Teoria da Especificidade” e a “Teoria do controle do Portão”.

A “Teoria da Especificidade” descreve um sistema isolado de nervos aferentes que transporta mensagens dos impulsos dolorosos dos receptores específicos da dor, através de fibras especiais, ao longo da medula espinhal até um centro de dor situado no cérebro (Fordham, 1988; Diamond e Conian, 1997; Cristina et al, 1998).

Segundo esta teoria, a dor é sentida quando as vias da dor são estimuladas, sendo necessário haver patologia subjacente para existir dor, estabelecendo-se assim um laço orgânico entre a dor e a sua causa (Walker e Campbell, 1988 cit. por Walding, 1991). A dor será, então, proporcional à natureza e extensão da lesão.

Contudo, para Fordham (1988), Diamond e Conian (1997) e Cristina et al (1998) existem muitos fenómenos que esta teoria não consegue explicar, como por exemplo: a ausência de dor quando as lesões ocorrem durante actividades interessantes ou excitantes, o regresso da dor no seguimento de uma secção nervosa (ex: após paraplegia traumática) ou a dor fantasma dos membros.

McCaffery (1983) diz acreditar que esta teoria é ainda aceite de modo geral pela comunidade médica e de enfermagem (cit. por Walding, 1991).

A “Teoria do Portão” (Gatecontrol) proposta por Melzac e Wall em 1965, gerou um modelo alargado da dor, particularmente, para explicar as influências de modelação na percepção da dor e as relações variáveis entre as lesões ou estímulos nociceptivos e a percepção da dor, que não podia ser compreendida usando a teoria da especificidade.

Propõe que a dor é um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo que produz sensação dolorosa, mas acrescenta que o pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção da dor e a resposta à mesma. Estabelece que a experiência dolorosa envolve a mente e o corpo (Fordham, 1988; Cristina et al, 1998).

A modelação da transmissão da dor é explicada pela velocidade relativa dos influxos que circulam nas fibras de pequeno e grande calibre, a nível do cordão posterior da medula, e pelas eferências descendentes do cérebro. O cordão posterior da medula tem um papel de modelação da dor constituindo a base da “teoria do portão”, segundo a qua, a substância gelatinosa de Roland (que constitui a parte sensitiva da espinhal medula) teria uma acção inibidora geral sobre as sinapses sensitivas do corno posterior, aumentando ou diminuindo o fluxo de impulsos nervosos desde as fibras periféricas até ao sistema nervoso central (Luna, 1995; Diamond e Conian, 1997; Schwob, 1997).

Quando estimuladas, as fibras de grande calibre têm um efeito inibidor sobre as de pequeno calibre, bloqueando a nível medular as respostas dos neurónios espinais aos estímulos dolorosos. Assim, de acordo com aqueles autores, existem acontecimentos periféricos que modificam a percepção da dor, por exemplo: a estimulação das fibras de grande calibre por massagem ou estímulos eléctricos de baixa potência, podem resultar na abolição ou redução da percepção da dor pelo encerramento do portão, inibindo ou bloqueando impulsos nos aferentes da dor ao nível do cordão dorsal.

2.2 - A FISILOGIA

A dor é um fenómeno neurológico complexo. O modelo conceptual de transmissão dolorosa inclui as vias excitadoras ascendentes, as descendentes inibidoras e uma variedade de neurotransmissores (Cousins e Mather, 1984 cit. por Cardoso, 1999).

Um simples estímulo como uma picada, passa a um influxo doloroso que excita os neurónios. Para Luna (1995), Diamond e Conian (1997), estes estímulos transformam a informação numa mensagem química por intermédio da libertação de neurotransmissores. Seguidamente, a mensagem passa para a medula espinal – cordões posteriores, destes para o centro cerebral da dor – o tálamo e, por fim, para as zonas inteligentes do cérebro que identificam, localizam e memorizam a dor (cortéx cerebral e sistema límbico).

Desde o estímulo periférico até à percepção pelo cérebro, o circuito de dor é actualmente bem conhecido. Usa vias e relés, é submetido a numerosos controlos que modulam a transmissão das mensagens nociceptivas para o cérebro, onde se efectua a percepção de dor - cortéx frontal e parietal e onde se elaboram as diferentes respostas comportamentais - hipotálamo e sistema límbico (Schwob, 1997).

A transmissão da mensagem de dor começa com a chegada do estímulo nociceptivo às várias terminações livres, ou seja, ramos terminais das fibras sensitivas - nociceptores.

Foram reconhecidos três tipos de nociceptores:

- mecanosensíveis – activados pela pressão;
- termoreceptivos – activados por estímulos térmicos;
- polimodais – respondem aos estímulos mecânicos, térmicos e mediadores químicos.

O nociceptor mais não é do que *“a terminação periférica de um neurónio bipolar situado nos gânglios raquidianos, cuja terminação central se dirige e penetra nos cornos posteriores da medula espinal”* (Flórez e Reig, 1993, cit. por Cardoso, 1999: 4).

O estímulo nociceptivo pode ter várias origens: mecânica, térmica, eléctrica, química ou biológica, interna ou externa. Qualquer que seja o tipo de estímulo, ele deve atingir uma determinada intensidade para poder estimular os receptores das fibras nervosas - nociceptores que transmitem a mensagem recebida (Schwob, 1997).

Os nociceptores, estão espalhados por todo o corpo e, quando estimulados, podem produzir dor. A sua estimulação pode ser feita de forma directa, pelo próprio estímulo, ou indirecta, por intermédio de substâncias que produzem a dor, e que são libertadas pelo estímulo por destruição da membrana celular. Mas, na maioria das vezes, a estimulação

dos nociceptores é feita por estas duas formas em simultâneo. Essas substâncias são: enzimas, como a bradiquinina; neurotransmissores, como a serotonina, a substância P; iões de sódio e potássio; ou ainda hormonas, como a prostaglandina (Schwob, 1997; Dias, 1998; Cardoso, 1999).

Estas substâncias existem sempre na presença de inflamação e vão estimular e activar os nociceptores, baixando o limiar do estímulo nociceptivo necessário para provocar dor.

Os nociceptores têm capacidade para informar sobre a qualidade, localização, intensidade e duração da dor (Cardoso, 1999).

Referindo Cardoso (1999), Schwob (1997), Diamond e Conlan (1997) as terminações livres na pele são extremamente numerosas e constituem uma rede de ramificações nervosas muito dividida e emaranhada, cobrindo todo o território cutâneo do organismo, explicando-se, assim, a precisão nociceptiva epidérmica. Os nervos cutâneos têm três tipos de fibras: as fibras A α de grande diâmetro 6-17 μ , rodeadas por uma bainha de mielina e que conduzem rapidamente o influxo nervoso de 30 a 100m/s, as fibras A δ finas 1-5 μ de diâmetro, com pouca mielina e com velocidade de condução mais lenta de 6 a 30m/s, e as fibras C amielínicas, muito finas, com 0.25-1.5 μ de diâmetro, e com velocidade de condução ainda mais lenta 1- 2.5m/s (Schwob, 1997; Cardoso, 1999).

As fibras têm papéis diferentes na transmissão de uma sensação dolorosa. Os estímulos de intensidade fraca só fazem funcionar as fibras A α , o que provoca apenas o aparecimento de uma sensação táctil, sendo necessário aumentar a intensidade do estímulo e excitar as fibras A δ para que uma sensação de dor tipo picada, rápida, tolerável e bem localizável seja sentida. O aumento suplementar da intensidade de estimulação desencadeia activação das fibras finas C amielínicas, que conduzem à percepção duma dor intensa, lenta e difusa. A nível muscular, as terminações livres estão distribuídas de um modo mais espaçado e descontínuo, deixando certas zonas musculares sem sensibilidade à dor o que explica o carácter difuso e dificilmente localizável da dor muscular. Também ao nível visceral, a dor é muitas vezes de difícil interpretação. As terminações livres encontram-se repartidas de forma lassa e irregular. Esta dor aparece muitas vezes, como uma vaga sensação e dificilmente localizável com precisão.

Estes nociceptores profundos estão ligados às fibras aferentes finas (A δ e C) que se encontram no revestimento dos órgãos maciços, na camada muscular lisa dos órgãos ocos, na parede dos vasos, nos músculos estriados e nas estruturas periarticulares; são sensíveis

à isquêmica, à distensão, à contracção e podem ser activados pelas substâncias já referidas (a bradiquinina, a histamina, as prostaglandinas).

Podemos então concluir, pelo que foi dito, que a mensagem de dor é transmitida para a medula espinal pelas fibras nervosas com pouca mielina as A δ e pelas fibras amielínicas, as C (Schwob, 1997).

Recentemente, foi descoberto um neurotransmissor específico das fibras C, a chamada **“substância P”** (“pain”) que permite a transmissão da dor (Schwob, 1997; Martins do Vale, 1997). No entanto, a transmissão da dor pode ser bloqueada a nível local – corno posterior da medula, quer pela actuação dos opiáceos endógenos, quer pela utilização de morfina. A acção antiálgica resulta da inibição da libertação da substância P, não havendo assim a transmissão nociceptiva (Schwob, 1997).

Também a estimulação do tronco cerebral provoca um efeito analgésico: os impulsos descem nos cordões laterais da medula e bloqueiam a transmissão de dor a nível do seu relé espinal (substância gelatinosa). Existem 3 mediadores químicos que parecem estar relacionados com esta inibição: a dopamina e a serotonina e um terceiro, descoberto recentemente, os opiáceos endógenos: endorfinas e encefalinas (Schwob, 1997).

Desde a Alta Antiguidade que é conhecido o poder analgésico do ópio e dos seus derivados. Embora desde 1940, alguns investigadores tivessem lançado a ideia de que existiam receptores opióides no sistema nervoso central (SNC), só recentemente, com as técnicas imunológicas, foi possível provar a sua existência.

Em 1974 foram descobertas as morfinas fisiológicas (endógenas) - as endorfinas e as encefalinas, e foi verificado que estes dois grupos estavam divididos em várias subclasses, tendo cada uma das morfinas endógenas uma especificidade e papel particular. Posteriormente, foram descobertos vários tipos de receptores opióides: mu, Kapa e sigma, que se distinguem pela diferente sensibilidade aos opiáceos e seus antagonistas (McCaffery e Beebe, 1997; Schwob, 1997; Diamond e Conian, 1997). Estes receptores encontram-se em quatro regiões: o corno posterior da medula espinal, o tálamo, o sistema mesolímbico (responsável pelo comportamento) e a parede intestinal (Savedra et al, 1990; Schwob, 1997).

Os receptores mu e kapa, que estão agrupados com o nome de tipo I, são sensíveis à morfina e ao seu antagonista, a naloxona, predominando no corno posterior de medula e no tálamo; o sigma, sob o nome de tipo II, é sensível às encefalinas, predominando no sistema límbico. Deste modo, os opióides e os seus receptores têm assim um duplo papel – analgésico e comportamental (Schwob, 1997).

O papel analgésico da morfina, das endorfinas e das encefalinas, está actualmente bem demonstrado, quer ao nível da medula espinal, por inibição directa, quer ao nível do tálamo, por reforço da actividade dos controlos inibidores descendentes que modulam a transmissão medular das mensagens de dor (Schwob, 1997).

Em resumo, no SNC existem dois mecanismos principais de controlo que têm como função: controlar as mensagens nociceptivas vindas da periferia, modulando-as e limitar, diminuir ou anular a sensação de dor experimentada (Schwob, 1997).

Desenvolvimento da nocicepção

Dados recentes em relação ao desenvolvimento da nocicepção, dizem que começa precocemente na vida fetal (Annequin, 1997, Furdon, Pfeil e Snow, 1998; Bertocchi, 1999), podendo mesmo falar-se da percepção de dor a partir da 24ª semana de gestação (Glover, Lloyd-Thomas e Fitzgerald, 1996 cit. por Annequin, 1997).

Os receptores periféricos ou nociceptores aparecem entre a 7ª e a 20ª semana de vida intra-uterina (Bertocchi, 1999) e a densidade desses receptores nociceptivos das terminações nervosas cutâneas no recém nascido é igual ou superior à do adulto (Gomes dos Santos, 1997).

A mielinização das fibras nervosas A δ (sensibilidade discriminativa) está incompleta ao nascimento, o que durante muito tempo serviu de argumento para afirmar que o recém-nascido não podia perceber a dor. Sabe-se, hoje, que a presença de mielina nas bainhas nervosas não condiciona a transmissão do influxo nervoso, mas contribui somente para uma diminuição da velocidade de condução, que é compensada pelas curtas distâncias a percorrer pelos influxos interneuronais (Gomes dos Santos, 1997; Bertocchi, 1999). Além do mais, as fibras C amielínicas veiculam de maneira eficaz os impulsos nociceptivos (Bertocchi, 1999). O seu neurotransmissor - substância P, aparece no corno dorsal da medula a partir da 12ª semana de gestação e as células que segregam as endorfinas aparecem precocemente na vida fetal, sendo o traumatismo do nascimento acompanhado duma libertação considerável de opióides endógenos (Bertocchi, 1999).

O desenvolvimento do córtex cerebral principia à 8ª semana de vida embrionária e as conexões simpáticas tálamo-corticais fazem-se entre a 22ª e a 34ª semana de gestação (Bertocchi, 1999).

Existem receptores opióides maduros antes do nascimento, tendo os morfínicos efeitos analgésicos poderosos, mesmo nos grandes prematuros (Bertocchi, 1999).

Pelo que vimos, podemos afirmar que a maturidade anatómica e neurofisiológica do recém-nascido e mesmo do prematuro é suficiente para que os influxos nociceptivos sejam normalmente transmitidos, o que não acontece com os mecanismos protectores de antinocicepção, que não estão operacionais senão no decurso do segundo trimestre de vida (Bertocchi, 1999; Gomes dos Santos, 1997). Assim, se por um lado, o recém-nascido tem respostas hiperálgicas para um determinado estímulo, tem, por outro, meios de defesa incompletos contra a dor (Bertocchi, 1999; Gomes dos Santos, 1997).

Esta imaturidade neurológica, à luz dos conhecimentos actuais, em particular, após os estudos realizados por Anand em 1987, não limita a capacidade de percepção e a respectiva memorização da dor por parte do recém-nascido (Gomes dos Santos, 1997).

Assim, conclui-se que durante a vida fetal e neo-natal só a componente protopática está totalmente matura, sendo a informação transmitida directamente proporcional à intensidade da agressão nociceptiva. Logo, o nascituro é incapaz de comunicar directamente a sua experiência nociceptiva e as emoções que se lhe referem, fazendo com que a percepção dolorosa não possa ser provada, mas sim presumida, sob um conjunto de argumentos que se fundamentam numa causa provável, num contexto e em alterações comportamentais (Bertocchi, 1999; Strumeyer, 1999). Com a mielinização, a componente discriminativa torna-se operacional e paralelamente, a motricidade e a linguagem organizam-se (Bertocchi, 1999). Por último, a componente cognitiva é a que leva mais tempo a instalar-se, implicando por definição uma experiência vivida da dor e uma maturação psicológica (Bertocchi, 1999).

2.3 - OS TIPOS DE DOR

De acordo com Schwob (1997), é provável que exista uma relação entre a quantidade de terminações livres, a multiplicidade de estímulos possíveis e os diferentes tipos de dor.

Clinicamente, a classificação mais utilizada diz respeito à origem da dor (Cardoso, 1999; Ashburn e Lipman, 1999):

- **dor somática**, que resulta da activação de nociceptores periféricos cutâneos (pele e tecido subcutâneo) e profundos (músculos e ossos). É uma dor bem localizada, sentida como uma pontada.

A dor cutânea pode ser aguda e bem localizada, se conduzida pelas fibras rápidas A α e δ , ou difusa e doendo vagamente, se conduzida pelas fibras C, mais lentas.

A dor somática profunda é debilmente localizada e pode ser acompanhada de diaforese, alteração da tensão arterial e náuseas.

- **dor visceral**, resulta da infiltração, compressão ou distensão de órgãos que activam os nociceptores, dando origem a uma dor mal localizada, profunda, frequentemente acompanhada de dor referida, *reflexa*. Esta deve-se à dupla inervação (somática e visceral) de que vai resultar a sensação de dor em locais diferentes da lesão.
- **dor neuropática**, resulta da lesão periférica ou central do sistema nervoso. É uma dor geralmente intensa, constante, frequentemente acompanhada da sensação de queimadura ou choque eléctrico.

Mas, a dor também pode ser classificada quanto à duração em dois tipos (Walding, 1991; Cristina et al, 1998; Ashburn e Lipman, 2000):

- **aguda**, em medicina significa de duração curta e delimitada no tempo. De início súbito, em pontada, rápida e eléctrica. Gauvain-Picquard (1987) acrescenta que as dores agudas correspondem a variações bruscas de intensidade da dor, quer sobre um estado anterior isento de dor, quer sobre um estado doloroso preexistente. É autolimitada, respondendo à terapêutica analgésica ou à eliminação da causa precipitante. Está tipicamente associada com a hiperactividade do sistema nervoso autónomo e com três grandes etiologias: cirurgia, trauma e procedimentos. Pode durar segundos, minutos, horas, dias ou semanas se a causa precipitante é de resolução lenta. Pode ser previsível e tende a diminuir. Pode ter um significado e um objectivo, como por exemplo, informar-nos acerca de uma lesão corporal, tendo assim um papel vital na determinação do diagnóstico e no desencadear do tratamento (Diamond e Conian, 1997).
- **crónica**, é conhecida como contínua, pulsátil, nauseante ou lenta. Está associada à destruição de tecidos, tem uma duração prolongada e imprevisível, dura meses, anos ou toda a vida. É muitas vezes definida como qualquer dor que tenha uma duração superior a seis meses, tendendo a aumentar. O início da dor é pouco definido e não existem sinais de hiperactividade do sistema nervoso autónomo.

É insuportável e ocorre tanto na pele como em qualquer tecido ou órgão interno. Não tem significado ou tem significado negativo, isto é, a dor persiste e já não cumpre qualquer papel vital na saúde e na sobrevivência (Diamond e Conian, 1997).

A **dor aguda** difere da dor crónica porque todos esperam que ceda e que a pessoa a entenda (Diamond e Conian, 1997). Origina sofrimento e ansiedade que resultam da ignorância sobre a duração da dor e sobre o efeito que a lesão possa representar no futuro (Diamond e Conian, 1997). Assim, a dor aguda *“não é unívoca ... nem anódina, nem inconsequente, pois deixa marcas incontestáveis no psiquismo, na memória, no comportamento e nas estruturas nervosas... que serão tanto mais profundas quanto maiores a duração e intensidade do estímulo nociceptivo e quanto mais o sofrimento tenha sido descuidado, desconhecido ou posto em dúvida”* Schwob (1997: 76). Isto é particularmente importante nas crianças, porque estão num processo de desenvolvimento intelectual e de evolução de pensamento em relação à dor e, em determinadas fases, tendem a não pensar em si como um organismo biológico, interpretando a dor como um castigo. Para Strumeyer (1999), na criança, a dor perturba a relação com o outro no momento em que esta relação é estruturante e participa na construção da personalidade, podendo, portanto, deixar traços duráveis que podem consequentemente, ser afectiva e socialmente invalidantes.

A dor pós - operatória

Melzack e Wall (1987), Diamond e Conian (1997) afirmam que as características da dor aguda se definem por uma combinação de deterioração de tecidos, de dor e ansiedade. Assim, por definição, a dor cirúrgica ou pós-operatória é aguda, podendo-se identificar o seu início e fim.

Na lesão dos tecidos, a resposta normal é a inflamação. Os produtos libertados por esta são detectados pelas terminações nociceptivas, nomeadamente, as fibras A δ e C que transmitem a dor ao SNC. De referir ainda, que quando a lesão é extensa, a drenagem venosa pode ser afectada, desenvolvendo-se o edema que deforma os tecidos e estimula os mecanorreceptores (fibras A δ) que vão também assinalar a dor. Nesta situação, os tecidos precisam de mais oxigénio para o processo de cura e se esse aporte estiver reduzido por ferida ou por intervenção cirúrgica irá provocar dor isquémica.

A dor pós-operatória resulta da lesão dos tecidos na zona operada, tem intensidade máxima nas primeiras 48 horas e cede, em geral, ao terceiro dia (Bertocchi, 1999). De acordo com o *Guia de Gestão da Dor Aguda das crianças e adolescentes* dos EUA (AHCPR, 1992), a intensidade pior da dor pós-operatória ocorre nas primeiras 24 horas. Assim, a dor pós-operatória é programável no tempo pelos prestadores de cuidados e pode ser prevenida.

2. 4 – A EXPERIÊNCIA DE DOR NA CRIANÇA

Factores que influenciam a percepção e as respostas da criança à dor

Constatámos que a experiência dolorosa não é meramente uma ocorrência fisiológica, sendo afectada por outros dados sensoriais. Para isso, muito contribuiu como vimos, a teoria do controlo do portão, de Melzack e Wall (1987).

Assim, o modo como a dor é percebida engloba três dimensões: sensorio/perceptual, emocional/motivacional e cognitivo/avaliativo (Fordham, 1988; Cardoso, 1999).

A dimensão sensorio/perceptual da dor diz respeito à intensidade da dor e sua discriminação no tempo e no espaço. Como vimos na fisiologia da dor, a percepção resulta do processamento pelo sistema nervoso das informações sensoriais por excitação e inibição dos impulsos nervosos.

A dimensão emocional/motivacional da dor diz respeito ao sentimento negativo que motiva as respostas comportamentais à dor. Parece que este aspecto implica a chegada do estímulo nociceptivo às zonas sensitivas do SNC, atingindo o sistema límbico que funciona de modo a que a pessoa experimente emoções, tais como fúria, medo, prazer, pena (Fordham, 1988).

A dimensão cognitiva/avaliativa da dor está ligada à qualidade do conhecimento, avaliação, interpretação e conceptualização da dor e implica o sistema límbico e as suas conexões com o córtex, constituindo estes centros a base anatómica para as diferenças nas respostas sociais - cognitivas à dor. Este último aspecto, pode influenciar o nível de dor percebida de dois modos (Beales, 1988):

1º - actuando sobre o processo mental da atenção selectiva, pois os sinais indutores de dor têm de competir com todos os outros sinais sensoriais que chegam em cada momento ao cérebro, sendo que a extensão da atenção que lhes é dada, é influenciada pela interpretação que cada indivíduo dá à dor. Assim, se as sensações originadas numa determinada zona do corpo são interpretadas como indicadoras de

uma lesão grave, é natural que lhes seja dada maior atenção, do que se forem entendidas como sendo de pouca importância, tendo a aprendizagem um papel fundamental em todo este processo (Beales,1988);

2º - determinando a componente afectiva das sensações, pois sendo a dor uma experiência emocional determinada pelos processos cognitivos, a preocupação e o sentimento de desespero que a acompanham contribuem muito para que a sua intensidade varie, de acordo com o modo como a dor é considerada: uma ameaça à vida ou um modo de atingir um objectivo (Beales,1988).

Deste modo, a dimensão cognitiva pode originar uma significativa diferença na percepção da dor em indivíduos em situações semelhantes (Cardoso,1999).

A dor é um dos principais factores causadores de stresse ao longo de toda a idade pediátrica.

As crianças são particularmente vulneráveis à dor porque esta representa uma mudança do seu estado habitual de bem estar, porque o seu pensamento em relação à dor está em construção, e também porque possuem um número limitado de mecanismos de adaptação para enfrentar e superar a dor, isto é, os seus mecanismos para lidar com a dor (coping) são limitados (Whaley e Wong, 1989).

O pensamento das crianças em relação à dor é complexo e varia consideravelmente com a idade porque elas estão ainda numa fase de desenvolvimento intelectual. A perspectiva da criança sobre a dor desenvolve-se num modelo paralelo e intimamente ligado ao seu desenvolvimento intelectual e personalidade (Piaget e Inhelder, 1969; Lavigne, 1987 e Ross e Ross, 1988 cit. por Vetter, 1991). Com base na teoria do desenvolvimento de Piaget, podem ser identificados quatro estádios básicos do desenvolvimento de percepção da dor: bebés (0-3 anos), pré-escolares (3-5 anos), idade escolar (5-12 anos) e adolescência (12 anos e mais velhos), cada um com a sua percepção própria da dor e o seu conjunto próprio de respostas (Quadro 1).

Mas, este modelo de desenvolvimento da percepção pediátrica da dor é abrangente e não contempla a variabilidade individual na percepção da dor, isto é, a dor é o que a criança diz que é. Na criança, esta variabilidade é influenciada por diversos factores que podem ser divididos em duas categorias básicas: factores predisponentes e factores situacionais (Chapman, 1985 cit. por Vetter, 1991).

Quadro 1 -Estádios do desenvolvimento na percepção pediátrica da dor*

Estádio (idade em anos)	Respostas	Percepção
1ª infância (0-3 anos)	Choro e afastamento reflexo	Estímulo doloroso/ nociceptivo
Pré escolar (3-5 anos)	Choro /agarra-se aos pais Pesadelos Regressão nas habilidades verbais e motoras Relato verbal	Vista como castigo por serem maus (Wallace,1989) Prevalece/ impera o pensamento concreto Incapacidade para relacionar a dor com o tempo ou acontecimentos futuros
Idade escolar (5-12anos)	Relato verbal Choro Passividade Afastamento emocional	Vista como perda de controlo Aumento dos medos pré existentes de mutilação corporal Alguma capacidade para ver a dor como limitada no tempo e aliviada por terapêutica médica.
Adolescência (>12 anos)	Relato verbal Choro Comportamento depressivo	Compreensão cognitiva similar ao adulto Vista como uma ameaça à imagem corporal e à independência.

*Modificado a partir de Lavigne J.V.; Schulein, M.J. ; Hahn Y.S. (1987): Pain and the pediatric patient: Psychological aspects, in VETTER, Thomas R. (1991:32), Acute pain pediatric management "Advances in Anesthesia"

Os factores predisponentes são todos aqueles que a criança vai aprendendo acerca da dor, quer através de experiências pessoais prévias, quer indirectamente através de outros, quer através de experiências culturais. O factor predisponente mais significativo da infância resulta do modo como os pais reagem às experiências potencialmente percebidas como dolorosas pelos seus filhos. Este processo começa cedo, na infância, e, geralmente, dá origem a dois modelos divergentes: por um lado, a reacção excessiva dos pais e a ênfase dada mesmo aos pequenos episódios de dor, que faz com que esta se torne um eficaz comportamento de chamada de atenção. Uma vez estabelecido, este modelo de comportamento pode persistir até à adolescência ou idade adulta; pelo contrário, reacções selectivas dos pais a lesões maiores levam a uma perspectiva estóica na criança.

Durante o crescimento e interacções sociais, a criança aprende indirectamente, através da observação, como os membros da família e os pares reagem às experiências dolorosas. Em

casa, no jogo, na escola e durante a hospitalização, estas observações promovem um contributo para a experiência de dor da criança e daí para a sua percepção da dor.

São exemplos da relatividade cultural da dor, as crianças esquimós que aprendem que o riso é a resposta apropriada à dor e as crianças chinesas que são submetidas colectivamente a amigdalectomia com anestesia local (Christophenson, 1966 e Brown, 1972 cit. por Vetter, 1991).

Os factores situacionais agudos, tais como o estímulo ambiental, as emoções, os sentimentos de controlo versus dependência, têm um papel dinâmico na determinação do estado de dor da criança. Os factores ambientais como a ausência de familiaridade com o que o rodeia, a falta de privacidade, a temperatura fria do quarto, o ruído intenso exterior, o choro da criança do lado, e a presença do equipamento de tratamento podem aumentar significativamente a intensidade da dor percebida pela criança (Vetter, 1991).

As emoções também podem rapidamente modificar a percepção que a criança tem da intensidade da dor aguda. Os ferimentos, a doença, ou a cirurgia podem resultar em sentimentos de ansiedade, medo, depressão que, por sua vez, rapidamente, exacerbam a reacção à dor (Craig, 1989 cit. por Vetter, 1991).

A reacção da criança à dor é também influenciada pelos sentimentos de controlo versus dependência. Se uma criança sente que já fez tudo o que podia ser feito para controlar a sua dor e que, portanto, não há nada mais que possa fazer para modificar a sua evolução ou para a impedir, os efeitos prejudiciais da dor tornar-se-ão muito grandes (Miller e Norman, 1979 cit. por Vetter, 1991). Pelo contrário, se um sentimento de autocontrolo é estabelecido por meio de comportamentos, decisões ou explicações, a percepção da intensidade da dor será reduzida e a terapêutica analgésica tende a ser mais eficaz (Thompson, 1981 cit. por Vetter, 1991).

De igual modo, os mecanismos da criança para lidar com a dor (*coping*) influenciam a sua resposta à dor. O conceito de *coping* foi usado por Lazarus (1966, cit. por Aguilera e Messick, 1982) para definir as várias estratégias cognitivas e comportamentais usadas, consciente ou inconscientemente, para lidar com o stress e as tensões resultantes de ameaças à integridade psicológica. É um processo interactivo em desenvolvimento contínuo (Luckmann e Sorensen, 1987).

Sempre que na vida de uma criança acontecem factos geradores de tensão ameaçando o seu sentido de integridade biológica, psicológica ou social, há algum grau de desequilíbrio

resultante e a possibilidade simultânea de crise. São vários os factores determinantes que influenciam o balanço positivo do equilíbrio, mas a ausência de um ou mais, pode produzir um estado de crise mais ou menos eminente. Os factores influentes no regresso ao equilíbrio são a percepção do acontecimento, os mecanismos de *coping* disponíveis e os suportes disponíveis. A crise pode ser evitada se estes factores funcionarem no momento em que os acontecimentos geradores de tensão acontecem (Aguilera e Messick, 1982). O ser humano responde ao stress emocional com mecanismos de agressão, fuga ou de compromisso (Aguilera e Messick, 1982).

Mas, o sucesso ou a falência dos mecanismos de coping é sempre fortemente influenciado pelo contexto no qual ocorre. A variável ambiental mais importante são as pessoas significativas. Geralmente, os pais, sendo a partir deles que a criança recebe ou aprende a solicitar conselho e apoio, na resolução dos seus problemas. Os suportes situacionais são igualmente muito importantes e no caso da criança com dor e hospitalizada, dizem respeito aos prestadores de cuidados, nomeadamente, os enfermeiros, que no contexto estão disponíveis para a ajudar a lidar com a sua dor.

Resumindo, e para concluir: nas crianças a percepção e a reacção à dor resultam da intensidade do estímulo doloroso e da influencia de factores como o contexto ou o significado da dor, a idade e estágio de desenvolvimento da criança, o afecto, e as diferenças individuais de personalidade, nomeadamente, as estratégias de coping (Wallace, 1989) e finalmente a qualidade da gestão farmacológica (Schechter, 1997).

3 - GESTÃO DA DOR NA CRIANÇA

É da responsabilidade dos profissionais de saúde a efectiva gestão da dor da criança. Esta depende da sua capacidade para diagnosticar com precisão a existência da dor e avaliar a sua intensidade. A gestão da dor é uma responsabilidade multidisciplinar.

Os cuidados de enfermagem são a base de uma gestão eficaz da dor (McCaffery e Beebe 1997; Sullivan, 1994), pois são estes profissionais que mais tempo permanecem junto da criança e que com ela têm maior frequência de contactos competindo-lhes avaliar a dor do utente, avaliar a necessidade de alteração nos métodos de alívio da dor e comunicar ao médico as conclusões das suas avaliações.

A tendência crescente é para a existência de uma equipa de gestão da dor ou de um serviço de dor aguda, que segundo Sullivan (1994), deve incluir um anestesista, uma enfermeira especialista, um fisioterapeuta e um farmacêutico e que serve como um recurso para enfermeiros e médicos que lidam com utentes com dor, contribuindo, deste modo, não apenas para a formação destes profissionais, mas também dos utentes que necessitam dos seus cuidados.

3.1 - FACTORES QUE INFLUENCIAM OS ENFERMEIROS PARA AVALIAR E TRATAR A DOR

Apesar de ter havido uma progressão na compreensão dos métodos de gestão da dor, muitos utentes continuam a experimentar dor moderada a intensa (Sullivan, 1994).

O primeiro passo para a gestão eficaz da dor é identificar os factores que influenciam o enfermeiro na avaliação e na tomada de decisão para a aliviar a dor da criança (Hamers et al, 1994; Sullivan, 1994). Foram identificados, como influenciando a gestão da dor feita pelos enfermeiros, os seguintes factores (Sullivan, 1994; Hamers et al, 1994):

- a) a dificuldade de medição da dor;
- b) o diagnóstico médico;
- c) as características da criança;
- d) a informação dos pais;
- e) as características do enfermeiro.

a) Dificuldade de medição da dor

Sendo a dor sempre subjectiva, este é um conceito difícil para os enfermeiros que, geralmente, confiam em sinais objectivos para a avaliação do utente (Sullivan, 1994). Esta problemática agrava-se quando se trata de avaliar a dor da criança que não é capaz de verbalizar a sua dor e que apresenta uma multiplicidade de respostas ao longo do seu desenvolvimento. Estas incluem o temperamento, o nível e o tipo de actividade, as interacções verbais das crianças; a irritabilidade e a agitação nas crianças pré-verbais; os espasmos musculares, e a imobilidade (Hester, 2000).

De acordo com a última autora, nesta abordagem de avaliação da dor, com base em observações não-estruturadas, a expressão não-verbal tem maior credibilidade para os enfermeiros que a auto-avaliação das crianças sobre a dor, sendo as queixas verbais ignoradas na ausência de expressões não-verbais que as suportem (Hester, 2000). Assim, o poder atribuído a estas observações provavelmente tem implicações para as crianças com

competências verbais, mas, ainda mais, para as que não as têm, ou para as que não querem relatar a dor, cujas expressões comportamentais podem ser a única solução para avaliar a dor.

Fernandes (1996) constatou também que apesar de reconhecerem a subjectividade da dor, os enfermeiros dão um peso muito variável à verbalização: se a criança, contrariamente às evidências, diz não ter dor, a sua palavra é aceite, não havendo promoção do alívio; se diz que tem dor, o seu relato pode ou não desencadear medidas de alívio, conforme a intensidade atribuída à dor pelo enfermeiro. A autora conclui que a verbalização tem mais peso para negar a existência de dor do que para a afirmar.

McCaffery e Beebe (1997) dizem que é mais provável que os enfermeiros mediquem os utentes que apresentam sinais fisiológicos observáveis de dor, tais como o aumento da frequência cardíaca e da tensão arterial (que podem surgir como resposta simpática à dor aguda nomeadamente a dor pós-operatória), do que os que não os apresentam.

Apesar de todas estas constatações, a auto-avaliação da criança, através da utilização de escalas que podem objectivar a avaliação da experiência subjectiva de dor é defendida, actualmente, pela maior parte dos peritos nesta área problemática, como o método com maior credibilidade para medir a intensidade da dor. Este pode ser utilizado em conjunto com a observação comportamental e os sinais fisiológicos (Vetter, 1991; AHCPR, 1992; Hester, 2000).

b) Diagnóstico médico

É um factor que parece influenciar os enfermeiros na avaliação de dor. Hamers et al (1994) verificaram, num estudo realizado com 10 enfermeiros, que esta influência dependia da gravidade do diagnóstico. Quanto mais grave era o diagnóstico, maior era a dor inferida ao utente, parecendo a presença do diagnóstico justificar a presença e a intensidade da dor.

No caso da criança submetida a cirurgia e que se queixava de dor, os enfermeiros estabeleciam uma relação clara entre a intervenção cirúrgica e a dor referida (Hamers et al, 1994). Também na implementação de intervenções para o alívio da dor, os enfermeiros pareciam estar mais inclinados a administrar analgésicos a uma criança com um diagnóstico grave, do que com um diagnóstico menos grave. Estes resultados levaram Hamers et al (1994) a acreditar que quanto pior o diagnóstico, maior a dor avaliada e mais cedo o analgésico seria administrado.

c) As características das crianças

Certas características da criança vão influenciar a avaliação de dor dos enfermeiros. De acordo com Hamers et al (1994), embora a criança possa expressar a dor de muitas formas, as expressões vocal e verbal são aquelas que mais influenciam a avaliação, parecendo ser o choro a fonte mais fiável, isto é, a probabilidade da criança estar com dor, aumenta se a criança está a chorar. Contrariamente, alguns estudos qualitativos sugerem que na avaliação da dor, os enfermeiros dão mais atenção ao comportamento da criança, por exemplo, reflectindo aborrecimento, introversão (Koolen e Perduijn, 1991 cit. por Hamers et al. 1994) e à expressão facial, por exemplo, caretas, sobrancelhas franzidas, do que ao choro (Dick, 1993 cit. por Hamers et al. 1994).

Na implementação de intervenções farmacológicas, Hamers et al. (1994) constataram que a criança que gritava e chorava recebia mais cedo medicação para a dor do que a criança que não se expressava deste modo. Também Wallace (1989) verificou que as crianças que exprimiam mais intensamente a dor, recebiam mais medicação analgésica no pós operatório do que as crianças que a exprimiam menos intensamente.

A idade parece ser um factor que influencia a avaliação da dor, no entanto, nem todos os enfermeiros concordam acerca da sua influência. Hamers et al (1994), verificaram no seu estudo, que alguns enfermeiros defendiam que os adultos experimentam mais dor do que as crianças em situação idêntica, porque as crianças esqueciam mais rapidamente; assim, davam como exemplo, um adulto operado a uma hérnia que permanecia na cama quieto cerca de dois dias, enquanto uma criança operada pelo mesmo motivo, dentro de poucas horas começava a andar às voltas ou a brincar com outra criança e não pensava na situação.

No entanto, a maioria dos enfermeiros, acreditavam que as crianças experimentavam mais dor do que os adultos na mesma situação porque não conseguiam lidar tão bem com a dor como os adultos (Hamers et al, 1994).

Em relação à implementação de intervenções farmacológicas, a idade, também parece ter influência. Relativamente a quem recebe mais analgésicos (se a criança, se o adulto, em situações semelhantes), os resultados são divergentes. Hamers et al. (1994) constataram que muitos enfermeiros achavam que os adultos recebiam medicação mais cedo que as crianças e, acrescenta que, já outras investigações chegaram à mesma conclusão (Eland e Anderson, 1977; Beyer et al, 1983; Schechter et al, 1986; Elander e Hellström, 1992 cit. por Hamers et al, 1994). Outros constataram que os analgésicos narcóticos eram prescritos menos vezes às crianças mais novas do que às mais velhas, permanecendo questionável se

a idade (crianças mais novas / mais velhas – mais de 5 anos) influencia a decisão para administrar analgésicos (Schechter et al.1986, cit. por Hamers et al,1994).

O temperamento da criança é outro factor que parece ter influência na tomada de decisão do enfermeiro para aliviar a dor. Wallace (1989) investigou a influência do temperamento no alívio da dor em crianças dos 3 aos 7 anos, hospitalizadas por procedimentos cirúrgicos e concluiu que, as crianças que exprimiam mais abertamente as suas reacções de dor recebiam mais analgésicos dos que as que interiorizavam o desconforto e expressavam a dor de uma maneira menos óbvia. Também Fernandes (1996) verificou que os enfermeiros categorizam as crianças em função da sua facilidade ou inibição em exteriorizar a dor, acrescentando que esta categorização por vezes é extensiva aos pais, modelando a interpretação das queixas e as actividades desencadeadas pelo enfermeiro.

d) A informação dos pais

Os enfermeiros pensam que é óbvia a necessidade de usar a informação dada pelos pais, pois ninguém conhece melhor as crianças que os próprios pais.

Para Hamers et al (1994) é questionável se os pais influenciam a decisão dos enfermeiros para avaliar e intervir na dor. Os pais são geralmente os portadores da queixa de dor da criança mas, os mesmos autores constataram que, apesar dos enfermeiros considerarem importante a informação dada pelos pais, a queixa era usualmente confirmada pelo enfermeiro. Acrescentam também que a imagem que os enfermeiros têm dos pais afecta a confiança que depositam no seu julgamento/avaliação. Para Fernandes (1996: 223), *“as dúvidas dos enfermeiros, relativas à interpretação que os pais fazem da queixa, poderão ter origem na credibilidade dos pais e na percepção de que a dor é difícil de avaliar, mesmo por estes”*. A mesma autora refere que a tentativa de confirmação significa que os enfermeiros delegam nos pais a tarefa de vigiar o aparecimento da dor, mas não delegam a sua função de a avaliar, como se, para a sua identificação bastasse a atenção, ao passo que, para a validação da sua intensidade e para justificar a intervenção, necessitasse da mobilização de saberes profissionais.

Koolen e Perduijn (1991, cit. por Hamers et al. 1994) verificaram também que o papel dos pais estava relacionado com a idade da criança e que a influência da suas informações na tomada de decisão dos enfermeiros diminuía à medida que a criança crescia.

No entanto, nem sempre os pais valorizam adequadamente a dor dos seus filhos. Jacox et al. (1992) afirmavam que os pais tendiam a subvalorizar a dor moderada e intensa e a sobrevalorizar a dor ligeira e Gillies et al. (1993) verificaram que as mães nem sempre

comunicavam aos enfermeiros que os filhos tinham dor (cit. por Fernandes, 1996).

A utilização relativa dos pais na avaliação e processo de tomada de decisão sobre a dor dos seus filhos sugere que a maioria dos enfermeiros não consideram os pais como um recurso importante na gestão da dor das suas crianças (Caty et al. 1995). Parece também improvável que a informação dada pelos pais acerca da dor do seu filho seja factor condicional para a administração de analgésicos (Hamers et al., 1994; Fernandes, 1996).

Mas, ao contrário, Watts-Watson et al. (1991, cit. por. Caty et al. 1995) constataram que as/os enfermeiras/os consideravam que os pais identificavam muito facilmente os comportamentos que lhes diziam que o seu filho estava com dor. Os pais eram vistos como parceiros nos cuidados aos seus filhos, estando esta postura dos enfermeiros relacionada com a filosofia dos cuidados de enfermagem centrados na família. Esta filosofia é difícil de colocar em prática, pois implica uma mudança no pensamento, no que se relaciona com o papel dos enfermeiros e pais nos cuidados às crianças hospitalizadas.

e) Características do enfermeiro

Os enfermeiros tomam decisões diferentes mesmo quando confrontados com situações semelhantes. Estas diferenças podem ser em parte atribuídas às características dos enfermeiros: os seus conhecimentos, experiências e atitudes (Hamers et al. 1994; Sullivan, 1994; Caty et al. 1995 e Abu-Saad e Hamers, 1997).

Sendo a avaliação de Enfermagem feita com base no comportamento do utente, a interpretação dos sinais de dor é feita à luz das suas biografias de dor, das suas experiências profissionais com a dor e das suas ideologias de dor (Strauss et al. 1985 cit por Fernandes, 1996).

Abu-Saad e Hamers (1997) afirmam que, no processo de cuidar da criança com dor, é difícil ao enfermeiro romper com as suas próprias opiniões e sistema de crenças, valores e intuições. Esta dimensão pessoal influencia necessariamente as decisões do enfermeiro em relação à avaliação e tratamento da dor na criança.

Em algumas investigações foi constatado que a idade do enfermeiro, a formação académica/profissional, os anos de experiência e a especialidade clínica não tinham efeitos significativos na avaliação da dor (Sullivan, 1994). No entanto, Mason (1981, cit. por Sullivan, 1994) verificou que os enfermeiros com menos de um ano de experiência inferiram mais dor física do que aqueles com seis ou mais anos ($P < 0.05$), sugerindo que os enfermeiros se tornavam insensíveis à dor à medida que se tornavam mais experientes.

No que respeita ao efeito da experiência pessoal de dor do enfermeiro (intensidade, número de ocorrências, alívio da dor) na avaliação da dor do utente, apenas uma das variáveis – a intensidade da dor sentida pelo enfermeiro, influenciava significativamente a percepção dos enfermeiros sobre o sofrimento físico do utente ($P < 0.05$) (Holm et al. 1989 cit. por Sullivan, 1994).

Hamers et al. (1994), constataram que os enfermeiros usam a experiência profissional para determinar o que fazer em situações presentes ou futuras. A trajectória profissional de alguns enfermeiros e a percepção que têm da sua autonomia, são referidos por Fernandes (1996) como factores que influenciam a decisão do enfermeiro para administrar um medicamento sem prescrição, não administrar um medicamento prescrito, ou ajustar as doses quando as consideram inapropriadas ao peso da criança. De acordo com a mesma autora, quando os enfermeiros mais jovens, não se podem apoiar no seu percurso profissional, recorrem à partilha de decisão com os enfermeiros mais velhos. Esta autonomia é utilizada pelos enfermeiros, na ausência de prescrição, no sentido de a obter, ou, no caso da prescrição excessiva, no sentido de a diminuir e até de não a cumprir (Fernandes, 1996). A mesma autora refere que Fagerhaugh e Strauss (1977, cit. por Fernandes, 1996) tinham já verificado que aquela autonomia era utilizada, no sentido da diminuição das doses de analgésicos e não no seu aumento.

De acordo com Hamers et al (1994) e Sullivan (1994) são os conhecimentos e a experiência dos enfermeiros que parecem ser os principais factores a influenciar a avaliação da dor e a implementação de intervenções para o seu alívio.

A cultura pode influenciar a gestão da dor mais que a educação ou a experiência profissional (Martin e Belcher, 1986 cit. por Sullivan, 1994). Estes autores verificaram que, por exemplo, enquanto as enfermeiras americanas viam os gritos da criança como um indicador de dor intensa, as sul africanas viam a quietude como indicador dessa intensidade.

3.2 - BARREIRAS À GESTÃO EFICAZ DA DOR DA CRIANÇA

O défice de conhecimentos sobre a avaliação da dor, sobre as doses e drogas analgésicas e as atitudes baseadas em conceitos errados (Schechter, 1997; Collins, 1999) e também os constrangimentos organizacionais (Fernandes, 1996) constituem barreiras que contribuem para tomadas de decisão incorrectas na gestão da dor.

A maior razão do deficit de conhecimentos dos enfermeiros na gestão da dor é a formação insuficiente (Cohen, 1980 e Ferrell et al. 1992 cit. por Sullivan, 1994). De acordo com Cohen (1980, cit. por Sullivan, 1994) a maioria dos enfermeiros adquiriu a maior parte dos seus conhecimentos acerca dos analgésicos, as suas atitudes sobre a dor e as suas competências no alívio da dor, através da prática clínica, após a sua formatura. Numa pesquisa realizada em 1990 sobre 305 currículos de cursos de bacharelato em enfermagem, nos EUA, foi verificado que 48% dos programas apenas despendiam 4 horas ou menos com o tema da dor (Graffam, 1990 cit. por Sullivan, 1994). Em 1992, noutro estudo realizado com enfermeiros, apenas 54% responderam que pensavam ter formação adequada na gestão da dor (Lavie et al., 1992 cit. por Sullivan, 1994).

Muitos enfermeiros expressaram sentimentos negativos em relação ao uso de medicamentos nas crianças (Hamers et al. 1994) e também tinham falta de conhecimentos básicos sobre os analgésicos narcóticos, revelando muita preocupação com os seus efeitos secundários, como sejam a dependência e a depressão respiratória (Cohen, 1980; Watt-Watson, 1987; McCaffery e Ferrell, 1992 cit. Sullivan, 1994). Acrescentam Hamers et al (1994), que os enfermeiros tinham também opiniões negativas acerca dos analgésicos não narcóticos, especificamente o paracetamol. Como resultado destas constatações, os autores pensam ser possível que as crianças recebam analgésicos insuficientes ou que os recebam tardiamente. Fernandes (1996) verificou, tal como em outros estudos (Burokas, 1985; Hamers et al. 1994), que os enfermeiros restringem o mais possível a administração da analgésicos e explica que este comportamento talvez seja devido à expectativa baixa de alívio, ou ao facto dos enfermeiros se basearem no princípio de que todo o medicamento tem efeitos adversos.

Outro factor importante na tomada de decisão do enfermeiro para tratar a dor é a expectativa de alívio. Embora, teoricamente, o objectivo da gestão da dor seja o seu completo alívio, Sullivan (1994), Hamers et al. (1994) e Abu-Saad e Hamers (1997) verificaram que os enfermeiros não acreditavam no alívio completo da dor e, como tal, tinham objectivos baixos para o controlo da dor, não referindo o seu alívio completo como meta de gestão da dor. Fernandes (1996) verificou também que os enfermeiros consideravam que na maior parte das situações comuns de dor moderada esta pode ser totalmente aliviada, mas revelavam pouca expectativa de controlo da dor intensa.

Os conceitos errados sobre a dor e sobre as crianças com dor, que estão na base de muitas das atitudes dos profissionais, são referidas como uma das barreiras à gestão eficaz da dor,

isto é, ao desempenho eficaz das suas funções (Burr, 1988; Wallace, 1989; Savedra et al. 1990; Sullivan, 1994) (Quadro 2).

Estes conceitos precisam ser reconhecidos e clarificados e, para isso, é preciso que cada enfermeiro *"...verifique as suas crenças acerca da dor... como consequência desta auto consciencialização, o enfermeiro pode ficar prevenido contra os potenciais conceitos errados... as deficientes interpretações dos comportamentos dos utentes e oferecer então cuidados eficazes ao utente com dor"* (Davitz e Davitz, 1975 cit. por Walding, 1991: 392).

Eland (1985, cit. por Niven, 1994) constatou que na base da submedicação das crianças, em situações similares às dos adultos, estavam um certo número de conceitos errados a que chamou "Histórias / Mitos dos profissionais mais velhos" relacionadas com a dor na criança.

A dor pós-operatória da criança tem sido pouco reconhecida e frequentemente desvalorizada tanto pelos anestesistas como pelos cirurgiões, com base numa série de "mitos" ou conceitos errados (Prado e Bardají, 1997).

De um modo geral, os médicos, à semelhança dos enfermeiros foram pouco treinados para a gestão da dor e, tal como eles apresentavam deficit de conhecimentos e conceitos errados acerca da gestão da dor da criança (Weis et al. 1983; Kuhn et al. 1990 e Lavie et al. 1992 cit. por Sullivan, 1994) o que, consequentemente, originava práticas de prescrição inadequadas (Taillard, 1999).

Em 1993 Collier et al. (cit. Niven, 1994) aplicaram um instrumento que continha 12 afirmações sobre os mitos da dor da criança, a 47 médicos e 33 enfermeiros, tendo concluído que 7 dos 12 mitos continuavam a orientar a percepção da dor da criança por parte dos médicos e enfermeiros, o que revelava a necessidade de muito trabalho no sentido da sua clarificação.

Outra das barreiras que impede a gestão eficaz da dor da criança são as barreiras institucionais que podem ser encontradas nas políticas do hospital e das unidades e nas práticas hospitalares diárias. Fernandes (1996), na sua pesquisa sobre *Crianças com Dor*, fala em constrangimentos organizacionais à gestão eficaz da dor da criança: o espaço / privacidade; o rácio enfermeiro / utente; a ausência de protocolos sobre gestão da dor no

Quadro 2 - Conceitos errados mais comuns acerca da dor

Conceitos errados	Factos
• O enfermeiro é perito na avaliação da dor do utente (Sullivan, 1994)	• O auto relato da dor é o melhor indicador de dor (Sullivan, 1994)
• Os utentes devem esperar sentir dor	• O alívio da dor é o objectivo da gestão da dor. A dor pode ser reduzida significativamente usando estratégias múltiplas (Sullivan, 1994)
• Os utentes têm sempre sinais fisiológicos observáveis e comportamentos indicadores de dor (Sullivan, 1994)	• Os utentes podem adaptar-se fisiologicamente à dor, resultando na falta de alterações observáveis nos sinais vitais. Os comportamentos que expressam dor são muito variáveis de utente para utente. A falta de expressões de dor não indica ausência de dor (McCaffery e Beebe, 1997; Sullivan, 1994)
• A intensidade da dor está directamente relacionada com o estímulo físico, isto é, o tipo de cirurgia determina a quantidade de dor que o utente sentirá (Sullivan, 1994)	• A dor é única para cada indivíduo. Estímulos comparáveis produzem experiências de dor diversas nos diferentes indivíduos (Sullivan, 1994)
• Crianças pequenas não sentem dor por causa da imaturidade do seu sistema nervoso (Burr, 1988)	• A mielinização completa não é necessária para a percepção da dor (Anand, 1987)
• As crianças não sentem tanto a dor como os adultos (Burr, 1988)	• A tolerância à dor aumenta com a idade (Haslam, 1969 cit. por Burr, 1988)
• As crianças dizem sempre a verdade acerca da dor que sentem (Burr, 1988)	• As crianças podem não admitir que sofrem por medo das “picas” ou de serem ignoradas (Eland, 1985 e McCaffery, 1972 cit. por Burr, 1988)
• As crianças não conseguem comunicar correctamente a natureza e a localização da sua dor (Burr, 1988)	• As crianças a partir dos 5 anos conseguem identificar correctamente a localização, intensidade e natureza da sua dor, através da utilização de instrumentos adequados ao seu nível de desenvolvimento (Ross e Ross, 1981 e Savedra et al, 1988 cit. por Savedra et al, 1995)

Conceitos errados	Factos
As crianças não conseguem recordar a dor; a experiência dolorosa é rapidamente esquecida (Burr, 1988)	Os estudos sugerem que as crianças a partir dos 6 meses têm memória da dor (Levy, 1960 e Savedra et al. 1981, cit. por Savedra et al. 1990)
Crianças activas não sofrem (Burr, 1988)	O aumento da actividade é frequentemente um sinal de dor (Eland, 1958, cit. por Burr, 1988)
Os narcóticos provocam depressão respiratória e dependência (Burr, 1988 e Sullivan, 1994)	Os narcóticos são tão perigosos para as crianças como para os adultos (Porter e Hick, 1980 cit. por Burr, 1988) A dependência acontece em menos de 1% dos utentes que recebem opióides (Sullivan, 1994). A depressão respiratória não é frequente. A dor pode causar depressão respiratória no pós-operatório (Sullivan, 1994)
Crianças adormecidas não podem sentir dor (Burr, 1988)	A dor pode resultar em exaustão e, consequentemente, em sono (McCaffery e Beebe, 1997)
Uma criança que brinca não pode estar a sofrer (Burr, 1988)	As crianças podem usar a brincadeira como mecanismo de diversão e maneira de enfrentar a dor (McCaffery e Beebe, 1997)
As injeções não são dolorosas (Burr, 1988)	62% das crianças hospitalizadas com idades compreendidas entre os 4 e os 10 anos afirmam que a injeção é “a pior dor que tiveram” (Eland, 1980 cit. por Burr, 1988)
O enfermeiro que aplica a injeção obtém apenas uma reacção negativa da parte da criança (Burr, 1988)	A administração de analgésicos não têm necessariamente que envolver injeções dolorosas. A via oral é uma das preferidas (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997)

hospital e unidades; a ausência de pedido de responsabilidade sobre a gestão da dor da criança; e as relações interpessoais entre os diferentes intervenientes na gestão da dor da criança.

De entre os aspectos organizacionais, Furdon et al. (1998) também salientam a ausência de protocolos sobre a gestão da dor, como um dos factores que promove a insuficiência de cuidados terapêuticos da dor, nomeadamente, a subprescrição, a submedicação e a inconsistência nas abordagens de gestão da dor entre os profissionais .

Podemos concluir, de acordo com Sullivan (1994), que, enquanto as barreiras de conhecimento, as atitudes baseadas em conceitos errados e as barreiras organizacionais não forem ultrapassadas, as crianças poderão continuar a experimentar dor moderada a intensa, apesar dos avanços recentes na gestão da dor.

3.3 – A AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor era já considerada em 1967 por McBride (cit. por Vetter, 1991) como parte crucial da gestão eficaz da dor, sem a qual não é possível haver controlo.

Em 1976 Chapman (cit. por Vetter, 1991: 34) escrevia que *"... a avaliação/medição da dor, tem demonstrado ser tão desafiante e controversa quanto a sua definição..."*.

Para Schechter (1997), a medição refere-se normalmente à quantificação de uma dimensão específica da dor, enquanto que a avaliação inclui a medição e envolve a interacção entre as múltiplas dimensões da dor, incluindo o afecto e o contexto, bem como a quantidade de lesão tecidular. As técnicas de avaliação vão para além da quantificação da intensidade, podendo incluir, também diários, mapas da dor, e entrevistas. No processo de avaliação da dor, diversos autores defendem que devem ser consideradas as quatro dimensões da dor: intensidade, qualidade, localização e cronologia, bem como, cada um dos factores que para ela contribuem (Savendra et al, 1990; Schwob, 1994; Diamond, e Conian, 1997).

Como vimos, a dor é essencialmente aquilo que a pessoa que a vivencia diz que é (McCaffery e Beebe 1997; Diamond e Conian, 1997) e, deste modo, Schechter (1997) defende que não existe quantidade de dor especificamente atribuída a um dado estímulo doloroso. Assim, quando o utente se queixa de dor, temos de aceitar que se trata de uma sensação real e perturbadora. Diamond (1997:33) acrescenta que, podemos é *"... achar que a dor descrita não é adequada para um determinado grau de lesão ... pensar que o paciente não se comporta da forma que nós esperamos que alguém com dores se comporte ... podemos decidir que existe uma perturbação psicológica responsável pela dor ou que a agrava ... porém, a dor é uma sensação pessoal e nós temos apenas a sua descrição"*.

Neste sentido, Burr (1988) refere que já em 1971, Travelbee afirmava que os profissionais de saúde achavam que os utentes "simulavam" a intensidade da dor quando o seu comportamento não estava de acordo com que diziam. No caso das crianças, Beales (1982) verificou que estas eram rotuladas de "maçadoras" ou "medrosas" quando se

queixavam mais do que aquilo a que o enfermeiro julgava que elas tinham direito. Algumas enfermeiras também se debatiam com a fiabilidade das verbalizações das crianças, por acharem que elas podiam simular ou exagerar a dor (Hamers et al., 1994). Na sequência destas atitudes e comportamentos Burr (1988) coloca então a seguinte questão: uma vez que não possuímos nem conhecimento nem usamos os instrumentos necessários para determinar a existência e a intensidade de dor nas crianças, por que razão havemos de concluir que sabemos melhor do que elas, o que sentem?

De acordo com a nossa percepção empírica, resultante da experiência de cuidar de crianças no pós-operatório, parece-nos existirem intervenções cirúrgicas que causam nas crianças, dor mais intensa do que outras. Assim, as crianças operadas por diagnósticos de cirurgia otorrinolaringológica, nomeadamente adenoidectomia (VA) ou a adenoidectomia e miringotomia para colocação de tubos (VA/tubos) aparentam sentir dor ligeira, contrariamente as crianças submetidas a amigdalectomia e adenoidectomia (HAVA) aparentam sentir dor moderada a intensa. Também as crianças operadas por diagnósticos de cirurgia geral, nomeadamente hérnia inguinal, hérnia umbilical, hidrocelo ou fimose parecem-nos experimentar níveis de dor moderada a intensa. Neste sentido, Finley et al (1996), num estudo realizado com 189 pais, em que tiveram como objectivo avaliar a prevalência, intensidade e a gestão da dor das crianças operadas em regime de cirurgia ambulatoria, encontraram diferenças na intensidade da dor pós-operatória conforme o tipo de cirurgia. Verificaram que na percepção dos pais, a miringotomia para colocação de tubos causava dor ligeira nas crianças, enquanto que outras cirurgias, como por exemplo, a amigdalectomia, a circuncisão (cirurgia de fimose) causavam dor pós-operatória clinicamente significativa em metade das crianças (intensidade ≥ 3).

O objectivo de avaliar a dor é compreender que dor a criança está a sentir e se as estratégias que estão a ser utilizadas estão a ser eficazes no alívio dessa dor. A avaliação/medição da dor é um processo activo que precede e se segue à intervenção para aliviar ou eliminar a dor (Savendra et al. 1990).

Após a cirurgia, a auto-avaliação regular pedida ao utente constitui o guia mais útil para a determinação da eficácia da analgesia (Diamond e Conian, 1997). Este devia ser um procedimento de rotina no pós-operatório. As enfermeiras deviam perguntar aos utentes qual a intensidade da dor que sentem, tal como medem o pulso, a tensão arterial e a temperatura (Diamond e Conian, 1997). De acordo com Craveiro-Lopes (2000) é

necessário que a dor se torne num parâmetro de registo obrigatório, pois só desta forma se torna visível para a comunidade profissional e para a comunidade em geral. Para Gauvain Picquard (1987) a medição da dor, além de permitir determinar quais são os tratamentos que melhor aliviam a criança, também permite comparar os tratamentos e as doses. É o registo regular de uma *medição da dor* que permite aos prestadores de cuidados perceberem quando é que a analgesia é inadequada (Walding, 1991; Diamond e Conian, 1997).

Assim, os médicos dependem dos registos de enfermagem sobre a dor do utente para tomar decisões de ordem terapêutica. Por conseguinte, a avaliação da dor deverá ser feita com exactidão (McCaffery, 1983 cit. por Walding, 1991). A abordagem usada para a avaliação deve ser uniformizada na equipa e em todas as folhas de registo, sendo menos importante o instrumento escolhido em si, do que o modo como é utilizado e se faz parte da rotina dos cuidados (Schechter, 1997 a).

3.3.1 - Pressupostos a ter em consideração na avaliação da dor da criança

A natureza subjectiva da dor torna a sua avaliação difícil, qualquer que seja a idade do utente e ainda mais na criança, que não domina a linguagem e que não dispõe de elementos de comparação, dependendo a sua expressão da capacidade de cada criança para comunicar com os outros (Bertocchi 1999).

As crianças pequenas podem não ter habilidades verbais para comunicar a presença e intensidade da dor, e mesmo as crianças mais velhas podem ter dificuldade em descrever a sua dor devido à inexperiência e ao vocabulário limitado (Eland, 1990; Schechter, 1989), mas, contrariamente ao que se possa pensar, todas as crianças têm algum grau de dor pós-operatória, mesmo que o seu comportamento não reflecta desconforto (Asprey, 1994 cit. por Wong 1999).

Assim, McCaffery e Beebe (1997) defendem que a abordagem para avaliar a dor na criança deve ser baseada nas seguintes pressupostos:

- todas as crianças, incluindo os recém-nascidos, têm capacidade para sentir dor;
- qualquer coisa que cause dor nos adultos também causa dor nas crianças;
- algumas coisas que não causam dor nos adultos podem causar dor nas crianças;
- as avaliações devem ser feitas a intervalos regulares, comparadas e registadas;

- para determinar a presença (não a ausência) de dor é dada prioridade a qualquer informação comunicada directamente pela criança, isto é, a auto-avaliação da dor é o método mais válido de identificação da dor (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997). A necessidade do envolvimento da criança no processo de avaliação é imperativa porque podemos facilmente interpretar erradamente o seu comportamento (Caty et al, 1995);
- se a auto-avaliação de ausência de dor é vista como duvidosa, e se a patologia, ou outros indicadores comportamentais, indicam que a dor pode estar presente, deve ser feita nova avaliação. Tal como os adultos, as crianças podem negar a dor ou recusar analgesia por muitas razões, sendo uma delas o medo das injeções (Savendra et al, 1990; McCaffery e Beebe, 1997);
- as crianças respondem à dor com uma variedade de respostas físicas e fisiológicas mas, também, tal como os adultos, podem não exibir quaisquer respostas observáveis. A ausência de respostas a um estímulo doloroso não permite concluir que a criança não tenha dor (Furdon et al, 1998; Bertocchi, 1999);
- como referem Alex e Ritchie (1992, cit. por Caty et al, 1995) as crianças lidam (cope) de modo diferente com a dor sendo necessário um juízo correcto de enfermagem para garantir uma interpretação precisa da sua experiência de dor.

3.3.2 - A avaliação multidimensional da dor

Dada a especificidade da criança, confiarmos apenas num só instrumento de medida ou num só indicador de dor, como sejam, “...alterações fisiológicas, expressão facial, conhecimento da causa física ou choro pode ser perigosamente enganador...” (McCaffery e Beebe, 1997: 236). Isto é, estes sinais isolados podem não ser específicos de dor mas em conjunto podem fortemente evocá-la (McCaffery e Beebe, 1997; Bertocchi, 1999).

Assim, vários autores (Vetter, 1991; McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997; Hester, 2000) defendem uma avaliação multidimensional que inclua as componentes cognitiva, comportamental e fisiológica da dor.

No desenvolvimento da avaliação multidimensional torna-se necessário ter em consideração os seguintes aspectos:

- Usar sistematicamente a história da dor (AHCPR, 1992; Hester, 2000) (Anexo 1);

- Obter a auto-avaliação, se possível, com a utilização de escalas de medição de dor (McCaffery e Beebe, 1997; Hester, 2000) encorajando a criança a falar sobre a localização, causa e duração da sua dor;
- Incluir a criança (quando capaz), os pais e outros prestadores de cuidados nas discussões acerca da dor (McCaffery e Beebe, 1997);
- Obter medições dos próximos. Estas são muitas vezes obtidas junto de pais, enfermeiros, médicos para medir a intensidade da dor experimentada pela criança. Para ser um substituto adequado da medição da criança, a medição dos próximos deve corresponder altamente com a da criança (Hester, 2000);
- Identificar a presença do processo patológico ou ocorrência de procedimentos que se conhecem como causadores de dor em outros (McCaffery e Beebe, 1997; Hester, 2000);
- Observar comportamentos associados com a dor (McCaffery e Beebe, 1997; Hester, 2000) utilizando escalas de observação comportamental:
 - vocalizações (no recém-nascido, os soluços ou espirros e, em qualquer idade, choro, gemidos, gritos);
 - expressões faciais (testa enrugada, olhos firmemente fechados ou demasiadamente abertos, boca firmemente fechada ou demasiadamente aberta, ou qualquer expressão facial distorcida);
 - movimentos do corpo (no recém-nascido, as mãos abertas com dedos separados e esticados; nas outras crianças, os punhos cerrados, postura rígida, a protecção da parte afectada do corpo, agitação, movimento da cabeça de um lado para o outro, impertinência, pontapear, agitação dos braços, inquietação, ou apego aos pais);
 - mudanças nas actividades diárias ou no comportamento habitual (distúrbios do sono, náuseas ou vômitos, diminuição do apetite, diminuição da actividade ou aumento dos períodos de repouso, irritabilidade ou baixa tolerância à frustração, comportamento agressivo tal como bater, inquietação ou um aumento ou diminuição nas interacções sociais. De um modo geral, toda a modificação do comportamento habitual de uma criança pode ter por causa a dor.
- Considerar as respostas autónomas/fisiológicas que resultam do aumento da actividade do sistema nervoso simpático como parte do reflexo de sobrevivência. Incluem: aumento da tensão arterial, taquicardia, alterações na coloração da pele - palidez ou rubor, diaforese, hiperventilação, dilatação pupilar, náuseas e vômitos (Savendra et al,

1990) e também alterações no cortisol e baixas na PaO₂ (McCaffery e Beebe, 1997). Estas respostas são mais comuns na dor aguda. Porém, não têm mostrado ser específicas ou proporcionais à intensidade da dor, e deste modo, podem ser observadas respostas similares com emoções tais como a ansiedade, raiva, ou medo (Vetter, 1991) frequentes nas crianças hospitalizadas; também podem estar ligadas aos níveis de actividade da criança (McConnan, 1992). Hester (2000) diz que as respostas fisiológicas a uma situação dolorosa ou angustiante se correlacionam muitas vezes positivamente com os indicadores comportamentais e, ocasionalmente, com os indicadores de auto-avaliação da dor. A mesma autora adianta que estas provas são insuficientes para concluir que as respostas fisiológicas se correlacionam directamente com a experiência de dor. Apesar disso, Vetter (1991) defende que estas mudanças fisiológicas podem ser olhadas não como dados independentes, mas como elemento confirmador no esforço global de avaliação da dor;

- Considerar factores que influenciem as respostas da criança à dor: estágio de desenvolvimento, preocupações e expectativas relativas à doença e hospitalização e também a presença de sintomas simultâneos que confundem ainda mais a experiência de dor, como sejam a ansiedade, medo, isolamento, fadiga e náuseas (McCaffery e Beebe, 1997; Hester, 2000);
- Após se considerarem todos os aspectos referidos anteriormente, se persistirem dúvidas sobre se as respostas da criança são por dor, ou ansiedade devido ao medo da dor, é útil ser considerada a administração de uma dose de analgésico e registar a reacção da criança. Apesar de se desconhecer, se a reacção da criança se deve principalmente ao medo ou à dor, a criança precisa de ajuda e a maior parte das abordagens da dor também ajudam a diminuir a ansiedade acerca da dor. Por exemplo, a distração e os narcóticos podem diminuir o medo da dor e/ou proporcionar o seu alívio (AHCPR, 1992; McCaffery e Beebe, 1997; Hester, 2000).

No caso da dor pós-operatória, a avaliação é ainda complicada pelos efeitos residuais da anestesia que podem limitar a capacidade dos utentes para verbalizar a dor (Christoph, 1991 cit. por Sullivan, 1994). Muitas vezes, os enfermeiros têm de confiar nos sinais observáveis - aumento na frequência cardíaca e da tensão arterial, resultantes da resposta simpática à dor aguda, para avaliar a dor. Contudo, como vimos, nem sempre aqueles sinais são observáveis e Beyer e Wells (1989) crescentam que na dor relacionada com a

cirurgia ocorre adaptação fisiológica rápida e as reacções autonómicas observáveis voltam rapidamente à normalidade.

Gilbert (1992, cit. por Sullivan, 1994) diz que a verbalização e a experiência de dor num utente pós-anestesia varia conforme vai acordando dela. Os comportamentos ao acordar da anestesia, que estão associados com dor pós-operatória incluem: agitação (na ausência de hipoxémia), choro, imobilização/inibição de respostas motoras, inquietação, caretas/espasmos, gemidos, hipertensão e taquicardia. Como a avaliação da dor deve ser multidimensional, assim que a criança recupera da anestesia (volta a si), se tiver capacidade, deve ser obtido o auto-relato da dor, através de escalas de auto-avaliação (Gilbert, 1992 e Litwack, 1991 cit. por Sullivan, 1994).

Só a abordagem abrangente na avaliação da dor ajudará a atingir os objectivos de cuidar das crianças com dor, isto é, aumentar o conforto, promover a recuperação o mais rápido possível, melhorar o nível funcional e prevenir os efeitos prejudiciais da dor não aliviada nas crianças.

3.3.3 - Instrumentos para medir a dor da criança

A comunidade científica, reconhecendo que a avaliação da dor é fundamental para o progresso na compreensão e no tratamento da dor pediátrica, tem desenvolvido vários instrumentos de medição da dor.

Bertocchi (1999) divide-os em escalas de hetero-avaliação e de auto-avaliação, McCaffery e Beebe (1997) em escalas comportamentais e de auto-relato, e Raposo (1997) em escalas de avaliação do comportamento e escalas de informação própria.

Instrumentos de hetero-avaliação

As escalas de hetero-avaliação ou escalas comportamentais são constituídas por categorias de comportamentos que devem ser observados. São utilizadas no recém-nascido e em todas as crianças que não são capazes, ou que não querem, contar a sua dor (Gauvain-Piquard, 1987; McConnan, 1992; Bertocchi, 1999).

O choro da criança, as expressões faciais, os movimentos corporais e a postura têm todas o mesmo propósito: a autoprotecção do que lhe causa desconforto, alertando assim os pais e as/os enfermeiras/os para as situações de desconforto/angústia. Para facilitar a avaliação objectiva da dor, clínicos e investigadores incorporaram estes comportamentos em escalas

que têm sido testadas e mencionadas na literatura, de que são exemplo, a Children's Hospital of Ontario Pain Scale (CHEOPS) (McGrath et al., 1985); a Objective Pain Scale (OPS) (Broadman; Rice e Hannallah, 1988), e o Toddler – Preschool Postoperative Pain Scale (TPPPS) (Tarbell; Cohen e March, 1992 cit. por Merkel et al, 1997).

Estes instrumentos envolvem a observação intermitente dos comportamentos não verbais de dor da criança. As observações são pontuadas de acordo com a classificação das escalas de observação do comportamento.

Para avaliar os comportamentos de dor da criança no pós-operatório McGrath et al 1985 desenvolveram " A Escala de Dor do Hospital de Crianças do Este do Ontário (CHEOPS)". Este instrumento foi inicialmente usado com crianças de 1 aos 5 anos a acordar da anestesia e é composto por seis categorias de comportamentos observáveis: choro, expressão facial, verbalização, movimentos do tronco, movimentos dos braços e a actividade das pernas. Para cada categoria existem comportamentos específicos indicadores de dor, com pontuações que variam entre 0 (associado à ausência de dor) a 3 (associado à dor intensa). A pontuação total das 6 categorias pode variar entre 4 associada à ausência de dor, e 13 pontuação mais alta possível, associada à dor intensa. Segundo Vetter (1991) e Stein (1995) a CHEOPS parece ter uma adequada fiabilidade e validade entre as pontuações das diferentes categorias, com uma pontuação total variando entre $r = .81$ e $r = .85$.

Também quando usada com crianças com idades compreendidas entre 1 e os 7 anos, a seguir à cirurgia, este instrumento apresentava uma elevada fiabilidade entre as pontuações das diferentes categorias (90%-99.5%) e tinha um bom critério de validade (0.81-0.86) (Stevens, Hunsberger e Browne, 1987 cit. por Joyce et al. 1994).

Contudo, Ross e Ross (1988 cit. por Vetter, 1991), diz que é preciso salientar que, apesar da validade de qualquer escala comportamental ser maior quando são observados um número grande de categorias de comportamento (por exemplo, 6 com a CHEOPS), nenhum comportamento verbal ou não verbal isoladamente, tem mostrado ser específico de dor nas crianças.

Em 1988, Hannallah et al desenvolveram a escala objectiva da dor (OPS - Objective Pain Scale), e aplicaram-na a 34 crianças submetidas a artroscopia do joelho para avaliar a sua dor pós-operatória. É uma escala bio-comportamental, cuja pontuação varia entre 0 e 10. Para este autor, a dor intensa situa-se nas pontuações ≥ 6 , implicando nestes casos que sejam administrados às crianças medicamentos opióides por via intravenosa (IV).

Para concluir, Hester (2000) refere que o desenvolvimento destes instrumentos está atrasado em relação aos instrumentos de auto-avaliação, existindo poucos instrumentos de observação comportamental disponíveis. Acrescenta a mesma autora que, actualmente, a ênfase da comunidade investigadora centra-se no desenvolvimento de instrumentos de observação comportamental para a dor mais fácil de medir - a dor visível resultante de procedimentos invasivos e cirurgia, e para a população de crianças mais fácil de obter informação - as que têm habilidades verbais.

Instrumentos de auto-avaliação

Quando as faculdades de abstracção e a capacidade de trocas relacionais melhoram na criança, é preciso recorrer a escalas de auto-avaliação, adaptadas à idade, nível de compreensão e de conhecimento da criança. Estas escalas avaliam a componente cognitiva da dor, facilitando a comunicação da criança acerca da sua dor.

É importante referenciar que as escalas de dor são usadas exclusivamente para comparar a dor da criança num determinado momento com a dor noutro momento, mas sempre na mesma criança. Isto é, servem unicamente para fazer uma análise comparativa da intensidade da dor sentida por uma criança em dois momentos diferentes e não para estabelecer uma comparação entre duas crianças (McConnan, 1992).

No entanto, mesmo nas crianças com capacidade para comunicar verbalmente, a avaliação pode ser seriamente dificultada por problemas simples, tais como, a dificuldade em estabelecer o que as palavras específicas significam para a criança e também a omissão deliberada da dor por parte da criança por medo das consequências, por exemplo: medo que lhe seja dada uma injeção para aliviar a dor, ou medo que a dor possa aumentar o tempo de internamento (McCaffery e Beebe, 1997).

Para McCaffery e Beebe (1997); Schechter (1997 a) os instrumentos de auto-avaliação ou de auto-relato são apropriados para as crianças com idades a partir dos 3-4 anos. As crianças destas idades precisam de ser mais encorajadas e apoiadas para verbalizarem a sua dor e Beyer e Wells (1989) verificaram que as crianças de 3 anos são capazes de indicar os vários níveis de dor se os adultos lhes proporcionarem a oportunidade e o meio para o fazerem, sendo muitas vezes auxiliadas nesta tarefa pelos pais.

Para Schechter (1997 a), as crianças entre os 3 e os 8 anos conseguem usar as escalas de auto-avaliação modificadas: faces, fichas de poker, Oucher e cores. Estas escalas são mais concretas para a criança do que aquelas que usam apenas palavras ou números, permitindo

que a criança utilize habilidades sensoriais e motoras para além das cognitivas (Savedra et al. 1990) .

Outras autoras defendem, que com treino adequado, as crianças a partir dos 5 anos conseguem usar com sucesso, quer as escalas das faces, quer a escala numérica e analógica visual (VAS) (Gauvain-Piquard, 1987; Vetter, 1991; McConnan, 1992; Bertocchi, 1999). No entanto, Abu-Saad et al (1994) e Schechter (1997) defendem que esta última escala, é um instrumento válido e fiável, mas para ser usado por crianças com mais de 8 anos.

De acordo com Hester et al. (1989, cit. por Hester, 2000) algumas crianças hospitalizadas com 4 anos, tinham dificuldade em utilizar escalas de auto-avaliação. Também Stein (1995), verificou que as crianças com menos de 5 anos as utilizavam com dificuldade e que a maioria referia não ter dor, ou então ter a pior dor possível. Recentemente, Hester (2000) fez uma revisão crítica de estudos realizados com escalas de auto-avaliação em crianças com 4 anos e menos, tendo constatado que os resultados foram inconsistentes. Esta inconsistência, segundo aquele investigador, relaciona-se com as características das crianças “... estão no período pré-operacional do desenvolvimento, sendo incapazes de ordenar de acordo com o tamanho, peso ou outro critério...” (Inhelder e Piaget, 1958 cit. por Stein, 1995:122). Os mesmos autores, observaram em 1969 que estas crianças também tinham dificuldade em expressar estádios intermédios.

De acordo com estes resultados, alguns pré-escolares podem ser incapazes de escolher e diferenciar entre 6 níveis de intensidade da dor, numa escala de auto-avaliação (Stein, 1995) e como resultado, podem referir que não têm dor, ou então, que têm a pior dor possível, isto é, subvalorizam ou sobrevalorizam a dor.

Por outro lado, as crianças em idade escolar, que se encontram no período das operações concretas, começam a adquirir a capacidade de relacionar uma série de actos e acontecimentos com representações mentais, que podem ser expressas através de palavras ou símbolos. Possuem habilidades de classificar, de escolher e colocar por ordem a fim de responder a um problema ou resolver uma situação, usando sem dificuldade as escalas de auto-avaliação (Stein, 1995; Hester, 2000).

Considerando os resultados dos estudos e as características do desenvolvimento das crianças, a utilização das escalas de auto-avaliação, deve ser feita em associação com

outras abordagens: a avaliação da dor da criança feita pela pessoa significativa, a avaliação do comportamento da criança e dos indicadores fisiológicos (Hester, 2000).

A escolha do instrumento de auto-avaliação depende da dimensão da dor que queremos medir, da idade e nível de desenvolvimento da criança e da situação de saúde criança, não sendo tarefa fácil (Schechter, 1997 b). McCaffery e Beebe (1997) defendem que a escala escolhida é aquela que a criança parece estar apta para usar. Assim, diferentes escalas podem ser utilizadas para diferentes crianças. No entanto, para evitar confusões e para manter consistência na avaliação, é sempre utilizado o mesmo instrumento na mesma criança durante todo o internamento.

Antes da utilização de qualquer escala de auto-avaliação da dor, é necessário falar com a criança com o objectivo de:

- lhe pedir dois ou três exemplos de experiências de dor anteriores, para identificar a compreensão da criança e o uso de palavras relativas à dor. Se a criança tiver dificuldade em referir as experiências de dor anteriores, deve-se-lhe perguntar se alguma vez caiu, raspou um joelho, bateu com a cabeça, ou espetou um espinho num dedo (McCaffery e Beebe, 1997);
- a ajudar a treinar a utilização da escala de avaliação seleccionada (antes da cirurgia ou do procedimento), usando as experiências de dor anteriores que referiu. O treino permite: aumentar a habilidade da criança para usar a escala, avaliar o nível de desenvolvimento da criança, conhecer as palavras que a criança utiliza para descrever as sensações dolorosas e, posteriormente, obter uma imagem mais correcta da dor da criança (Vetter, 1991; McConnan, 1992; McCaffery e Beebe, 1997) .

Desde 1974 surgiram nos EUA uma quantidade inumerável de escalas de auto-avaliação para crianças. A proliferação destes instrumentos tem ajudado a documentar a capacidade das crianças para comunicar três das dimensões da dor: a localização, a intensidade e a qualidade das experiências de dor. Mas, muitas vezes, os investigadores, não têm atendido às propriedades psicométricas (fiabilidade, generalização, validação e sensibilidade) das escalas, que assim, são muitas vezes desconhecidas (Hester, 2000).

De acordo com as dimensões da dor que permitem medir - **localização, intensidade, e qualidade**, iremos abordar alguns dos instrumentos de autoavaliação mais referidos na literatura consultada, salientando que a maioria deles mede a intensidade da dor.

Localização

Quando suspeitamos que uma criança está com dor, se ela nos consegue compreender, o primeiro passo é pedir-lhe para nos mostrar ou dizer onde lhe dói. De acordo com Savedra et al (1990), as crianças pequenas conseguem indicar o local onde lhes dói e as crianças de 6 anos conseguem mesmo localizar as partes internas do corpo onde sentem a dor.

Quando as crianças são muito pequenas para indicarem o local da dor no seu próprio corpo ou para o marcarem no esboço de uma silhueta corporal, a única maneira de conhecermos o local onde a dor é sentida pode ser a expressão comportamental tal como puxar ou esfregar a zona afectada (Savedra et al, 1990).

A Escala de cores de Eland - (desenvolvida por Eland em 1981)

Esta escala difere de muitos outros instrumentos de avaliação de dor pediátrica porque permite aceder à informação da criança sobre duas dimensões da dor: a localização e a intensidade, sendo que, em numerosas ocasiões, a coloração das silhuetas corporais permitiu identificar metástases de cancro, ainda antes que a sua evidência objectiva fosse possível (McCaffery e Beebe, 1997).

Consiste em proporcionar à criança oito lápis de cores, dentre os quais ela selecciona as cores que representam as diferentes intensidades da dor. Posteriormente, usa os lápis para marcar numa silhueta corporal o local onde sente a dor. Assim, a criança pinta o local da dor e a intensidade é indicada pela cor do lápis que escolheu (Savedra et al, 1990; McCaffery e Beebe, 1997; Bertocchi, 1999). Para estas autoras, esta escala parece ser um instrumento sensível para a identificação do local da dor. No que respeita à medição da intensidade da dor, Hester et al (1978, cit. por Hester, 2000) examinaram as relações entre este instrumento e outros que medem a intensidade da dor, não tendo encontrado correlações significativas para os valores mais baixos de intensidade da dor, daí terem questionado se este instrumento mede a intensidade ou outra dimensão qualitativa da dor.

Intensidade

Após a dor ter sido localizada, deve ser solicitada à criança informação acerca da intensidade da dor (Savedra et al, 1990). Existem vários tipos de instrumentos de auto-avaliação da intensidade da dor, dos quais iremos seguidamente referir alguns.

A Escala de fichas de poker (Poker Chip Tool)

Foi criada em 1975 por Nancy Hester. Entre 1987 e 1992, vários trabalhos de pesquisa, utilizaram este instrumento com crianças dos 4 aos 13 anos e mostraram que as suas propriedades psicométricas (o conteúdo, a convergência, a discriminação, a validade de construção, e a sensibilidade), permitem a sua generalização (Hester, 2000).

A versão original consistia em quatro fichas brancas, cada uma representando uma parte da dor, com as quatro fichas representando a pior dor possível (McCaffery e Beebe, 1997). Mais tarde, Eland e Anderson (1977, cit. por Hester, 2000) constataram que as crianças muitas vezes equiparavam a dor à cor vermelha e Molsberry (1979, cit. por Hester, 2000) modificou este instrumento, utilizando quatro fichas vermelhas para os vários níveis de dor e uma ficha branca para a ausência de dor. Actualmente, e após vários estudos, a Poker Chip Tool compreende quatro fichas vermelhas, que representam *pedaços de dor* (Hester, 2000). Este investigador refere que as crianças aprendem rapidamente a usar este instrumento, quer dizendo quantos pedaços de dor têm, quer apanhando as fichas que representam o número de pedaços de dor que sentem. McConnnan (1992) diz que este instrumento é uma forma mais concreta de escala numérica.

A Escala analógica visual (VAS)

É uma linha recta de 10 cm, com limites verbais nos extremos, representando o extremo esquerdo, a ausência de dor, e o extremo direito, a pior dor possível. As próprias palavras da criança relativas à dor, poderão ser usadas em vez destas palavras predefinidas.

Também adaptaram esta escala colocando uma face com expressão feliz no extremo esquerdo e uma face com expressão triste no extremo direito (Varni et al, 1987 cit. por Savedra et al, 1990).

Esta escala pode ser horizontal ou vertical. Geralmente a VAS vertical é mais fácil de compreender para as crianças, do que as variações da dor representadas numa linha horizontal, pois conseguem visualizar melhor a progressão da dor desde a sua inexistência no fundo da linha até ao cimo da linha passando por um grande número de possibilidades de dor (McConnan, 1992).

À criança é pedido para colocar ao longo da linha, uma marca no ponto que representa a intensidade da dor que percebe.

Num estudo realizado com 958 crianças e adolescentes hospitalizados e não hospitalizados, com idades entre os 8 e os 17 anos foram comparadas 5 escalas diferentes para a medição de vários estímulos dolorosos: a escala de cores, a VAS, a escala

numérica, a escala gráfica de palavras e a escala de estimação de magnitude (Savedra et al, 1987 cit. por Savedra et al, 1990). Os investigadores encontraram um elevado grau de correlação entre as pontuações de dor na VAS e as pontuações de dor das outras 4 escalas usadas para medir estímulos dolorosos diferentes. A VAS foi preferida em último lugar pelas crianças, que referiram também ser esta a escala de utilização mais difícil.

Os autores recomendam a utilização desta escala a partir de diferentes idades: dos 5 anos (McGrath, 1990 cit. por Vessey e Carlson, 1996), dos 6 anos (Ready, 1992 cit. por Hester, 2000), dos 7 anos (McGrath, 1987 cit. por Stein, 1995; Ross e Ross, 1988 cit. por Vetter, 1991) e dos 8 anos (Schechter, 1990 cit. por Hester, 2000).

A Escala numérica

É idêntica à VAS mas tem números ao longo da linha. A escolha da escala numérica depende da preferência da criança e da sua habilidade para contar. Para McCaffery e Beebe (1997), geralmente, as escalas numéricas podem ser utilizadas pela maior parte das crianças com 9-10 anos, enquanto que para McConnan (1992) podem ser usadas a partir dos 5 anos. As escalas numéricas podem variar entre 0 (sem dor) e 5, 10, ou 100 (significando a pior dor possível). Quanto maior o número, maior a dor. Contudo, as crianças em idade escolar podem ver positivamente o 100 associando-o com uma boa pontuação e ver o 0 negativamente. Esta possibilidade tem de ser discutida com a criança e então considerar a inversão do significado habitual da escala. Além disso, para Beyer e Aradine (1987, cit. por McCaffery e Beebe, 1997) as crianças parecem não entender facilmente que ir da esquerda para a direita na linha horizontal representa um aumento na intensidade da dor, acrescentando Jacob e Puntillo (1999) e McCaffery e Beebe (1997) que a maioria das crianças com 7 anos ou mais, conseguem usar melhor esta escala quando constituída por uma linha vertical com graduação de 0 a 10 cm, em vez da usual linha horizontal.

De acordo com Sullivan (1994), na escala numérica de 0 a 10, em que o valor 0 significa ausência de dor e o valor 10 a pior dor, a meta é encontrar valores de auto-avaliação de dor de 4 ou menos, isto é valores de dor pouco significativos.

Escala gráfica de palavras

Em 1948, Keele criou um instrumento descritivo simples para classificar a dor, usando as seguintes palavras: ausente, ligeira, moderada e intensa (cit. por Savedra et al, 1990).

A escalas de palavras simples ajudam a criança a descrever o que sente e podem ser utilizadas a partir dos 5-7 anos, isto é, após o conceito de pequeno e grande ter sido adquirido pela criança (Bertocchi, 1999). McConnan (1992) diz que estas escalas podem ser usadas com crianças que as conseguem ler e entender.

A escala gráfica de palavras foi a preferida pelas crianças hospitalizadas dos 8 aos 17 anos para a medição da intensidade da dor (Savedra et al, 1987, referidos por Savedra et al, 1990).

Segundo Savedra et al (1990), a maior desvantagem deste instrumento é o facto das respostas da criança estarem limitadas às palavras descritivas apresentadas. Devido ao número limitado, esta escala tem falta de sensibilidade para as pequenas mudanças na dor (Ross e Ross, 1988 cit. por Savedra et al, 1990). Também as palavras devem ser adequadas à idade e desenvolvimento da criança, por exemplo, no início da idade escolar, a criança pode não compreender o termo moderada, mas poderá ser mais provável que compreenda o termo médio.

Escala das faces

Geralmente consistem numa grande variedade de faces, com expressões ordenadas desde a face feliz ou calma, à mais infeliz ou triste. À criança é pedido que aponte a expressão que melhor transmite a sua própria experiência de dor. As escalas de Wong e Baker (1988), Bieri et al (1990) e outras utilizam esboços simples de faces. McConnan (1992) refere estas escalas como muito concretas.

Para Bertocchi (1999), o recurso a escalas com expressões faciais está indicado nas crianças a partir da idade pré-escolar. Gauvain Piquard (1987) refere que estas escalas têm sido experimentadas em crianças com menos de 5 anos, mas os resultados têm sido desencorajantes. Em primeiro lugar porque parece avaliar mais o estado de tristeza que o estado de dor, e em segundo, porque, às vezes, apesar de se poder suspeitar pelo comportamento das crianças a presença de dor intensa, as crianças desta idade são as que mais se recusam a informar a sua dor.

A escala de Wong e Baker é constituída por seis faces e tem sido usada para avaliar a dor em crianças hospitalizadas dos 3 aos 18 anos e a pontuação desta escala varia de 0 a 5. Foi inicialmente usada num estudo realizado em 1988 nas unidades de pediatria de dois hospitais da região centro-sul dos EUA. Neste estudo, verificaram, ao comparar a escala das faces com outros cinco instrumentos de medida, não haver entre eles diferenças significativas na validade e fidedignidade, tendo as crianças preferido esta escala às outras.

De acordo com a indicação de Sullivan (1994) a meta é que se encontrem valores de intensidade da dor de 2 ou menos, o que significa, na escala de faces de Wong e Baker, "dói um pouco mais".

O sistema de pontuação original desta escala varia entre 0-5, mas, a pedido de vários profissionais, recentemente, as autoras deram autorização para utilização do sistema de pontuação de 0-10, e assim, a escala tanto pode ser usada com a pontuação original como com esta pontuação, sendo que neste caso a pontuação apropriada para as seis faces é 0, 2, 4, 6, 8 e 10. A escala das faces apresenta-se traduzida para dez idiomas do mundo no site que as autoras têm na Internet. McCaffery e Beebe (1997) defendem que este é um dos métodos mais correctos de avaliação da dor na criança.

A escala Oucher

Foi desenvolvida em 1983 por Judith E. Beyer, professora associada da Escola de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado.

Apresenta simultaneamente duas escalas: uma escala fotográfica de rostos de crianças e uma escala numérica de 0 a 100 (de 10 em 10). Para determinar que escala será usada, é pedido à criança que conte até cem de um em um. Se a criança contar com sucesso será usada a escala numérica. A escala fotográfica é utilizada com as crianças que não conseguem contar até cem e consiste no uso de seis fotografias de um menino caucasiano com diferentes expressões faciais, que pretendem representar níveis diferentes de dor. Existem linhas entre as duas escalas que ligam as fotografias aos números da escala numérica (Beyer, 1984 cit. por McCaffery e Beebe, 1997). A correspondência entre as expressões faciais e os valores numéricos designados, tanto pode induzir em erro a criança, como o prestador de cuidados na interpretação da resposta, daí a necessidade desta escala ser ainda validada (Hester, 2000). Apesar das investigações que utilizam este instrumento separarem a análise das escalas, a apresentação simultânea de ambas as escalas à criança, não torna claro se a criança se baseia apenas numa escala ou nas duas para decidir do seu nível de dor. Na tentativa de eliminarem este problema da apresentação simultânea das duas escalas, Hester (2000) refere que pesquisas recentes eliminaram as linhas de ligação entre as fotografias e os números, colocando a escala fotográfica num lado da folha e a escala numérica no outro lado.

Qualidade

A qualidade ou natureza da dor e a experiência de dor é avaliada pelas palavras que a criança usa para descrever a sua dor.

Escala de listas de palavras

Tesler et al (1987, cit. por Savedra et al. 1990), desenvolveram e testaram uma lista de palavras adequadas para crianças dos 8 aos 17 anos qualificarem/descreverem a dor. Defendem que os instrumentos deste tipo são úteis para crianças que articulam mal as palavras, porque as crianças reconhecem melhor as palavras do que as usam, além de que as listas de palavras podem também ajudar as crianças a usar palavras que tenham sido recentemente adquiridas.

O questionário da Dor de McGill

Este instrumento inclui 78 palavras que descrevem as qualidades sensoriais da dor em termos de tempo, espaço, pressão e temperatura; as qualidades afectivas em termos de tensão, medo, e propriedades autonómicas que são parte da experiência de dor e a intensidade subjectiva da experiência total de dor com palavras avaliativas. Isto é, permite medir não só a qualidade, mas também a intensidade e localização da experiência dolorosa.

Tem sido usado com adolescentes, mas não é apropriado para crianças de outros grupos etários (Savedra et al, 1990).

Resumindo, neste capítulo da avaliação da dor, constatou-se que para se tentar fazer um estudo objectivo de compreensão sobre a dor - fenómeno multidimensional e subjectivo na sua essência, é necessário integrar um conjunto vasto de informações. Em 1991, Vetter defendia que nenhum método isolado era ideal para a avaliação da dor aguda da criança, sendo portanto fundamental que a avaliação da dor da criança seja multidimensional .

No mesmo sentido, Hester (2000) diz que apesar das limitações das escalas de auto-avaliação, esta é a abordagem com maior credibilidade no momento e Craig (1992, cit. por Hester, 2000), acrescenta que a observação comportamental e os parâmetros fisiológicos, se bem que não sejam tão fiáveis, podem completar a auto-avaliação da dor feita pela criança. Também o envolvimento dos familiares no processo de avaliação deve ser encorajado e, no caso, das crianças submetidas a cirurgia ambulatoria, a avaliação dos pais é particularmente importante, por serão eles os responsáveis pelo alívio da dor das crianças após a alta (Knight, 1994).

A combinação destas abordagens poderá facilmente proporcionar o “*gestalt*” clínico necessário para as decisões terapêuticas (Vetter, 1991:37).

3.4 - O TRATAMENTO DA DOR

A dor tem de ser tratada porque é uma questão ética de humanismo (Pereira, 1997; Schechter, 1997). Em relação às crianças, somos concordantes com McCaffery e Beebe (1997) quando afirmam que a falta de tentativas para proporcionar o alívio da dor nas crianças é abusiva e antiética.

A dor deve ser tratada desde o nascimento para prevenir a fisiopatologia do sistema nociceptivo, que consiste na alteração do desenvolvimento normal da resposta comportamental ao estímulo doloroso com o consequente aumento da vulnerabilidade à dor (Pereira, 1999).

No caso da dor pós-cirúrgica, os autores são unânimes na defesa de que o seu tratamento diminui o stress cirúrgico, promove a cura e previne a ansiedade e o pavor de procedimentos futuros (Melzack e Wall, 1987; Schechter, 1997; Diamond e Conian, 1997). Bertocchi (1999) acrescenta que o tratamento da dor pós-operatória tem como objectivos, assegurar o melhor conforto à criança, favorecendo a hospitalização mãe/criança e utilizando de preferência a cirurgia ambulatoria.

A sensação de dor após uma lesão varia grandemente de pessoa para pessoa. Utentes da mesma idade, peso, sexo, que sofrem intervenções cirúrgicas semelhantes requerem doses muito diferentes de analgésicos para a obtenção do mesmo grau de alívio de dor. Parte desta variação poderá dever-se a diferenças na distribuição e no metabolismo dos analgésicos mas, também existe uma grande variação no grau de dor e na sensibilidade de diferentes pessoas aos efeitos dos analgésicos (Diamond e Conian, 1997).

Sendo a dor um fenómeno multidimensional, também a seu tratamento terá de o ser.

Melzack e Wall (1987: 323) referem que “...a dor pode ser aliviada, não só tentando manipular o influxo sensitivo, mas também influenciando os factores cognitivos e motivacionais”. Assim, de acordo com Pereira (1997: 19), “... o tratamento da dor implica a selecção e administração adequadas de fármacos dirigidos ao fenómeno sensorial, mas, também uma abordagem cognitiva e comportamental, que vise a identificação e modificação dos factores positivos e negativos interferentes na edificação

do quadro doloroso”. É, pois, uma abordagem bio-psico-social que tem como objectivo promover atitudes e comportamentos de ajustamento à dor, que contribuirá para uma melhor participação da criança no processo de tratamento e para uma atitude e comportamentos mais positivos em relação a cuidados de saúde futuros.

Existem, assim, dois tipos de intervenções que tratam quase todas as dores: o uso de estratégias não-farmacológicas, que incluem a estimulação sensorial e as medidas cognitivo-psicológicas, e o uso de estratégias farmacológicas com a utilização de medicamentos (Melzack e Wall, 1987; Elhart et al., 1983; McCaffery e Beebe, 1997). As intervenções não-farmacológicas e farmacológicas podem ser combinadas, isto é, por exemplo, a distração pode ser usada em conjunto com a medicação (Savedra et al., 1990). De acordo com Raposo (1997), a utilização de ambas as intervenções visa bloquear a transmissão da dor, reduzir a sua percepção e produzir integração na experiência dolorosa. Esta utilização conjunta, permite um aumento da sua eficácia (Wong, 1999).

3.4.1 - Estratégias Não-Farmacológicas

Como o próprio nome indica, são intervenções que não envolvem o uso de medicamentos. São intervenções independentes da enfermagem, o que proporciona grande facilidade na sua utilização. Actuam inibindo ou modulando a transmissão do estímulo nociceptivo ou aumentando o controle descendente do cérebro para a medula espinal. Podem ser utilizadas numa grande variedade de situações, tais como períodos breves de dor aguda ou dor crónica, que ocorrem entre a administração de analgesia e o advento do efeito. São úteis para acalmar a ansiedade e a angústia reduzindo significativamente o desconforto da criança (Schechter, 1997). Estimulando a participação nestas técnicas, permitimos que as crianças simultaneamente recuperem controlo sobre si, diminuam a sua ansiedade, desviem a sua atenção da dor, adquiram um estado de maior relaxamento, o que, por conseguinte, diminui a sua percepção da dor (Pederson e Harbaugh, 1995; Vessey e Carlson, 1996). Mas, estas estratégias não devem substituir os medicamentos, salvo no caso de dor ligeira (Besner, 1991). Nenhuma destas estratégias tornam cooperativas as crianças que estejam a sofrer em silêncio (Zelter et al, 1989 cit. por Wong, 1999). Devemos sobretudo ver estas estratégias como complementos dos analgésicos (McCaffery e Beebe, 1997). Podem ser eficazes quando utilizadas isoladas ou em conjunto com as

estratégias farmacológicas e podem ser ensinadas às crianças e pais (Pederson, Harbaugh, 1995).

Embora as intervenções não-farmacológicas, nomeadamente, os emplastros, a massagem, a acupuntura tenham sido usadas através da história para aliviar a dor, quer nas civilizações Ocidentais quer Orientais, elas passaram a ser menos utilizadas no Ocidente com a descoberta dos opióides e de outros analgésicos durante o final do século XIX e início do século XX (Vessey e Carlson, 1996).

Actualmente, estas intervenções têm vindo a ser redescobertas e podem ser agrupadas em três tipos:

Estratégias sensoriais – referem-se àquelas técnicas que inibem os estímulos nociceptivos e activam os mecanismos internos de inibição da dor, através da estimulação cutânea de diferentes locais do corpo, tais como: a aplicação de calor ou frio, a utilização da fricção rítmica, o uso da pressão, o uso da massagem, a aplicação de corrente eléctrica fraca (TENS), o posicionamento, o permitir a sucção nos bebés ou o molhar dos lábios no caso de secura de mucosas no pós-operatório (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997).

A acção desta categoria de estratégias resulta do bloqueio da transmissão dos estímulos nociceptivos ao longo das vias do sistema nervoso periférico e central, ou da activação dos mecanismos endógenos de inibição da dor (McGrath et al. 1990, cit. por Hester, 2000). Para Burr (1988), estas estratégias ajudam no conforto e na diminuição da dor da criança . Têm sido largamente utilizadas em pediatria, mas a maior parte da informação que temos acerca delas tem sido extrapolada da literatura dos adultos, porque pouca investigação tem sido conduzida com a população pediátrica.

Estratégias cognitivas – referem-se àquelas técnicas em que o alívio da dor resulta da atenção da criança ficar totalmente focada numa ideia ou imagem desviando a sua atenção do estímulo doloroso, o que, conseqüentemente, altera ou diminui a sensação dolorosa. Neste grupo estão incluídas a hipnose, a imaginação guiada, a intelectualização, as orações, o parar de pensar e o humor.

Estas estratégias estão mais dependentes do nível de desenvolvimento da criança do que as sensoriais e as cognitivo-comportamentais. Requerem que a criança tenha um certo nível de maturidade cognitiva, use pensamento simbólico e seja capaz de comunicar verbalmente. Estas técnicas são particularmente úteis com a dor crónica e a dor dos

procedimentos. A maioria destas técnicas não têm sido testadas empiricamente com a população pediátrica (Vessey e Carlson, 1996).

Estratégias cognitivo-comportamentais – referem-se a técnicas que combinam actividades físico-cognitivas que alteram ou inibem as sensações dolorosas.

Como vimos no ponto dois ponto quatro (2.4) da revisão bibliográfica, a percepção da dor não está apenas limitada ao estímulo fisiológico, mas também inclui as componentes de desenvolvimento, fisiológica, cultural e situacional. Pela modificação destas influências, é possível diminuir aquelas que desencadeiam, mantêm ou agravam a dor da criança.

Neste grupo incluem-se várias estratégias: distração, jogo terapêutico, exercício, preparação psicológica para os procedimentos, técnicas de relaxamento, nomeadamente, os exercícios respiratórios e outras (Vessey e Carlson, 1996). Geralmente, estas intervenções aumentam a actividade física da criança, diminuem a ansiedade, e reduzem os comportamento mal adaptativos de coping, ao mesmo tempo que melhoram os comportamentos adaptativos de coping (Vessey e Carlson, 1996).

Quanto à sua especificidade, as estratégias não-farmacológicas dividem-se em dois grupos - **as estratégias gerais e as estratégias específicas** (Wong, 1999).

As Estratégias Gerais

São intervenções centradas na eliminação do stress decorrente da separação, perda de controle, lesão corporal e dor na criança e também na promoção de suporte aos pais, proporcionando-lhes informação. Têm como objectivo minimizar os potenciais efeitos negativos da hospitalização e promover benefícios da experiência. São estratégias eficazes com a maioria das crianças.

Em pediatria, o nosso utente é sempre a criança/pais, pois estes são os responsáveis pela criança e, quanto mais pequena é a criança maior, a proximidade entre eles. Assim as nossas intervenções devem ser dirigidas à criança, aos pais, ou a ambos simultaneamente (McGrath e Craig 1989, cit. por Vessey e Carlson, 1996). No caso da dor, as expectativas que a criança e pais têm a seu respeito, podem, involuntariamente, agravar a situação. Por exemplo, parece que a ansiedade é contagiosa entre a criança e pais. A ansiedade exacerba a dor. Se a ansiedade dos pais for reduzida, será menos comunicada à criança e, concomitantemente, a diminuição da dor da criança pode ser uma realidade.

Assim, as estratégias gerais incluem:

- *Estabelecimento de uma relação de confiança com a criança/pais ou pessoa significativa*

De acordo com Strumeyer (1999), a relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o utente é determinante para o assumir da responsabilidade de controlo da dor. Estar receptivo à queixa dolorosa é o sinal duma melhor qualidade de escuta da parte dos profissionais de saúde. As atitudes dos profissionais devem ser de consideração da dor da criança, mostrando preocupação pelo relato de dor da criança, avaliando a dor, observando, questionando e registando factores como a localização, duração, intensidade e o que agrava ou alivia a dor (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997). Também a presença frequente e a disponibilidade da/o enfermeira/o asseguram confiança ajudando a tranquilizar.

Criar uma relação de confiança implica, não só, a preocupação com a criança, o que envolve toda a prática de perguntar, acreditar, aceitar, explicar e ensinar a criança, de forma a desenvolver nela o amor-próprio e a confiança, mas também, implica desempenhar um papel activo na procura de estratégias para o controlo eficaz da sua dor.

Esta auto confiança permite que a criança desenvolva estratégias que lhe dão um certo controlo sobre o seu sofrimento, o que indirectamente irá diminuir a percepção da dor (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997).

- *"Preparação psicológica" da criança/pais para procedimentos potencialmente dolorosos*

É uma estratégia cognitivo-comportamental que deve ser sempre utilizada antes dos procedimentos. No caso da criança que vai ser submetida a intervenção cirúrgica, esta estratégia é referida por diversos autores como eficaz. O seu objectivo é ajudar a criança a antecipar, a lidar e a ganhar algum domínio sobre os procedimentos a que vai ser submetida durante a hospitalização (Vessey e Carlson, 1996).

Para Diamond e Conian (1997) uma cirurgia gera medo e ansiedade e assim, a perspectiva da cirurgia e o seu resultado podem gerar vários processos psicológicos, criando uma ansiedade considerável, medo, depressão, pensamentos inapropriados e alterações do comportamento que acompanham a dor, o que aumenta a perturbação subjectiva que ela causa, podendo tornar a dor mais intensa ainda.

A preparação pré-operatória adequada reduz estes efeitos e, por conseguinte, também a dor e o sofrimento associados à cirurgia, devendo constar de esclarecimentos tranquilizantes, enfatizando que as técnicas modernas de alívio da dor impedem que ela apareça após a cirurgia (Burr, 1988; Diamond e Conian, 1997; Gonçalves, 1997; Schechter, 1997).

Na criança, a preparação deve ser adequada ao seu desenvolvimento, incluindo informação cognitiva e sensorial individualizada à sua personalidade, isto é, se habitualmente procura ou evita informação em situações desconhecidas.

A preparação baseia-se no princípio de que o stress ocasional, resultante de situações desconhecidas, desencadeia mais ansiedade e é mais difícil de enfrentar do que o stress previsível.

Sempre que possível devem usar-se expressões que não utilizem a palavra dor, como por exemplo: aquela zona parece mais sensível, em vez de dizer, que fica com dor naquela zona. Isto permite à criança variações de percepção sensorial e evita a sugestão de dor.

Devem ser utilizadas técnicas de narrativa e ou dramatização, que procuram dar mais informação à criança acerca do procedimento a que irá ser submetida e, assim, reduzir a ansiedade. Os exemplos incluem a explicação do procedimento num animal de peluche ou num boneco; contar uma história sobre o assunto com o auxílio de imagens; proporcionar que a criança fale com outra criança que tenha sido submetida ao mesmo procedimento; visitar a sala de operações; ver um filme sobre o procedimento. Tudo isto gradualmente aproxima a criança do procedimento para lhe dar mais conforto e confiança (Schechter, 1997).

- *Presença e envolvimento dos pais ou pessoa significativa* - a sua presença e o envolvimento deve ser encorajado, e é essencial (AHCPR, 1992)

Quando os pais são incluídos no planeamento de cuidados aos filhos eles têm a certeza de que são um factor que contribui para a sua recuperação, o que lhes dá maior capacidade emocional para lidar com a situação mas também para apoiar os filhos durante a crise. São, habitualmente, as mães que cuidam das crianças e também são elas que mais tempo permanecem com as crianças no hospital. Contudo, nem todas as mães se sentem bem em assumir responsabilidade pelos cuidados dos seus filhos. Algumas podem estar sob stress emocional e podem necessitar de algum tempo até conseguirem participar nos cuidados;

outras podem sentir insegurança na participação em áreas especializadas de cuidados, como seja, por exemplo, dar banho ao filho após a cirurgia (Wong, 1999) .

Torna-se necessário avaliar em que é que os pais querem participar e, de acordo com Johnson et al (1992, cit. por Wong, 1999) os pais, devem ser preparados e apoiados na realização desses cuidados. Encorajar os pais a reassumirem o seu papel essencial nos cuidados aos filhos é muitas vezes necessário, pois os pais podem sentir-se pouco importantes e impotentes nos cuidados aos seus filhos quando os profissionais “tomam conta” deles (Ahmann, 1996 cit. por Wong, 1999).

Com a presença e o envolvimento dos pais, as crianças sentem-se mais seguras e demonstram a dor mais facilmente o que lhes dá alguma forma de controlo sobre a situação que estão a viver (AHCPR, 1992; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997). Devem encorajar-se os pais a falar suavemente e a permanecer junto à cabeceira dos seus filhos. Também se pode e deve ensinar aos pais técnicas não-farmacológicas que podem usar para os confortar os filhos durante os episódios de dor aguda.

Geralmente, os pais são melhores na previsão de como a criança reagirá perante a dor, assim como na identificação do desconforto da criança (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997).

Os pais, mas principalmente a mãe, podem ser um factor importante no alívio da ansiedade da criança, aumentando o limiar da dor e contribuindo para um recobro mais rápido (Lynn, 1986 cit. por Wallace, 1999).

- *A intervenção no ambiente* - se a criança e a família estiverem calmas, a experiência de dor será menos intensa (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997). A intervenção no meio envolvente inclui a diminuição ou eliminação dos estímulos negativos - o ruído, a luminosidade excessiva especificamente no pós-operatório imediato. A presença de objectos significantes ou securizantes junto da criança é outra das formas de intervir no ambiente envolvente. Estes objectos (cobertor, brinquedo, chupeta, biberon, peça de vestuário ou outro), possibilitam a ligação da criança com o ambiente familiar, o que lhes dá conforto e tranquilidade e, por último, dá-lhes alguma forma de controlo sobre a situação que estão a viver (AHCPR, 1992; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997; Wong, 1999). Não são só as crianças mais pequenas mas também as mais velhas beneficiam da presença destes objectos. É sabido que cerca de metade das crianças em idade escolar têm um objecto especial com o qual estabeleceram uma vinculação em idade muito precoce do

desenvolvimento, o que é um fenómeno normal e saudável. Por isso, quaisquer destes objectos pode ajudar mesmo as crianças mais velhas a sentirem-se mais confortáveis num ambiente estranho.

As Estratégias Específicas

Estas estratégias são mais eficazes com umas crianças do que com outras. A maior parte destas estratégias requerem a compreensão e a cooperação das crianças. A sua utilização deve ser adequada à idade da criança, intensidade da dor e às suas habilidades, muitas vezes determinantes para que a estratégia seja eficaz (Wong, 1999; Vessey e Carlson, 1996).

Na selecção da estratégia é melhor usar a que seja familiar para a criança. Os pais devem ser envolvidos nesta selecção pois eles estão familiarizados com as estratégias habituais de coping da criança e assim podem ajudar na sua escolha e implementação (Wong, 1999) .

As estratégias específicas mais comuns para o alívio da dor aguda são a distração, o relaxamento, a estimulação cutânea e imaginação orientada, e também uma estratégia parecida com a hipnose que requer uma formação e um treino especial para uma utilização eficaz (McCaffery, 1979 cit. por Savedra 1995; Burr, 1988).

Destas estratégias, a mais frequentemente utilizada pelas enfermeiras pediátricas é a *distração* – estratégia cognitivo-comportamental (Burokas, 1985; Hamers et al, 1994; Pederson e Harbaugh, 1995; Vessey e Carlson, 1996). Para a sua utilização é necessário que a criança e os pais sejam envolvidos na identificação do que distrai a criança. Pode incluir estratégias, como: dizer à criança para apertar a nossa mão ou a dos pais; conversar com a criança sobre o seu animal de estimação, a família, a escola, os seus interesses, coisas engraçadas, ou cenas agradáveis; contar ou ler histórias; jogar um jogo; utilizar rádio, gravador e TV para a criança ouvir música e ver desenhos animados ou filmes.

A distração deve ser utilizada para dores de curta duração. Desta forma, a enfermeira pode utilizá-la no momento em que faz o penso, mobiliza a criança, dá a injeção ou durante um exame doloroso. Pode igualmente ser usada após a administração do analgésico para aliviar a dor até ao momento em que o medicamento começa a fazer efeito (Besner, 1991).

Alguns enfermeiros pensam que esta estratégia constitui um modo eficaz de aliviar a dor. Outros acham que é uma solução temporária, mas não suficiente, e outros ainda pensam na distração, mais como um método de avaliação, do que alívio da dor (Savedra et al., 1990).

Uma outra estratégia específica bastante usada pelas/os enfermeiras/os com as crianças durante os procedimentos dolorosos são os *exercícios respiratórios* (estratégia cognitivo-comportamental). Consiste em pedir à criança para respirar profundamente, inspirando pelo nariz e expirando lentamente pela boca, ou então, respirar conjuntamente com a criança. Esta técnica pode ser usada em dores episódicas, tais como: dor pós-operatória, dor por espasmos da bexiga, e também em dores decorrentes de procedimentos (Vessey e Carlson, 1996).

O *Contrato comportamental informal* é outra das estratégias específicas, utilizada com crianças com 4 - 5 anos ou mais (Wong, 1999). Consiste em recompensar o comportamento da criança com um emblema ou uma lembrança, ou em dar tempo para completar um procedimento a uma criança não colaborante ou que adia um procedimento, ou ainda, em reforçar a cooperação da criança com uma recompensa quando o acordo estabelecido é alcançado.

Estas técnicas visam modificar os pensamentos, as emoções e os comportamentos, baseando-se na hipótese segundo a qual as emoções e comportamentos são grandemente influenciados pelos pensamentos permitindo, de acordo com Besner (1991), a reestruturação cognitiva, isto é, a aprendizagem de capacidades para adaptação.

Embora as crianças não se envolvam por si sós nestas estratégias durante os processos dolorosos, reagem positivamente se os adultos as sugerem e dirigem (Elliot e Olson, 1982 cit. por Wallace, 1989). Deste modo, as enfermeiras devem cada vez familiarizar-se com estes métodos, já que muitas vezes os usam sem darem por isso (Besner, 1991).

3.4.2 - Estratégias Farmacológicas

A responsabilidade do controlo farmacológico da dor é da inteira responsabilidade da equipa de saúde. Cada membro possui um corpo único de informação, mas alguns conhecimentos são partilhados por todos. As pessoas envolvidas são a maioria das vezes o

médico, o enfermeiro e o utente cada um com uma contribuição única para o controlo farmacológico. A prescrição médica dos analgésicos é influenciada pela patologia do utente; as recomendações de enfermagem acerca das mudanças nos analgésicos são baseadas na avaliação das respostas do utente e o utente contribui comunicando a dor que sente.

No entanto, diferentes autores têm verificado que médicos e enfermeiros demonstram tendência para serem inflexíveis na utilização dos analgésicos. Baseiam as doses naquilo que o utente deve precisar e não naquilo que o utente precisa. As doses e as frequências de administração assentam mais na tradição, do que na observação dos utentes e das suas respostas ao tratamento. Neste sentido, Diamond e Conian (1997: 34) referem que *"...se, se verificar que a dose de analgésicos que pensamos ser suficiente não o é, acusamos o paciente de exagero, de chamar a atenção ou até de se ter tornado dependente dos analgésicos"*.

O uso de analgésicos na dor pós-operatória nas crianças – breve evolução cronológica

A inadequada gestão farmacológica da dor da criança tem sido demonstrada há muitos anos.

O objectivo dos analgésicos é o de eliminar ou pelo menos diminuir a dor e permitir à criança relaxar e descansar e, simultaneamente, fazer desaparecer o medo que a dor regresse.

Contudo, a orientação farmacológica, no que diz respeito às crianças, apresenta na prática, dilemas e variações. Comparativamente com os adultos há menos estudos duplamente cegos sobre os analgésicos e sua farmacocinética nas crianças (ex: a semi-vida e absorção não estão bem compreendidas nas crianças). Alguns analgésicos ainda não foram licenciados para usar nas crianças o que não significa necessariamente que não possam vir a ser usados (McCaffery e Beebe, 1997).

As alterações da maturidade dos diferentes órgãos parecem ter um efeito impressionante na resposta às drogas, mas estão ainda pouco compreendidas (Stewart e Hampton, 1987 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).

Em relação aos analgésicos narcóticos e não-narcóticos, a possibilidade de efeitos adversos, duração prolongada da acção e necessidade de doses mais baixas nas crianças comparativamente com os adultos podem ser explicadas, em parte, por algumas das

diferenças fisiológicas das crianças¹. McCaffery e Beebe (1997) referem que ao longo dos anos têm sido introduzidas muitas fórmulas para calcular as doses pediátricas dos medicamentos, baseadas no reconhecimento de que existem diferenças fisiológicas entre as crianças e os adultos. Contudo, a mesma autora diz que é preciso recordar que estas fórmulas de cálculo das doses analgésicas não foram verificadas pela investigação, constituindo simplesmente orientações. Apesar do alívio da dor ser um valor ético fundamental, a terapêutica da dor continua a ser um dos aspectos dos cuidados de saúde que não tem vindo a receber a devida atenção, especialmente nas crianças (Pereira, 1997). Há pouco mais de 30 anos, num estudo realizado com 60 crianças operadas, foi constatado que apenas duas dessas crianças fizeram analgésicos no pós-operatório. Os investigadores defendiam que *"... os meninos raras vezes necessitam de prescrições para alívio da dor. Toleram bem as lesões. O menino dirá que não se sente bem ou que está incomodado e que quer a presença dos pais, mas raramente relacionará isto com a dor"* (Swafford Y Allen, 1968 cit. por Schechter, 1989: 846)

Nos anos 70, foi geralmente admitido que os recém-nascidos não eram capazes de sentir e/ou recordar a dor. Isto justificava uma prática de uma anestesia sem analgesia (Bertocchi, 1999). Foi o que aconteceu em meados dos anos 80 com o recém-nascido Lawson, operado por persistência do canal arterial com uma anestesia que consistia apenas

¹ Diferenças fisiológicas das crianças:

- A função renal – no recém-nascido o fluxo sanguíneo renal é mais baixo e a capacidade de filtração glomerular é cerca de metade da do adulto. Contudo o sistema renal fica maturo muito rapidamente e atinge um estado de funcionamento comparável com o do adulto pelos 6-12 meses (Pagliaro e Pagliaro, 1986 cit. por McCaffery e Beebe, 1997; Gonçalves, 1997). A clearance (remoção) da morfina alcança ou supera o nível do adulto pelo mês de idade (Lynn e Slattery, 1987 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).
- A função hepática – ao nascimento algumas enzimas produzidas pelo fígado e responsáveis pelo metabolismo das drogas são reduzidas e, assim algumas drogas, como a morfina, activando os mecanismos internos de inibição da dor, podem ser metabolizadas mais lentamente no recém-nascido e ter um tempo de acção mais prolongado (Lynn e Slattery, 1987 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).
- Ligação às proteínas – muitas drogas ligam-se às proteínas do plasma deixando uma parte da droga livre para circular. Antes dos 2 anos de idade o mecanismo de produção de albumina não está completamente desenvolvido e a diminuição das proteínas circulantes, potencialmente resulta num maior efeito da droga, devido a concentrações altas ou à droga livre, com maior risco de efeitos tóxicos. Os analgésicos não narcóticos que se ligam às proteínas e que provavelmente estão associados com efeitos farmacológicos aumentados, incluem o ibuprofeno, naproxen, indometacina e piroxicam (Flower, Moncada e Vane, 1985 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).
- Receptores imaturos – algumas drogas parecem ter um efeito mais forte ou fraco nas crianças do que nos adultos. Tem sido sugerido que isso pode ser devido a alguns receptores das drogas que não estão completamente desenvolvidos nas crianças. Contudo, actualmente não existem pesquisas que suportem esta suposição (Pagliaro e Pagliaro, 1986 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).

na administração de curare para assegurar a sua imobilidade. A mãe indignada, fez apelo à imprensa norte-americana que se interessou pela situação. Como resultado, houve debates que suscitaram uma reavaliação da anestesia pediátrica, a melhoria dos conhecimentos sobre a dor e a sua expressão no bebé, e o desenvolvimento de novas técnicas de analgesia (Bertocchi, 1999).

Por outro lado, em relação à administração de analgesia, foi também verificado que a criança era obrigada a esperar pelo analgésico, mais tempo que o necessário, enquanto os enfermeiros se ocupavam com tarefas menos importantes (Schultz, 1971 cit. por Burr, 1988).

Quanto à quantidade de analgésicos administrados às crianças, em 1975, foi constatado num estudo realizado com 25 crianças operadas, que apenas metade das crianças receberam analgesia no pós-operatório (Eland, 1975 cit. por Schechter, 1997) Também em 1977, numa pesquisa desenvolvida com crianças submetidas a cirurgia cardíaca, foi encontrado que 52% das crianças não receberam qualquer analgésico e que, em comparação com adultos em condições idênticas, as crianças tomavam o equivalente a 4% dos analgésicos indicados, enquanto os adultos tomavam 96% (Eland e Anderson, 1977 cit. por Burr, 1988).

Outros estudos compararam a administração de analgésicos em adultos e em crianças em situações dolorosas similares e constataram que às crianças eram dados menos analgésicos do que aos adultos, apesar da intensidade de dor não ter sido avaliada (Beyer et al. 1983 e Schechter, Allen e Hanson, 1986 cit. por McCaffery e Beebe, 1997). Verificaram, igualmente que, no pós-operatório, as crianças apenas recebiam metade dos analgésicos dos adultos em situações semelhantes.

Eland, em 1985 (cit. por Niven, 1994) constatou que 66% das crianças dos 4 aos 10 anos hospitalizadas independentemente do motivo, nos E.U.A, não recebiam analgésicos para alívio da dor. A mesma autora comparou 18 adultos com 18 crianças hospitalizadas para procedimentos cirúrgicos similares e verificou que as crianças receberam 24 doses de analgésicos (13 não-opioides e 11 opioides) e os adultos 671 doses (299 não-opioides e 372 opioides).

Parece que, quando as crianças têm prescritos analgésicos não-opioides e opioides, existe uma tendência para os enfermeiros seleccionarem os não-opioides (McCaffery e Beebe, 1997).

Quanto à intensidade da dor, foi constatado, num estudo efectuado com 170 crianças submetidas a cirurgias da cavidade abdominal, otorrino e oftalmológicas, que cerca de 41% das crianças sofreram dor moderada a intensa nas primeiras 24 horas do pós-operatório, e 37% nas segundas 24 horas. As causas encontradas para estes resultados foram a ausência de prescrição, a prescrição preferencial de fármacos não-opioides, a predisposição para administrar a menor quantidade possível e a interpretação erradas das reacções de fuga das crianças, que foram entendidas como atitudes de coping em vez de medo das picadas necessárias para a administração de analgésicos injectáveis (Mather e Mackie, 1993 cit. por Pereira, 1997).

Num pequeno estudo exploratório que realizámos em Julho de 1999 em dois hospitais centrais: (um pediátrico e outro geral) foram consultados os processos de 14 adultos e 14 crianças operados entre Janeiro/Maio e Março/Junho de 1999 respectivamente, por diagnósticos de fimose, hérnia inguinal, hérnia umbilical, hidrocele e criptorquidia, com o objectivo de identificar o tipo e a quantidade de analgésicos administrados às crianças, comparativamente com os adultos em circunstâncias semelhantes.

Nos adultos foram encontrados os seguintes resultados:

- receberam no total 35 doses de analgésicos, desde a saída do B.O até às 6 horas do pós-operatório, dos quais 15 foram opioides e 20 não-opioides, todos administrados por via endovenosa (IV).
- tinham prescritos pelo menos 2 analgésicos por via IV para o pós-operatório, dos quais 1 era opioide fraco (Tramadol) e 1 não-opioide (Paracetamol). No caso de terem sido prescritos dois não-opioides, o segundo era um analgésico anti-inflamatório não-esteróide (AINES). Quanto à frequência de administração, pelo menos um dos analgésicos estava prescrito de 8/8 ou de 6/6 horas, e o outro em SOS.
- dos analgésicos administrados 16 foram administrados antes do utente sair do Bloco Operatório e 19 entre a 1ª e a 6ª hora do pós-operatório.

Nas crianças verificou-se que:

- receberam no total 15 doses de analgésicos, sendo também que em 7 crianças com o objectivo de analgesia pós-operatória foram feitas infiltrações dos bordos da ferida operatória com Lidocaína a 1% sem adrenalina. Dos analgésicos administrados, 2 eram opioides fracos (Tramadol) sendo que 1 foi administrado por via intravenosa

(IV) e outro por via intramuscular (IM). Os restantes 13 eram não-opiídeos (Paracetamol) e foram administrados por via rectal. Todos estes analgésicos foram administrados no B.O.

- quanto à prescrição médica para o pós-operatório, 5 crianças não tinham prescrição e 9 tinham prescrito Paracetamol supositório, sendo que destes apenas 3 foram prescritos com frequência de 6/6h ou de 8/8h e os restantes eram SOS.
- não se encontraram registos de administração de analgésicos, no pós-operatório.

Em resumo, as crianças fizeram menos de metade das doses de analgésicos dos adultos (40%), e na sua quase totalidade foram administrados por via rectal, enquanto que nos adultos foram todos administrados por via IV. A quantidade de opiídeos administrados às crianças representou 13 % dos administrados aos adultos. Parece-nos que, mesmo na ausência de registo de avaliação da dor, estes resultados apontam para um subtratamento da dor da criança.

Neste sentido McCaffery e Beebe (1997) baseadas em estudos em que os adultos relataram a sua dor após a administração de analgésicos, constataram que, em muitas situações, os adultos sofriam dor moderada a intensa pela subutilização de narcóticos. Assim, segundo as mesmas autoras, mesmo na ausência de relatos de dor das crianças, o registo do número de analgésicos sugere fortemente que as crianças, não só estão subtratadas para a dor, mas também estão subtratadas numa maior dimensão que os adultos. Pereira (1997), acrescenta que se continuava a observar uma tendência para a subterapêutica da dor da criança relativamente ao adulto, e do recém-nascido relativamente às crianças mais velhas.

No caso da dor pediátrica pós-operatória, os conceitos errados referidos atrás, associados à não avaliação da intensidade da dor, à inadequação do tempo para a avaliação, à impossibilidade da criança para manifestar a magnitude da sua dor, à inadequada compreensão do comportamento das crianças por parte dos profissionais e à não prescrição médica de analgésicos, terão feito com que as crianças recebessem significativamente menos analgesia que os adultos, durante e após as intervenções, persistindo o subtratamento da dor como um problema significativo, apesar de terem aumentado os conhecimentos sobre a sua gestão (Prado e Bardají, 1997). Contribuem também para esta situação, as atitudes da sociedade em geral e entre os médicos em particular, que desconsideram a importância da gestão da dor da criança (Schechter, 1997).

Princípios da terapêutica farmacológica analgésica nas crianças

Para McCaffery e Beebe (1997:55), “*o modo como um analgésico é utilizado é provavelmente mais importante do que qual é utilizado*”. Assim, de acordo com a mesma autora, para que a terapêutica analgésica seja eficaz, existem três aspectos que devem ser tidos em consideração:

A. Usar uma abordagem preventiva

Uma abordagem preventiva significa que o analgésico deve ser dado regularmente. Esta é a abordagem recomendada para o controlo da dor pós-operatória e, citando Gonçalves (1997:164), “*... a gestão da dor em cirurgia pediátrica tem como melhor tratamento a prevenção do seu aparecimento*”.

Os analgésicos devem ser prescritos e administrados de acordo com um horário, isto é, antes que a dor ocorra ou antes que aumente (Burr, 1988; Raposo, 1997). A gestão eficaz da dor está baseada na premissa de que dor constante precisa de analgesia constante (Wong, 1999).

Se a dor é previsível, o analgésico deve ser dado antes do início da dor e devem ser instituídas doses regulares depois da determinação da duração da acção do analgésico na criança (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997). Por exemplo, se o estado da criança está estável, o narcótico pode ser dado durante a cirurgia ou na sala de recobro antes da criança acordar.

Se a dor está latente durante as 24 horas, isto pode significar ter de acordar a criança durante a noite para lhe administrar o analgésico, evitando assim que a dor a acorde.

Esta abordagem tem os seguintes benefícios :

- a criança passa menos tempo com dor, ganhando energia para restabelecer-se, por exemplo, no pós-operatório imediato consegue voltar-se, tossir e fazer inspirações profundas (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997). Permite também o bem estar da criança, a redução no consumo de oxigénio e a regularização do aparelho cardio-respiratório (Gonçalves, 1997);
- as doses de analgésico podem ser menores do que se for permitido que a dor aumente ou se torne intensa (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997);
- esperam-se menos efeitos secundários para as doses baixas dos analgésicos (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997);

- diminui a ansiedade relacionada com o retorno da dor, apagando a memória da dor e fazendo desaparecer o medo antecipado do seu regresso (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997);
- diminui a preocupação acerca da obtenção de alívio, diminuindo assim o desejo do medicamento para o alívio da dor (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997);
- permite um aumento global nas actividades do utente (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997);
- evita traumas psicológicos que afectem a criança no futuro (McCaffery e Beebe, 1997; Gonçalves, 1997; Schechter, 1997).

Pelo contrário, a prescrição em SOS (se necessário) é um tipo de prescrição ocasional. É utilizada quando a dor não pode ser prevista, o que requer a avaliação regular da dor. Quando este modo de prescrição ocorre, também deve ser usado numa perspectiva preventiva, isto é, logo que a dor se inicie e antes que fique fora de controlo (McCaffery e Beebe, 1997).

Este tipo de prescrição provoca irregularidades na concentração do fármaco no sangue e também desconforto e ansiedade do utente pelo fármaco, uma vez que este apenas lhe será administrado quando a dor existir (Raposo, 1997).

A prescrição de analgésicos em SOS, é entendida pelos médicos e enfermeiros como “o menos possível “ e, como tal, deve ser evitada (Yaster, 1988 cit. por Rodrigues, 1997; Schechter, 1997).

B. Cálculo individualizado da dose do analgésico "titrate to effect"

Os analgésicos são individualizados para cada utente. De modo a que o efeito desejado seja o alívio da dor com o menor número de efeitos secundários (Schechter, 1997). Assim, com base nas respostas específicas da criança, a dose, o intervalo entre doses, a escolha do analgésico e a via de administração são individualizadas. Para McCaffery e Beebe (1997) e Schechter (1997), quando a criança não está apta para relatar a dor são os parâmetros de segurança do fármaco o principal guia para o cálculo de qualquer daqueles aspectos. Por exemplo, se há suspeita de dor, a dose de narcóticos pode continuar a ser aumentada até os efeitos secundários se tornarem um problema potencial. Para o último autor não existe uma dose certa, a dose certa é aquela que alivia a dor da criança (Schechter, 1997).

C. Analgesia controlada pelo utente (PCA)

O conceito chave da PCA pode ser definido como a auto-administração de fármacos para o controlo da dor por métodos considerados seguros, e também como a habilidade e vontade do utente para exercer esse controlo, visto que ele é o único que consegue sentir a dor que está a ser tratada (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997).

É um método eficaz e relativamente novo de administrar por via intravenosa analgésicos opióides. O desenvolvimento deste método de analgesia permitiu concretizar o velho objectivo terapêutico de ajuste da dose de fármaco de acordo com a necessidade do utente (Ferreira, 1993).

Todos os investigadores são unânimes em considerar esta técnica um método eficaz de controlar a dor, sendo necessário para a sua implementação adquirir perfusoras especiais, mas sobretudo despende algum tempo na formação do pessoal médico e de enfermagem.

As perfusoras permitem programar os parâmetros necessários para a administração endovenosa, subcutânea ou epidural de analgésicos: dose, velocidade de administração e intervalo mínimo de segurança entre as doses (lock-out interval), assim como, registam a dose acumulada de fármaco administrado e o número de pedidos de administração do utente (Ferreira, 1993; Cardoso, 1999). Os fármacos mais utilizados neste tipo de administração são os medicamentos opióides: morfina, petidina e fentanil (Ferreira, 1993). As crianças podem ser ajudadas nesta tarefa pelo enfermeiro e pelos pais, participando assim activamente na gestão dos seus próprios cuidados (McCaffery e Beebe, 1997; Pereira, 1997). No caso da gestão da dor pós-operatória, o encorajamento e o ensino pré-operatório adequado, possibilitam que a partir dos 6-7 anos as crianças possam usar com independência a bomba de PCA para auto-administração de analgesia e assim obterem alívio da dor pós-operatória (Schechter, 1997).

Fármacos utilizados na gestão da dor peri-operatória na criança

Habitualmente fala-se em gestão da dor pós-operatória, mas na realidade dever-se-ia falar em gestão da dor peri-operatória, já que, como referimos, o melhor tratamento para a dor é a sua prevenção.

Com base na referida abordagem preventiva, e sendo a dor aguda uma combinação de lesão tecidular, de dor e ansiedade, a gestão da dor pós-operatória começa, então, no pré-operatório com a preparação psicológica da criança e pais para a cirurgia (estratégia não-farmacológica).

Seguindo a abordagem preventiva, Gonçalves (1997) defende que nas crianças mais velhas pode ser necessário a prescrição de um sedativo para dormirem tranquilamente na véspera da cirurgia. De acordo com esta autora, no dia da cirurgia, antes da anestesia geral infantil, deve ser administrada uma pré-medicação¹ por via oral, nasal ou rectal. O fármaco sedante tem como objectivo tranquilizar a criança, reduzindo a ansiedade pré-operatória (Ferreira, 1993; Gonçalves, 1997).

Durante o acto cirúrgico é importante que a criança tenha uma postura correcta na mesa operatória, que sejam evitadas compressões sobre os membros, tórax ou abdómen e que a técnica cirúrgica seja cuidadosa evitando os afastadores sempre que possível, afim de prevenir dores desnecessárias no pós-operatório (Gonçalves, 1997).

Dependendo da cirurgia a realizar, são usadas técnicas para anestesia e analgesia loco-regional que consistem na administração local, regional ou epidural de fármacos analgésicos, para alívio da dor no pós-operatório imediato e precoce. Estas técnicas, geralmente, são realizadas sob anestesia geral e permitem que a criança não tenha experiência dolorosa durante muitas horas de pós-operatório (Ferreira, 1993; Houck, 1997). O aumento em larga escala das cirurgias pediátricas realizadas em utentes ambulatoriais, aumentou o uso destas técnicas anestésicas (Houck, 1997). E os fármacos mais utilizados com este objectivo são os **anestésicos locais**² (Gomes dos Santos, 1997; Gonçalves, 1997; Schechter, 1997). Estes representam uma opção terapêutica a ter em consideração no processo doloroso. Actuam a todos os níveis do sistema nervoso (assim a sua concentração seja suficiente), bloqueando de uma forma reversível a condução do impulso nervoso (Pereira, 1997). De acordo com este autor, a instalação do bloqueio e a concentração mínima de anestésico local necessário para o obter, depende essencialmente do diâmetro das fibras e do seu grau de mielinização, de tal modo que, fibras espessas e mielinizadas requerem não só concentrações mais elevadas do fármaco, como também um maior tempo de instalação de bloqueio. Nas crianças, sendo o diâmetro da fibra

¹ Sedativos hipnóticos, a sedação ajuda a criança a relaxar, reduz a ansiedade e provoca amnésia (Rodrigues 1997). O midazolam é a benzodiazepina de primeira linha com acção rápida. A dose IV 0.05-0.1 mg/kg, oral 0.5 mg/kg, intranasal 0.4 mg/kg. A solução oral é feita adicionando xarope à preparação injectável. O Diazepam tem um efeito mais prolongado e é usado cada vez menos frequentemente.

² Para Gomes dos Santos (1997) os anestésicos locais são de grupos, éster ou amina, sendo este último, o grupo mais utilizado em anestesia regional em pediatria, dividindo-se em três classes:

- classe I, agentes de fraca potência e curta duração de acção (procaína e cloroprocaína)
- classe II, agentes de potência e duração de acção intermédia (lidocaína, mepivacaína, prilocaína)
- classe III, agentes de elevada potência e longa duração de acção (tetracaína, etidocaína, bupivacaína, ropivacaína).

evidentemente mais pequeno e a mielinização incompleta, há um acesso mais fácil do anestésico local à membrana axonal, constatando-se que para a obtenção de bloqueio motor ou analgesia são necessárias concentrações mais baixas do que as sugeridas para o adulto (bupivacaína a 0.25%, lidocaína a 1% e lidocaína a 2%), pois os bloqueios instalam-se mais rapidamente, sendo, no entanto, de menor duração (Gomes dos Santos, 1997; Gonçalves, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997).

Por conseguinte, a escolha destes fármacos para analgesia nas crianças, depende não só das suas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas, mas também dos seguintes factores: características da criança (idade, patologia associada, história familiar, vias de administração possíveis); características químicas dos fármacos e respectiva toxicidade; características do acto cirúrgico (tipo de cirurgia, previsibilidade de duração, nomeadamente, em cirurgia do ambulatório); efeitos clínicos (principalmente a sua potência, o tempo de início de acção, a duração da acção, os seus efeitos tóxicos); finalmente, a utilização, ou não, de adrenalina como adjuvante³ (Gomes dos Santos, 1997; Gonçalves, 1997).

Os anestésicos locais mais frequentemente utilizados para o alívio da dor nas primeiras horas pós-cirurgia em pediatria são a Lidocaína⁴ e a Bupivacaína⁵, ambos do grupo amida dos anestésicos locais, não escondendo o quadro clínico, uma vez que a dor visceral não é abrangida (Gonçalves, 1997; Gomes dos Santos, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997; Cardoso, 1999). A duração de acção mais prolongada da bupivacaína faz com que seja o anestésico local preferido para os bloqueios sensitivos (Gonçalves, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997). A ropivacaína é o anestésico local mais recentemente comercializado entre nós e possui uma toxicidade cardíaca e do SNC inferior à da bupivacaína, sendo, portanto, mais seguro. A maior duração de acção e a menor toxicidade tornam-no num fármaco de escolha para analgesias epidurais de pós-operatório (Cardoso, 1999).

³ Para Gomes dos Santos (1997) o uso de adrenalina associada aos anestésicos locais nos bloqueios é geralmente aconselhado em pediatria (concentrações de 1/400.000 no recém-nascido e lactante e de 1/200.000 na criança com idade superior a um ano) pois ajudam a prolongar a acção dos anestésicos devido à vaso constrição (Pimenta e Branquinho, 2000), excepto nos bloqueios das regiões terminais.

⁴ A Lidocaína tem início de acção rápido entre os 2 e 5', a dose subcutânea é de 5-7 mg/kg (0.5 ml/kg de lidocaína a 1%) e a duração da acção após infiltração dos bordos da ferida operatória é de 60-120', com tempo médio de 96' (Gonçalves, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997).

⁵ A Bupivacaína tem início de acção mais lento, a dose subcutânea é de 2.0 a 3.0 mg/kg (0.5ml/kg de Bupivacaína a 0.5%) e a duração de acção mais prolongada 240-280', com tempo médio de 210' (Houck, 1997; Schechter, 1997). Quando injectada no espaço epidural ou subaracnoideu, a dose máxima de bupivacaína a 0.25% é 2.0 a 2.5 mg/kg (Houck, 1997).

De acordo com Gomes dos Santos (1997), os anestésicos locais podem ser administrados ao nível das estruturas nervosas periféricas, quer por aplicação tópica⁶, quer por infiltração dos bordos das feridas operatórias (nos músculos da parede abdominal através dos bordos laterais da incisão da pele) antes do encerramento⁷, quer por bloqueio periférico⁸ selectivo do próprio nervo ou feixe nervoso, ou ainda, através de bloqueios centrais⁹ subaracnoideu ou epidural impedindo a transmissão do impulso nervoso ao nível da medula espinal. O grau e nível de bloqueio dependem respectivamente da dose e volume do anestésico local utilizado (Ferreira, 1993). Os bloqueios periféricos e os centrais ocupam um lugar importante na analgesia pós-operatória nas crianças e são decididas pelo anestesista, em função do utente, da patologia, da cirurgia, dos riscos das diferentes técnicas e também da sua própria formação (Gomes dos Santos, 1997).

A analgesia sistémica para tratar a dor peri-operatória segue a *escada analgésica* da Organização Mundial de Saúde (OMS), definida em 1986 em Genève. Este esquema tem três degraus ou etapas: numa primeira fase deverão ser utilizados os analgésicos não-opioides (o paracetamol e os AINES como o ácido acetilsalicílico, o ibuprofeno...); a seguir os opioides fracos (codeína, tramadol,...); e, só depois os opioides fortes (morfina, fentanil,...). A utilização da escada de analgésicos da OMS constitui um dos princípios na gestão da dor na criança – para a dor ligeira a moderada, os analgésicos não-opioides; se a

⁶ Aplicação na pele do creme Emla (prilocaína e lidocaína), 60' antes das punções venosas periféricas permite efectuar pequenos gestos sem dor (McCaffery e Beebe, 1997; Gonçalves, 1997; Schechter, 1997; Bertocchi, 1999). Enquanto uns autores defendem que não deve ser aplicado em bebés com menos de um mês (Schechter, 1997), outros defendem que não deve ser utilizado em bebés com menos de três meses (Gomes dos Santos, 1997). A dose não deve ultrapassar as 5 gramas e a duração de aplicação as 2 horas (Gomes dos Santos, 1997).

⁷ A infiltração dos bordos da ferida com Bupivacaína é um método eficaz de proporcionar analgesia pós-operatória às crianças submetidas a cirurgias pediátricas, como é o caso da herniorrafia inguinal; sendo que o alívio da dor proporcionado por esta técnica é equiparado ao proporcionado pelo bloqueio ilioinguinal (Houck, 1997).

⁸ O bloqueio periférico dos nervos iliohipogástrico e ilioinguinal na cirurgia da região inguinal (na herniorrafia inguinal, orquidopexia e reparação de hidrocelo) com bupivacaína ou outro anestésico local, proporciona alívio da dor por algumas horas no pós-operatório (Ferreira, 1993; Gonçalves, 1997). O bloqueio dos nervos dorsais do pénis com bupivacaína nas circuncisões e hipospádias balânicos, garante a anestesia dos ramos cutâneos (Ferreira, 1993; Gonçalves, 1997).

⁹ O bloqueio central consiste na injeção de anestésicos locais ou opioides no espaço epidural ou subaracnoideu (uma dose única de morfina epidural de 0.1mg/kg de uma solução de 0.5mg/ml tem uma duração de analgesia de 10 – 36 horas (pain management center, University of Utah Health Sciences Center Web site. www.medlib.medutah.edu/pain_center/website). O bloqueio epidural caudal de dose única é largamente utilizado nas crianças submetidas a cirurgia ambulatoria perineal, abdominal baixa e procedimentos ortopédicos, e tem uma incidência relativamente baixa de efeitos secundários e toxicidade (Houck, 1997). De acordo com Gonçalves (1997), os bloqueios caudais mais utilizados em Pediatria são o caudal de dose única e o bloqueio caudal/lombar ou lombar para analgesia no pós-operatório. O bloqueio caudal com bupivacaína a 0.25% dá bloqueio sensitivo e algum bloqueio motor que é desconfortável e desnecessário para a criança, contudo, de acordo com Ferreira (1993), se for utilizada uma concentração de 0.125% é conseguida uma analgesia de 4-6 horas sem bloqueio motor.

dor persiste ou se agrava, os opióides fracos conjuntamente com os não opióides; e, finalmente, se a dor se mantém ou se torna muito intensa, os opióides fortes (Raposo, 1997; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997; Cardoso, 1999).

Este esquema da OMS, propõe que a terapêutica da dor da criança seja feita por etapas ou degraus, isto é, uma analgesia progressiva associada a terapêutica sedativa adjuvante.

✱ Analgésicos não-opioides

São apropriados para a dor ligeira a moderada. A escolha do fármaco depende de uma grande variedade de factores, incluindo o custo, duração da acção e necessidade de ter ou não efeito anti-inflamatório (Houck, 1997).

Todos os fármacos deste grupo têm propriedade analgésica e anti-inflamatória, excepto o paracetamol que tem apenas propriedade analgésica (McCaffery e Beebe, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997).

O seu principal mecanismo de acção parece fazer-se a nível periférico, no local da ferida, modulando os mediadores químicos da dor no local da lesão tecidular. Têm algumas desvantagens, das quais salientamos o *efeito tecto* ou *tecto analgésico* isto é a partir de determinada dose, mesmo que esta seja aumentada, não se consegue maior efeito analgésico (Savedra et al, 1990; Diamond e Conian, 1997; Cardoso, 1999). São muitas vezes utilizados em associação com um opióide fraco, tal como a codeína que potencia a sua acção (Houck, 1997; Schechter, 1997).

Os fármacos deste grupo são:

- * *Paracetamol*¹⁰ é uma droga de eleição para a dor ligeira a moderada, é o analgésico mais popular usado nas crianças, e é seguro e eficaz também nos recém-nascidos (Savedra et al, 1990; McCaffery e Beebe, 1997; Diamond e Conian, 1997; Houck, 1997).

¹⁰ A dose de paracetamol oral recomendada para as crianças é cerca de 10 a 15 mg/kg cada 4 horas, o que geralmente permite uma analgesia de 3-4 horas (no máximo de 4 doses em 24 horas) (McCaffery e Beebe, 1997; Rodrigues, 1997; Houck, 1997).

A dose de Paracetamol rectal apropriada é um pouco controversa. Estudos revelaram que: doses de 20 a 25 mg/kg administradas por via rectal conduziam a níveis plasmáticos subterapêuticos (Gaudreault et al, 1989 e Hopkins et al, 1990 cit. por Houck, 1997); o uso de uma dose única de 35mg/kg de paracetamol rectal nas crianças de 1 a 10 anos conduzia a níveis plasmáticos seguros, mas a semi-vida era prolongada aproximadamente 50% acima da obtida com 10-15 mg/kg de paracetamol oral (Houck et al, 1995 cit. por Houck, 1997). Assim, Birmingham et al (1996) sugere que aquela dose rectal inicial deve ser considerada uma dose de impregnação e que as doses rectais posteriores devem ser de aproximadamente 20mg/kg cada 6 horas. Assim, muitas crianças recebem uma dose de paracetamol rectal intra operatória seguida de doses orais, recomendando Houck (1997) que a próxima dose a seguir à dose rectal inicial não seja administrada antes de 6 horas.

Tem a desvantagem de não possuir actividade anti-inflamatória. Como não possui esta acção pode ser usado em combinação com um AINES (Diamond e Conian, 1997; Cardoso, 1999). Também é frequentemente utilizado em combinação com um opióide fraco como a codeína (Diamond e Conian, 1997).

- * *Os analgésicos anti - inflamatórios não esteróides (AINES)* - Inibem a síntese de prostaglandinas e também, por vezes, de alguns dos outros mediadores químicos da inflamação, o que reduz a dor no local do traumatismo ou da inflamação (Diamond e Conian, 1997). São muitos os fármacos deste grupo que podem ser usados: ibuprofeno, diclofenac, naprosym, indometacina, ketorolac...

O Ibuprofeno¹¹ é escolhido frequentemente para aliviar a dor moderada porque está disponível em xarope, o que permite uma administração fácil nas crianças (Houck, 1997). No Canadá, existe também sob a forma de supositório e tem sido usado na dor pós-operatória, reduzindo em aproximadamente 30% a necessidade de doses de analgésicos opióides (Giannini et al, 1990 cit. por Houck, 1997). É eficaz no alívio da dor que decorre de herniorrafia, extracção dentária e cirurgia ortopédica (Dionne e Cooper, 1978 e Slavic- Svircev et al., 1984 cit. por McCaffery e Beebe, 1997).

Também o Diclofenac tem sido demonstrado como eficaz no alívio da dor pós-operatória quer sozinho, quer em combinação com opióides, podendo ser administrado por via rectal antes ou imediatamente após a cirurgia (McCaffery e Beebe, 1997; Diamond e Conian, 1997).

Diamond e Conian (1997) acrescentam que os AINES são suficientemente potentes para tornar os opióides desnecessários após certos tipos de cirurgia. Mas, de acordo, com McCaffery e Beebe (1997) e também com Diamond e Conian (1997), quando não há alívio da dor com a utilização de um analgésico não-opióide, deve ser adicionado um opióide para aumentar o efeito analgésico. Como os analgésicos não-opióides interceptam a dor ao nível do sistema nervoso periférico e os opióides ao nível do sistema nervoso central, a combinação de drogas que actuam ao nível do sistema nervoso periférico e de drogas que actuam ao nível do sistema nervoso central proporcionam o aumento do efeito analgésico. Esta combinação produz um efeito adicional e reduz a dose de opióides

¹¹ As doses de **Ibuprofeno per-os** são de 4-10 mg/kg num total de 3 – 4 doses/dia, isto é de 6/6 ou 8/8 horas (Houck, 1997; Rodrigues, 1997).

necessários, diminuindo assim os efeitos secundários indesejáveis destes analgésicos. Esta combinação proporciona um método seguro e lógico para o alívio da dor.

✿ Analgésicos opióides

São apropriados para tratar a dor aguda moderada a intensa (McCaffery e Beebe, 1997; Houck, 1997; Schechter, 1997). O seu efeito analgésico resulta da sua ligação aos receptores opióides específicos ao nível da medula espinal ou nos centros superiores do sistema nervoso central modulando a percepção da dor (Savendra et al, 1990; Diamond e Conian, 1997).

Os fármacos deste grupo dividem-se em dois grupos:

- * Os *opióides fracos*, indicados para a dor moderada. Após a cirurgia ambulatoria os opióides orais são geralmente bem tolerados e permitem um excelente alívio da dor pós-operatória (AHCPR, 1992; Houck, 1997).

A *Codeína* é o opióide oral muito utilizado em pediatria nos EUA para a dor ligeira a moderada (Ferreira, 1993). É o mais utilizado nas crianças pequenas sob a forma de elixir, sendo a maioria das vezes administrado em doses fixas combinadas com o paracetamol (Houck, 1997). Estas combinações¹² são bastante populares no alívio da dor aguda pós-operatória, sendo muito mais eficaz do que o uso isolado de uma delas, obtendo-se analgesia adicional. Recentemente, nos EUA, ficaram também disponíveis combinações de codeína com AINES como o Ibuprofeno (Houck, 1997; Diamond e Conian, 1997). Segundo Rodrigues (1997) em Portugal, esta droga é utilizada acima dos dez anos numa dose de 0.5 - 1mg/kg perós de 6/6 horas, não havendo disponível no mercado a sua combinação com o Paracetamol ou AINES.

O *Tramadol*¹³ é um opióide fraco e também é uma das drogas utilizadas para o alívio da dor moderada (Rodrigues, 1997). Pode ser usado pela via oral, ou via intravenosa (IV) e via intramuscular (IM), embora esta seja de excluir na criança.

A *Oxicodona* é muitas vezes utilizada nos EUA em associações fixas com o Paracetamol. Geralmente utilizada em crianças mais velhas, de peso superior a 45 kg (Houck, 1997), não sendo referida pelos autores portugueses consultados.

¹² Geralmente a dose administrada de codeína é 0.5mg/kg cada 3 – 4 horas em conjugação com 10-15 mg/kg de paracetamol (Houck, 1997).

¹³ Utilizada na dose de 1.5mg /kg per os, 1 gota = 2,5 mg (Rodrigues, 1997).

- * *Opióides fortes* são utilizados no controlo da dor aguda intensa, pós-operatória (Rodrigues, 1997). São muitos os medicamentos deste grupo, mas os mais utilizados em pediatria são:

A *Morfina* – opióide de referência – é um analgésico seguro, bem estudado nas crianças e pouco dispendioso. Não tem *efeito tecto* ou *tecto analgésico* e a dose deve ser calculada para o efeito desejado (Houck, 1997; Schechter, 1997).

A dose correcta é aquela que alivia a dor, desde que não provoque sonolência excessiva ou depressão respiratória (Houck, 1997 e Schechter, 1997). Nas crianças com mais de seis meses tem sido utilizada em analgesia pós-operatória da cirurgia major, especialmente por via IV, em perfusão contínua (Ferreira, 1993).

O *Fentanil* é um analgésico de curta duração e muito potente, utilizado para procedimentos breves que requerem um início de acção rápido e um recobro rápido. De acordo com Ferreira (1993) é o opióide mais utilizado para analgesia peri-operatória.

Na maioria das crianças, os opióides produzem excelente analgesia com uma larga margem de segurança (Houck, 1997; Schechter, 1997).

Estes analgésicos podem ser administrados por múltiplas vias.

A via oral é a preferencial, porque é a menos traumatizante, conseguindo-se manter níveis relativamente constantes da droga com uma administração regular (Burr, 1988; Houck, 1997; Schechter, 1997). No entanto, para o tratamento da dor aguda intensa, a maioria das vezes, esta via não é apropriada. Neste caso, a via IV com a administração de bolus intermitentes, infusão contínua ou PCA é a indicada, por forma a haver um controlo rápido da dor intensa (Houck, 1997; Schechter, 1997). De acordo com a pontuação da escala bio-comportamental de Hannalah et al (1988), 0-10, a dor intensa corresponde a pontuações ≥ 6 , implicando nestes casos que sejam administrados às crianças medicamentos opióides.

A via intramuscular (IM) não é preferida na maior parte das circunstâncias, pois, além de ter absorção variável, as injeções são dolorosas e assustadoras para as crianças. Também o conhecimento limitado que as crianças têm da fisiologia, torna improvável que a criança associe a injeção na nádega ou na coxa com o alívio da dor noutro local momentos mais tarde, e assim a injeção torna-se momentaneamente mais angustiante para a criança do que a dor existente. Por consequência, algumas crianças negam a dor com medo das injeções (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997). Deste modo, faz pouco ou nenhum

sentido para uma criança a dor ser aliviada por meio da experiência dolorosa e assustadora de uma injeção. A via rectal constitui alternativa à via oral e parentérica. A absorção é variável. Geralmente não é apreciada pelas crianças, mas muitas vezes preferida em relação à via IM. A sua aceitação pode ser influenciada pela cultura.

Actualmente estão a ser estudados o uso de analgésicos por vias de administração alternativas, como seja a nasal (sufentanil nasal), transmucosa (chupa-chupa de fentanil), transdérmica (fentanil transdérmico) e intrapleurar (bupivacaína intrapleurar) (Ferreira, 1993).

Responsabilidade do enfermeiro no controlo farmacológico da dor

O alívio da dor é aceite como sendo parte integrante da função do enfermeiro, mas, na prática, essa responsabilidade tem sido negligenciada (Burr, 1988; Strumeyer, 1999). Isto tem sucedido porque ninguém se responsabiliza em particular pela diminuição da dor, que assim não tem sido sentida como uma prioridade no tratamento do utente.

No entanto, nenhum enfermeiro concordará em que seja admissível abandonar-se uma criança ao seu sofrimento, mas, na realidade, as medidas de alívio da dor – especialmente a administração de analgésicos – parecem estar ensombradas por conceitos errados (Burr, 1988).

O comportamento do enfermeiro na equipa pluriprofissional deve resultar num papel activo, o que implica responsabilização relativa à administração de medicação para o alívio da dor, pois, como vimos anteriormente, manter a dor sob controlo é particularmente importante na criança, já que, mesmo as que falam, podem não conseguir relatar a dor, ou então ocultá-la.

Para um desempenho competente¹⁴ na intervenção farmacológica da dor, o enfermeiro, de acordo com McCaffery e Beebe (1997), precisa de:

- ter conhecimentos sobre a gestão farmacológica da dor;

¹⁴ Assim, para cada utente, um desempenho competente consiste em:

- determinar se tem prescrição analgésica;
- escolher o analgésico apropriado quando há mais do que uma prescrição;
- estar alerta para a possibilidade de certos efeitos secundários, como resultado dos analgésicos;
- avaliar a eficácia dos analgésicos a intervalos regulares, a seguir a cada administração, em especial a seguir à dose inicial;
- comunicar imediatamente e com precisão ao médico quando é necessária uma alteração na prescrição;
- fazer sugestões para mudanças específicas, por exemplo, droga, via, dose, e intervalo;
- aconselhar o utente acerca do uso de analgésicos no domicílio (McCaffery e Beebe, 1997).

- estar apto para comunicar efectivamente esse conhecimento ao médico ou outros membros da equipa de saúde;
- saber fundamentar as suas posições ou sugestões relativamente ao controlo farmacológico da dor.

McCaffery e Beebe (1997) dizem que os enfermeiros sugerem muitas vezes mudanças nos analgésicos e Gauvain-Picquard (1987) acrescenta que são os enfermeiros que fazem de advogado da criança para obter a prescrição dos analgésicos necessários.

O enfermeiro deve fundamentar as sugestões que faz e para isso, precisa de (McCaffery e Beebe, 1997):

- comunicar uma avaliação concisa da dor;
- basear-se, quando existem, nos protocolos de analgesia estabelecidos na enfermaria, para sugerir mudanças nas doses;
- referenciar artigos de investigação para reforçar as sugestões;
- identificar os conceitos errados mantidos pelos profissionais de saúde, utente e família;
- ser persistente na abordagem aos médicos, pois, embora o poder para alterar a prescrição analgésica seja legalmente dos médicos, os enfermeiros devem continuar a sugerir mudanças baseadas na avaliação, na apreciação das respostas do utente e no conhecimento da farmacologia, suportada por referências actuais da literatura.

Sabemos que a reeducação e a mudança de atitudes é difícil e frustrante. Contudo, a persistência é a chave, para atingir o controlo efectivo da dor através do uso apropriado de analgésicos e medicamentos adjuvantes.

Para concluir, uma gestão eficaz da dor pós-operatória em pediatria implica: pessoal médico e de enfermagem treinado e dedicado que consiga empatia com as crianças; preparação psicológica da criança e pais para a cirurgia e internamento; humanização do hospital com a presença dos pais junto da criança, nomeadamente durante a indução anestésica; administração de pré-medicação para diminuição da ansiedade e stress desencadeados pela hospitalização e medo da cirurgia, existência de protocolos de analgesia; avaliação da dor; bom manuseamento de fármacos e suas técnicas de administração; aumento da frequência das crianças operadas em regime de cirurgia ambulatoria [ref.](#).

E, para finalizar, sendo que a dor é um fenómeno multidimensional, só teremos êxito no seu controlo com o trabalho interprofissional.

SEGUNDA PARTE

Nesta parte do trabalho iremos inicialmente fazer a contextualização do local do estudo, seguida da caracterização da amostra de trinta crianças, respectivas mães e enfermeiros que cuidaram delas no pós-operatório.

Depois, com base nos dados colhidos, começaremos por analisar a avaliação da *intensidade da dor* pós-operatória da criança e se existe ou não subavaliação da dor por parte dos adultos responsáveis pelo seu cuidado. Analisaremos, também, se existe relação entre a *intensidade da dor* auto-avaliada pelas *crianças* e a *PA pós-operatória*; se a *intensidade da dor* auto avaliada pelas crianças varia conforme a sua *idade*, e ainda, se a *intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças varia conforme os *diagnósticos cirúrgicos* a que foram submetidas. Identificaremos posteriormente, os *critérios que as/os enfermeiras/os e mães utilizam para avaliar a intensidade da dor*. Por fim, debruçar-nos-emos também sobre as *estratégias não-farmacológicas que as mães e os enfermeiras/os usam no alívio da dor pós-operatória da criança*.

II PARTE – ESTUDO EMPÍRICO

1 – MÉTODO

A metodologia permite delinear o perfil científico de um trabalho. É através da metodologia que as questões de investigação colocadas são confrontadas com os dados, utilizando um conjunto de operações pelas quais o modelo de análise é submetido ao teste dos factos e é confrontado com os dados observáveis.

1. 1 - CONSIDERAÇÕES GERAIS

Como vimos no 1º capítulo deste trabalho (1.2. e 2.2), actualmente, na base da consideração pela dor da criança, encontram-se os dados recentes de pesquisas que afirmam que o desenvolvimento da nocicepção tem início precocemente na vida fetal (Annequin, 1997; Furdon et al. 1998; Bertocchi, 1999) mas, também *"...está um modo diferente de olhar a criança que acede ao estatuto de indivíduo capaz de sentir e de compreender"* (Strymeyer, 1999: 6).

Segundo diversos autores, a dor pós-operatória da criança tem sido pouco reconhecida e frequentemente desvalorizada. Como consequência, as crianças sofrem dor moderada a intensa nas primeiras 24 horas de pós-operatório. Como causas, a literatura aponta a ausência de prescrição analgésica, a avaliação não eficaz da dor, a prescrição preferencial de fármacos não-opioides, a predisposição para administrar a menor quantidade possível de medicamentos e a deficiente interpretação das respostas da criança à dor.

Os profissionais de enfermagem estão numa posição única para colaborar na gestão da dor da criança, pois são os profissionais que mais tempo permanecem junto da criança e que com ela têm maior frequência de contactos. Compete-lhes avaliar a dor e a necessidade de alteração nos métodos de alívio da dor, comunicando ao médico as conclusões das suas

avaliações. Os cuidados de enfermagem são, então, a base de uma gestão eficaz da dor (Sullivan, 1994; McCaffery e Beebe, 1997).

Dada a escassez de estudos nesta área problemática em Portugal e porque queremos avaliar a intensidade da dor da criança dos 5 aos 10 anos no pós-operatório do ponto de vista da auto-avaliação da criança e das avaliações da mãe e enfermeiro, e também, porque queremos conhecer os critérios que mães e enfermeiras/os utilizam para avaliar a dor da criança e ainda conhecer as estratégias não farmacológicas utilizadas pela mãe e enfermeiro, iremos situar a nossa abordagem num plano que faz referência aos **paradigmas quantitativo e qualitativo**.

Alguns autores defendem que "*... um investigador para melhor resolver um problema de pesquisa não tem de aderir rigidamente a um dos dois paradigmas, podendo mesmo escolher uma combinação de atributos pertencentes a cada um deles*" (Reichardt e Cook, 1986 cit. por Carmo e Ferreira, 1998: 176).

Acrescentam que "*o paradigma quantitativo postula uma concepção global positivista, particularista, orientada para os resultados, própria das Ciências Naturais, enquanto que o paradigma qualitativo postula uma concepção global fenomenológica, indutiva, estruturalista, subjectiva e orientada para o processo, própria da Antropologia Social*" (Reichardt e Cook, 1986 cit. por Carmo e Ferreira, 1998: 177).

Na utilização conjunta dos métodos quantitativos e qualitativos numa mesma investigação, existem algumas dificuldades que Julia Brannen (1992, cit. por Carmo e Ferreira, 1998) salienta serem implicações de natureza teórica, já que os diferentes métodos baseiam-se em diferentes pressupostos, nomeadamente, acerca da realidade social e da natureza dos dados recolhidos. Assim, a mesma autora realça que o procedimento correcto será o de relacionar cada conjunto de dados com a teoria que lhe está subjacente e analisar o modo como os diferentes conjuntos são complementares ou apresentam contradições uns em relação aos outros.

Os objectivos de uma investigação quantitativa consistem em encontrar relações entre variáveis, fazendo descrições e recorrendo ao tratamento estatístico dos dados recolhidos de modo a ser conseguida a generalização dos resultados .

Uma das principais limitações dos métodos quantitativos em ciências sociais está ligada à própria complexidade dos seres humanos, o que interfere nas diferentes respostas de

acordo com os sujeitos; mas também ao grande número de variáveis difíceis ou impossíveis de controlar; à subjectividade do investigador; à medição indirecta; e aos problemas de validade e fiabilidade dos instrumentos de medição.

Os métodos qualitativos são holísticos, pois os indivíduos, os grupos e as situações não são reduzidas a variáveis mas são vistos como um todo. Interessando-se mais pelo processo do que pelos resultados, os dados são analisados de forma indutiva e o investigador é o próprio "instrumento" de colheita de dados, dependendo da sua sensibilidade, conhecimento e experiência, a validade e fiabilidade dos dados. Sendo assim, o principal problema deste tipo de investigação é a subjectividade do investigador. Em investigação qualitativa, Bogdan e Biklen (1994) dizem que a maior preocupação é saber a que outros contextos e sujeitos os resultados podem ser generalizados e não se os resultados são susceptíveis de generalização.

Assim, no nosso estudo, o **paradigma quantitativo** vai estar na base da análise da avaliação da intensidade da dor, enquanto o **paradigma qualitativo** servirá de base à análise dos critérios usados pelos enfermeiros e mães para a avaliação da dor das crianças e à análise das estratégias não-farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros e mães das crianças para aliviar a dor no pós-operatório.

Trata-se, pois de um estudo **descritivo, analítico e exploratório**.

É **descritivo** porque vamos observar, registar, e analisar sem intervir com a realidade; isto é, a descrição resulta directamente dos dados recolhidos que respeitam a forma segundo a qual são registados e transcritos. O objectivo da pesquisa é descrever rigorosa e claramente o objecto do estudo na sua estrutura e no seu funcionamento (Carmo e Ferreira, 1998). Para descrever, recorreremos à observação participante (na observação das estratégias não-farmacológicas, na aplicação da Escala das Faces de Wong e Baker e da Escala Comportamental CHEOPS e na medição da Pressão Arterial), ao inquérito por entrevista (na identificação dos critérios que as mães e enfermeiros utilizam para avaliar a intensidade da dor da criança) e à consulta documental.

É **analítico** porque a partir dos factos conhecidos (teorias e estudos realizados) partimos para a análise dos dados (Cervo e Bervian, 1983).

É **exploratório** porque, de acordo com Carmo e Ferreira (1998: 47), o seu objectivo é *“proceder ao reconhecimento de uma dada realidade pouco ou deficientemente estudada*

e levantar hipóteses de entendimento dessa realidade”; que permite ao investigador no dizer de Fortin et al (1989) e Gil (1989) familiarizar-se com o fenómeno ou obter uma nova compreensão deste.

Para garantirmos a **fiabilidade** do estudo, fazemos uma descrição pormenorizada e rigorosa do modo como foi realizado.

1.2 - HIPÓTESES E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Partindo da revisão bibliográfica, formulámos as seguintes **hipóteses**:

- A intensidade da dor da criança no pós-operatório é subavaliada pelos próximos (mãe, enfermeira/o, nós) (1ª hipótese);
- A pressão arterial (P.A) está associada à intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças;
- A auto-avaliação da intensidade da dor varia conforme os diagnósticos cirúrgicos¹⁵;
- A auto-avaliação da intensidade da dor varia conforme a idade das crianças¹⁶.

No que diz respeito aos **métodos e instrumentos de colheita de dados**, fomos criteriosos na sua selecção tendo em conta a sua adequação à natureza do problema, das questões, dos recursos disponíveis e da população. Os métodos utilizados foram os seguintes:

- observação participante;
- entrevista centrada;
- consulta do processo clínico.

A OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

De acordo com Carmo e Ferreira (1998: 97) “... *observar é seleccionar informação pertinente, através dos órgãos sensoriais e com recurso à teoria e à metodologia científica, a fim de poder descrever, interpretar e agir sobre a realidade em questão...*”,

¹⁵ Isto é, as crianças operadas por V.A ou V.A e Miringotomia para colocação de tubos têm intensidade de dor pós-operatória inferior (dor ligeira) em relação às crianças operadas pelos outros diagnósticos.

¹⁶ No sentido de que as crianças que se encontram no estágio pré-operacional do desenvolvimento (5, 6 e 7 anos) podem auto-avaliar inadequadamente a intensidade da sua dor (isto é, pontuam-na utilizando sobretudo os valores extremos da escala: face 0 ou face 5), relativamente às crianças que se encontram no estágio das operações concretas (8, 9 e 10 anos).

permitindo captar os comportamentos no momento em que eles se produzem, sem mediações de documentos ou de testemunhos (Quivy,1998:196). Este é um método particularmente adequado “...para a análise do não verbal e daquilo que ele revela: as condutas instituídas e os códigos de comportamento, a relação com o corpo...” (Quivy: 1998:196).

Esta técnica foi utilizada como **ferramenta exploratória** na observação das estratégias não-farmacológicas utilizadas pelas mães e pelas/os enfermeiras/os susceptíveis de aliviar a dor pós-operatória das crianças (observações realizadas por nós).

Foi também usada nos momentos estipulados para a avaliação da intensidade da dor como **instrumento auxiliar** na recolha de dados sobre a Intensidade da dor através da aplicação da Escala das faces (às crianças, mães e enfermeiras/os) (Anexo 1) e através da aplicação da escala comportamental da dor CHEOPS (observação dos comportamentos das crianças feita por nós) (Anexo 2). Utilizámo-la ainda, na recolha de dados sobre a componente fisiológica da dor - tensão arterial (T.A), avaliada por nós, em cada um dos momentos estipulados para avaliação da dor.

A todos os sujeitos do estudo foi explicado o que pretendíamos fazer e pedido o seu consentimento.

Durante todas as situações de utilização desta técnica procurámos sempre mantermo-nos o mais possível distanciados e procurámos interferir o menos possível com a realidade, o que pensamos ter conseguido. Porém, temos consciência que, só pela nossa presença, os sujeitos do estudo podem ter alterado comportamentos habituais e procurado comportar-se de acordo com o que pensaram que se esperava deles.

Para evitarmos envolver-nos por camadas de “*nevoeiro informacional*”, foi necessário recorrermos a processos de “selecção da informação útil” (Carmo e Ferreira, 1998:98), através da selecção de indicadores que funcionaram como instrumentos de filtragem de informação, permitindo-nos uma orientação mais segura no terreno (Carmo e Ferreira, 1998).

Assim, construímos um **guião de observação das estratégias não-farmacológicas** utilizadas pela/o enfermeira/o e mãe que inclui um conjunto de indicadores qualitativos (Anexo 3 – G e H). Para a concepção de tal instrumento tirámos partido de leituras de estudos referenciados na revisão bibliográfica e também do reconhecimento prévio do terreno a observar. Os dados observados foram registados no próprio guião de observação,

mas também recorremos ao bloco de notas como auxiliar de memória, o que mais tarde nos ajudou a registar mais detalhadamente os resultados da nossa observação.

Foi garantido o anonimato dos dados colhidos.

Como vimos no enquadramento teórico, a especificidade da criança, levou a que vários autores (Vetter, 1991; McCaffery e Beebe, 1994; Schechter, 1997; Hester, 2000) defendam que nas crianças a avaliação da dor seja **multidimensional**, isto é, uma avaliação que inclua as componentes cognitiva, comportamental e fisiológica da dor. No mesmo sentido, Hester (2000) diz que apesar das limitações das escalas de auto-avaliação, esta é a abordagem com maior credibilidade no momento e acrescenta, referindo Craig (1992, cit. por Hester, 2000), que a observação comportamental e os parâmetros fisiológicos, se bem que não sejam tão fiáveis, podem completar a auto-avaliação.

Assim, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- **A escala das faces** de Wong e Baker (1988)

Utilizámos esta escala para medir a intensidade da dor no pós-operatório com as crianças, mães e enfermeiros que cuidavam delas.

Esta escala existe traduzida em português no site de uma das autoras. Permite avaliar a **componente cognitiva da dor** e é constituído pelo desenho de 6 faces, variando entre uma face com expressão sorridente a uma face com expressão triste e lágrimas. Esta escala tem uma pontuação de 0 a 5, com o significado seguinte: pontuação 0 - **Face 0** está feliz porque não dói; pontuação 1 - **Face 1** dói um pouco; pontuação 2 - **Face 2** dói um pouco mais; pontuação 3 - **Face 3** dói ainda mais; pontuação 4 - **Face 4** dói muito mais; pontuação 5 - **Face 5** dói mais do que possas imaginar, embora não precisas de chorar para te sentires assim.

Nos diferentes momentos estipulados para a avaliação da intensidade da dor no pós-operatório, aplicámos esta escala individualmente aos sujeitos do estudo. Às crianças foi-lhes pedido que identificassem a face que melhor representava/descrevia a dor sentida no momento (intensidade da dor); e às suas mães e às/os enfermeiras/os que escolhessem a face que melhor correspondia à sua percepção da dor da criança. Os dados foram registados no guião de colheita de dados (Anexo 3 – D)

Esta escala é comparável a uma escala de atitudes. Permite ao investigador medir atitudes e opiniões do inquirido *"...pede-se a um indivíduo para reagir positiva ou negativamente em relação a uma série de preposições que dizem respeito a ele próprio, a outros*

indivíduos...” (Carmo e Ferreira, 1998: 143). Na opinião dos mesmos autores, estas escalas possibilitam que características qualitativas possam posteriormente ser trabalhadas de forma quantitativa.

- A escala comportamental **CHEOPS - Escala de Dor da Criança do Hospital do Este do Ontário** desenvolvida por McGrath et al. (1985).

Utilizámos esta escala para observarmos os comportamentos das crianças do estudo nos diferentes momentos pré-determinados para avaliação da intensidade da dor no pós-operatório.

Este instrumento permite avaliar a **componente comportamental da dor**, sendo composto por 6 comportamentos observáveis: choro, expressão facial, verbalização, movimentos do tronco, tocar a ferida operatória, e a posição/actividade dos membros inferiores. Para cada uma destas categorias existem comportamentos específicos indicadores de dor, pontuados de 0 (associado à pouca dor) a 3 (associado à dor intensa). A pontuação total das 6 categorias pode variar entre 4 (ausência de dor) e 13 (dor intensa que é a pontuação mais alta possível). Para conseguirmos comparar as nossas medições com as das crianças, mães e enfermeiras/os foi necessário transformar a pontuação desta escala em valores comparáveis à da Escala das faces de Wong e Baker. Assim, na CHEOPS à **pontuação 4** (ausência de dor) corresponde **0** e à **pontuação 13** (dor intensa) corresponde **5** na Escala das faces. Nas pontuações intermédias: **5/6, 7/8, 9/10, 11/12** correspondem respectivamente **1, 2, 3, 4** na Escala das faces.

Segundo Vetter (1991) e Stein (1995) a CHEOPS parece ter uma adequada fiabilidade e validade entre as pontuações das diferentes categorias, variando entre $r = 0,81$ e $r = 0,85$.

Procedemos à aplicação desta escala antes da aplicação da escala das faces para não sermos influenciados pelas pontuações referidas quer pela criança, quer pela mãe e enfermeira/o. Os dados foram registados no guião de colheita de dados (Anexo 3 – C)

- A medição da **Pressão Arterial (P.A)**

Permite avaliar a **componente fisiológica da dor**. Para obtermos valores de P.A próximos do padrão habitual da criança procedeu-se, sempre que possível, à sua medição no dia da consulta de anestesia (véspera), o que ocorreu escassas vezes, por inexistência de aparelho de avaliação ou de braçadeira de tamanho adequado à criança. Deste modo, na maioria das vezes, a P.A foi medida no serviço de internamento, no dia da intervenção cirúrgica, à chegada da criança à enfermaria, podendo a ansiedade do internamento e da proximidade

da cirurgia alterar os valores da P.A pré-operatória que assim poderão não corresponder ao padrão habitual da criança.

Para tratarmos os dados resultantes das medições da P.A guiamo-nos pelas pontuações da OPS (Objective Pain Scale) aplicada por Hannalah (1988) a 34 crianças para avaliar a dor pós-cirurgia artroscópica do joelho. Permite avaliar a componente comportamental e fisiológica da dor e é composta por 5 comportamentos observáveis: agitação, verbalização ou linguagem corporal, choro e movimentos e pela alteração da P.A sistólica. Neste indicador a pontuação 0 significa que não houve aumento deste parâmetro, ou se houve, foi inferior ou igual a 10% do valor encontrado antes da criança ser operada (associado à ausência de dor). A pontuação 1 significa que houve um aumento entre 10% a 20% do valor pré-operatório (associado a alguma dor) e a pontuação 2 corresponde a um aumento superior a 20% (associado a dor intensa).

No pós-operatório, a medição da P.A nos diferentes momentos estipulados para a avaliação da intensidade da dor, foi sempre realizada por nós de modo a não interferir com o desempenho da/o enfermeira/o que cuidava da criança.

A ENTREVISTA SEMI-DIRECTIVA (Quivy,1998) OU CENTRADA (Carmo e Ferreira, 1998)

Para Quivy (1998:200), a entrevista complementa o método de observação e permite

“ ...efectuar um trabalho de investigação aprofundado, que quando conduzido com lucidez e as precauções necessárias, apresenta um grau de validade satisfatório”.

A entrevista centrada caracteriza-se por ter um grau intermédio de informalidade e ser constituída por questões abertas e fechadas que mobilizam essencialmente os conhecimentos e opiniões dos entrevistados (Carmo e Ferreira, 1998:131). Este tipo de entrevista é característica dos estudos exploratórios que é o nosso caso.

Neste tipo de entrevista o entrevistador *“... deixará andar o entrevistado para que este possa falar abertamente, com as palavras que desejar e pela ordem que lhe convier...e esforçar-se-á simplesmente por reencaminhar a entrevista para os objectivos cada vez que o entrevistado se afastar...”* (Quivy, 1998:192), o que nos permitiu desenvolver uma ideia do modo como os sujeitos entendiam a realidade.

Esta técnica foi utilizada com as crianças, as mães e as/os enfermeiras/os. Os guiões das entrevistas tinham duas partes (excepto o das crianças que tinha apenas a primeira parte): a primeira dizia respeito aos dados de identificação e às experiências anteriores com dor; a

segunda parte relacionava-se com dados relativos aos critérios que as/os enfermeiras/os e mães utilizaram para avaliar a intensidade da dor da criança nos momentos do "Acordar da anestesia" e "Iniciar líquidos" (mães e enfermeiras/os) e também sobre os critérios que estiveram na base da decisão de administrar analgésico às crianças (enfermeiras/os) (Anexo 3 – A, E e F).

As entrevistas foram realizadas em **dois momentos diferentes**: na **véspera da cirurgia**, na consulta, as entrevistas foram centradas nas questões referentes à primeira parte dos guiões (crianças e mães); **após a cirurgia**, no internamento, as entrevistas estiveram centradas nas questões da segunda parte dos guiões e foram realizadas após as duas primeiras avaliações da intensidade de dor da criança, isto é, após o momento de avaliação “Iniciar líquidos” (mães e enfermeiras/os) e após a administração de analgésico à criança (enfermeiras/os). As entrevistas às mães tiveram lugar quando a criança estava a dormir para não interferir no seu acompanhamento.

Os dados relativos às questões da primeira parte dos guiões foram registados nos respectivos guiões. Os dados relacionados com a segunda parte dos guiões foram registados em áudio, sempre que os entrevistados o permitiram, o que ocorreu a quase totalidade das vezes com as mães (28:30) e com as/os enfermeiras/os (29:35 entrevistas). As mães e as/os enfermeiras/os que recusaram o registo áudio alegaram que a presença do gravador inibia as suas respostas. Nestes casos, o registo das entrevistas foi escrito no respectivo guião.

A duração das entrevistas das mães (1 e 4 minutos) e das/os enfermeiras/os (1 e 5 minutos) durou sensivelmente o mesmo tempo.

Quer nas consultas, quer nas unidades de internamento, as entrevistas foram realizadas em sala que nos cederam.

A todos os sujeitos foi garantido o anonimato dos dados colhidos por entrevista.

A CONSULTA DO PROCESSO CLÍNICO

Consultámos o processo clínico para termos conhecimento do tipo de anestesia e analgesia (registados em folha própria) a que a criança tinha sido submetida no bloco operatório, assim como, para conhecermos a prescrição analgésica para o pós-operatório. A consulta do processo era realizada logo após a criança chegar à enfermaria vinda do Bloco

Operatório, e os dados registados em instrumento criado para o efeito (Anexo 3 – B) . Nem sempre foi possível acedermos a todos os dados de anestesia, (tipo, dose, hora de administração) por não se encontrarem no processo clínico. Apesar da disponibilidade do Director do Serviço de Anestesiologista, da Enfermeira Chefe e Especialista, não encontrámos no arquivo do B.O. alguns desses registos. Também houve casos em que, apesar de existentes, os referidos registos, se encontravam incompletos. Estas ausências dificultaram a obtenção de bastantes dados.

1.3 - DEFINIÇÃO OPERACIONAL DE CONCEITOS

Atendendo às características do estudo e à revisão bibliográfica achamos necessário definir alguns conceitos:

- **Analgesia** – abolição da sensibilidade à dor sem supressão das outras propriedades sensitivas nem perda de consciência (Melzack e Wall, 1987).
- **Analgésico** - toda a substância medicamentosa que alivia a dor (Melzack e Wall, 1987).
- **Anestesia** – abolição total da sensibilidade local ou geral (Melzack e Wall, 1987).
- **Cirurgia ambulatoria** – métodos cirúrgicos realizados em pacientes que são internados e têm alta no mesmo dia (Araújo, 1996)
- **Intensidade da dor** – grau da dor, qualidade do que é intenso; valor numérico/escalar da dor (Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 1998). Pode ser determinada com mais precisão pela utilização de escalas de auto-avaliação facilitando a comunicação da criança acerca da sua dor (McCaffery e Beebe, 1997; Schechter, 1997).
- **Pós-operatório** – é o período que se segue ao intra-operatório, é a terceira fase do processo cirúrgico (Luckmann e Sorensen, 1987). Tem duas fases distintas. A primeira é a de saída da anestesia geral e a segunda leva à readaptação ao ambiente, quando o utente é encorajado a se sentar, levantar urinar e deambular (Meeker e Rothrock, 1997).

2 – AMOSTRAS

2.1 – CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

O estudo teve lugar num Hospital Pediátrico, da zona sul do país, em duas Consultas Externas (A e B) e em duas Unidades de Internamento (A e B) do Departamento de Cirurgia Pediátrica.

A **escolha da organização** deveu-se ao facto de ser a instituição onde exercemos a nossa actividade profissional e termos interesse em conhecer como gerimos a dor da criança e mais especificamente conhecer, tanto as capacidades dos nossos colegas, como as das mães, bem como as nossas como avaliadores da dor da criança.

Queremos referir que, quando colhemos os dados, não estávamos a exercer a nossa actividade profissional havia cinco meses. Assumimos o papel de aluna de um mestrado, a fazer um estudo sobre a dor pós-operatória das crianças. Quase todas as enfermeiras que fizeram parte da amostra nos conheciam. Tentámos perceber em que medida isso poderia influenciar os dados, procurámos sempre colocar as pessoas o mais possível à vontade e interferir o menos possível com a realidade, o que pensamos ter sido conseguido. Após a fase inicial de estranheza motivada pela nossa presença, desenvolveu-se um clima de confiança e de quase imperceptibilidade da nossa presença, por parte das/os enfermeiras/os, que pensamos ter diminuído grande parte dessa influência. No entanto, em Ciências Sociais lidamos com pessoas e estamos conscientes que a questão do observador poderá implicar alguma alteração nos comportamentos, tanto mais quando sabemos que o observador é um colega nosso, que irá tirar conclusões sobre o nosso trabalho.

A **colheita de dados** decorreu de 19 de Setembro de 2000 a 15 de Janeiro de 2001, durante, aproximadamente, 4 meses. Inicialmente, tínhamos a expectativa, resultante da nossa experiência, que seria fácil encontrarmos as 30 situações que pretendíamos. Não foi. E assim, o tempo despendido para atingirmos o nosso objectivo foi o dobro do que tínhamos previsto. Esta foi uma limitação com que o nosso estudo se deparou, mas os

estudos em Ciências Humanas e Sociais não são laboratoriais e, como tal, para a realização deste estudo tivemos de nos adaptar às situações da realidade.

Utilizámos uma **amostra não probabilística, de conveniência**, constituída por 30 crianças, respectivas mães e enfermeiras/os que cuidaram delas no pós-operatório.

Inicialmente, baseando-nos no nosso conhecimento sobre a incidência diária de crianças operadas e respectivas patologias cirúrgicas, pretendíamos investigar apenas as crianças operadas a patologia cirúrgica geral ambulatória num total de 40 sujeitos, durante um período de 2 meses. No entanto, no decurso da colheita de dados, devido a dificuldades de cariz organizativo relacionadas com problemas de funcionamento do Bloco Operatório, consequentes alterações no planeamento das intervenções cirúrgicas e diminuição do número de crianças operadas, optámos por incluir no estudo crianças operadas a patologia cirúrgica otorrinolaringológica em regime ambulatório, constituindo uma amostra de 30 sujeitos. O estudo foi aplicado a um máximo de duas crianças por dia (ocorreu apenas 8 vezes), uma vez que as crianças poderiam estar internadas em locais distantes na enfermaria impossibilitando assim a colheita de dados.

Os **sujeitos** que fazem parte da nossa **amostra** respeitam os seguintes critérios de selecção:

Crianças

- Idade compreendida entre os 5 e os 10 anos. A escolha da faixa etária teve como justificação o facto desta ter representado no ano de 1999, 35% da população de crianças operadas por cirurgia abdominal subdiafragmática (dados dos mapas da gestão de doentes), e teve em conta que nesta idade as crianças conseguem facilmente compreender as explicações e quantificar a intensidade e a qualidade da dor que sentem.
- Sem déficite cognitivo, para terem capacidade de auto-avaliarem a intensidade da dor pela Escala das faces.
- Acompanhada pela mãe. A escolha das mães derivou da maioria das crianças (78%) serem acompanhadas pelas mães durante a sua estadia no hospital (dados do relatório do Estudo sobre a Qualidade dos Serviços de Saúde, realizado no ano de 1999 na instituição onde o nosso trabalho se realizou).

- Sem experiência anterior de cirurgia e de internamento, para eliminar um dos aspectos do modo subjectivo de responder à dor aguda: evocação de experiências anteriores de situações similares e predição de consequências prováveis.
- Com diagnósticos de cirurgia geral (Hérnia Inguinal; Hérnia Umbilical, Hidrocelo e Fimose) e de cirurgia otorrinolaringológica (Hipertrofia das Amígdalas e Vegetações Adenóides-HAVA; Hipertrofia das Vegetações Adenóides-VA; Hipertrofia das Vegetações Adenóides e miringotomia-VA/tubos;), relacionou-se com o facto de constituírem grande parte da cirurgia electiva realizada em regime ambulatorio.
- Com cirurgia em regime ambulatorio (inferior a 24 horas), o que se prendeu com o facto de grande parte da cirurgia pediátrica ser realizada neste regime.
- Que aceitou participar no estudo, sendo que o consentimento foi dada à priori pela mãe.

Mães

É constituída pelas 30 mães das crianças seleccionadas. Todas consentiram participar no estudo. Decidimos incluir a mãe como avaliadora da dor da criança porque como já referimos a maioria das crianças foi acompanhada pelas mães durante a estadia na instituição onde se realizou este trabalho, no ano de 1999.

Sabemos que o envolvimento dos pais na avaliação da dor das crianças, é de grande valor e deve ser encorajado, pois, de acordo com Whaley e Wong (1989), são os pais que melhor conhecem a criança e as alterações no seu comportamento e, é a eles que as crianças mais facilmente confiam as suas sensações e emoções. Especificamente no caso das crianças submetidas a cirurgia ambulatoria, a avaliação dos pais é particularmente importante, porque serão eles os responsáveis pelo alívio da dor das crianças após a alta (Knight, 1994).

Ao longo do desenvolvimento do nosso estudo fomos constatando que algumas crianças eram também acompanhadas pelo pai, sobretudo no dia do internamento. Apesar de ter, também, todo o interesse, conhecermos como opai avaliam a dor do filho, decidimos não alterar o critério inicial de selecção da amostra.

Enfermeiras/os

A amostra das/os enfermeiras/os é constituída por 29 profissionais. Foram todas/os as/os que cuidaram das crianças da amostra no pós-operatório. Como resultado do estudo

empírico ter decorrido num período de quatro meses, em dois serviços de internamento de cirurgia, houve repetição das enfermeiras que cuidaram das crianças.

A escolha das/os enfermeiras/os prendeu-se com o facto de serem o elemento da equipa de saúde que cuida das crianças no pós-operatório da cirurgia ambulatória, o que torna os seus cuidados de avaliação e tratamento da dor decisivos no controlo da dor das crianças. Acresce ainda o facto de nós, próprios, sermos enfermeiras.

Tomando em consideração a revisão bibliográfica e o objectivo do nosso estudo definimos as seguintes **variáveis em estudo**:

– **Variáveis dependentes**

Intensidade da dor pós-operatória

Variação da pressão arterial (P.A)

– **Variáveis independentes**

Avaliadores da dor

Momentos de avaliação da dor

Idade da criança

Diagnóstico cirúrgico

Analgesia pós-operatória

Intensidade da dor (relativamente à P.A)

Antes da colheita de dados empírica, em Junho de 2000, realizámos um pequeno **pré-teste**, no sentido de decidirmos que escala de auto-avaliação (cognitiva) utilizar com as crianças, mães e enfermeiros, assim como, para identificar em que critérios se baseavam os pais e enfermeiras/os para avaliar a dor da criança.

Este pré-teste não foi realizado com crianças hospitalizadas, porque não sendo indispensável, poderia constituir mais um factor de stress a juntar àqueles com que a criança tem de lidar no hospital e consequentemente interferir, de algum modo, no seu processo de tratamento.

Neste sentido, contactámos a directora de um colégio privado do Concelho de Cascais e, após apresentação oral sumária do estudo que pretendíamos realizar, pedimos autorização para testar as escalas numérica e das faces (Wong e Baker) com crianças dos 5 aos 10 anos daquela instituição.

A escolha das crianças obedeceu aos seguintes critérios: 3 crianças de cada idade do grupo etário dos 5 aos 10 anos, sem experiência anterior de dor pós-operatória. Estas crianças frequentavam níveis de escolaridade entre a pré-primária e o 4º ano do ensino básico.

Antes da aplicação das escalas foi explicado à criança o que se pretendia e pedimos a sua colaboração. Todas as crianças se dispuseram a colaborar. Posteriormente, foi apresentada a cada criança um desenho de um menino com uma ferida num joelho a ser cuidado por uma figura feminina adulta. Finalmente foram-lhes colocadas as seguintes questões:

- O que pensas que se passa com o menino do desenho? Todas as crianças identificaram a situação dolorosa.
- Já tiveste / sentiste dor? Todas responderam afirmativamente.
- Com o quê / o que te fez ter dor? Todas referiram uma ou duas experiências dolorosas. Para introduzir a experiência correspondente à ausência de dor - face 0, foi perguntado a cada criança qual das faces traduzia a sua dor quando um cãozinho lhe dava uma lambidelas? Das 18 crianças uma referiu a face 4 - dói muito, resposta que estava relacionada com o medo que tinha de cães. Esta resposta levou-nos a introduzir a carícia da mãe como experiência representante da ausência de dor.

Após aplicação das escalas foram colocadas as seguintes questões:

O que fazes quando tens dor? Pedes ajuda? A quem? A maioria das crianças respondeu que pede ajuda à mãe. Apenas uma criança respondeu não pedir ajuda, desenvolvendo por si esforços de alívio da dor.

- Qual das escalas preferes? Das 18 crianças, 15 (83%) referiram preferir a escala das faces e 3 (17%) a escala numérica. Das últimas, 1 criança tinha 9 anos e frequentava o 3º ano de escolaridade e 2 tinham 10 anos e frequentavam o 4º ano de escolaridade.

Com as mães e enfermeiras fizemos o **pré-teste** no mesmo Hospital onde aplicámos posteriormente o estudo. Antecipadamente, contactámos com um dos membros do Conselho de Administração - Enfermeira Directora, a quem explicámos sucintamente o estudo que pretendíamos realizar. De imediato houve grande disponibilidade e vontade que o estudo fosse realizado. Seguidamente, e por forma a termos a garantia da realização do nosso estudo, pedimos autorização escrita àquele órgão para a aplicação do pré-teste assim como a posterior realização da colheita de dados empírica.

O pré-teste foi aplicado ao fim de uma manhã, numa enfermaria cirúrgica, após explicação do objectivo aos acompanhantes e os enfermeiros das crianças dos 5 aos 10 anos operadas

nessa manhã (1 criança de 10 anos; 2 de 7 anos; 1 de 5 anos). Aplicámos o pré-teste a 3 mães, 1 pai e 3 enfermeiras e 1 enfermeiro.

A intensidade da dor da criança no momento do “Acordar da anestesia” (Escala das faces e Escala numérica) foi pontuada por todos os enfermeiros, mais baixa do que pelos pais.

Ambas as escalas são adequadas para medir a intensidade da dor das crianças, percebida pelos pais e enfermeiros, pois as pontuações foram correspondentes em ambas as escalas.

Quanto à escala que preferiram, a maioria dos pais (3:4) e a maioria dos enfermeiros (3:4) optaram pela Escala das faces.

Quanto aos critérios que consideraram na avaliação da dor da criança ao acordar da anestesia, verificámos existirem nas respostas dos pais três categorias com maior número de ocorrências - a verbalização da dor (3), choro (3) e agitação motora (2), seguidas das categorias tocar o local da dor, pedir ajuda para mudar de posição, e conhecimento da criança (1). Nas respostas das/os enfermeiras/os apareceram com maior número de ocorrências a verbalização da dor (2) e o fâcies contraído (2), seguidas das categorias aponta o local da dor, geme, postura flectida e agitação motora (1). Tanto os pais como os enfermeiros realizaram a avaliação da dor de forma empírica e com base no comportamento da criança.

2.2 - PROCEDIMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na **Consulta e Unidade de internamento A**, foram assistidas as crianças submetidas a cirurgia geral (Hérnia Inguinal, Hérnia Umbilical, Hidrocelo e Fimose) e na **Consulta e Unidade de internamento B** foram assistidas as crianças submetidas a cirurgia de Otorrinolaringologia (HAVA, VA ou VA/tubos).

Na **consulta externa A e B**, no dia em que as crianças vinham à consulta médica de anestesia e à preparação para a cirurgia e internamento realizada pela enfermeira da consulta (o que ocorreu habitualmente na véspera), consultámos os Processos Clínicos a fim de seleccionar a amostra. A enfermeira apresentá-los à criança e acompanhantes. Seguidamente, explicávamos-lhe o estudo em realização e solicitávamos a sua participação/consentimento. Após aceitação verificada em todos os casos, com a ajuda de um desenho que nos ajudava a introduzir o assunto das experiências dolorosas (Anexo 4),

perguntávamos às crianças quais as suas experiências anteriores com dor. Após a sua identificação apresentávamos e explicávamos à criança, a escala de medição da intensidade da dor (Escala das faces), e solicitávamos que pontuasse as experiências referidas, com esta escala. Este procedimento permitiu à criança familiarizar-se com a escala e também serviu de treino para uma utilização mais eficaz no pós-operatório.

Na maioria dos casos, na consulta A, contactámos directamente os potenciais sujeitos de estudo, dado que por carência de enfermeiros, a maioria das vezes a preparação da criança e pais para o internamento e cirurgia não foi realizada.

Na **unidade de internamento A e B**, no dia da cirurgia enquanto aguardavam pela ida para o B.O, demos continuidade à relação iniciada com a criança e mãe no dia da Consulta de anestesia.

No pós-operatório, a avaliação da intensidade da dor realizou-se em momentos pré-determinados, e consistiu na auto-avaliação da criança (Escala das faces), nas medições feitas pelos próximos – a mãe e a/o enfermeira/o que cuidavam da criança (Escala das faces), também na observação do comportamento feita por nós (escala de observação comportamental – CHEOPS).

Foram contemplados os seguintes momentos de avaliação:

Ao acordar da anestesia – (momento 1) primeiro aplicávamos a escala de observação comportamental, depois procedíamos à medição da P.A e, posteriormente, aplicávamos a escala de avaliação da intensidade da dor, separadamente, à mãe e à/o enfermeira/o que cuidava da criança.

De acordo com Sullivan (1994) é complicado avaliar a dor no pós-operatório devido aos efeitos residuais da anestesia, que podem limitar a capacidade do utente para verbalizar a dor. A mesma autora, referindo Gilbert (1992), diz que a verbalização e a experiência de dor pós-anestesia pode variar dependendo do estágio do acordar da anestesia, motivo pelo qual, neste primeiro momento não se solicitou à criança a auto-avaliação. Este primeiro momento de avaliação justifica-se pelos resultados de estudos anteriores que constataram existir comportamentos do acordar da anestesia que estavam relacionados com dor pós-operatória: agitação (na ausência de hipoxémia), choro, imobilização, inquietação, caretas, gemidos, hipertensão e taquicárdia (Litwack, 1991 e Gilbert, 1992 cit. por Sullivan, 1994).

Ao iniciar líquidos - (momento 2) primeiro aplicávamos a escala de observação comportamental e procedíamos à medição da P.A. Depois pedíamos a avaliação da intensidade da dor à criança, mãe, e à/ao enfermeira/o que cuidava da criança.

A suspensão do jejum, isto é, o início da dieta líquida no pós-operatório ocorre, geralmente, neste tipo de cirurgias, cerca de 2 a 3 horas após acordar da anestesia. A escolha desta altura para segundo momento de avaliação prendeu-se com o facto de as crianças já se encontrarem acordadas, com reflexos activos e aptas a verbalizar; e também porque nesta altura, há menos possibilidades do investigador interferir com o sono/repouso da criança.

Antes da administração de analgésico (ocorreu em alturas diversas) – o procedimento foi igual ao do momento anterior.

Uma hora após a administração de analgésico – (uma hora após o momento anterior) procedemos como referido no momento "Iniciar líquidos". As avaliações nos momentos antes e uma após a administração do analgésico possibilitarão conhecer a eficácia do procedimento analgésico.

Na primeira micção (ocorreu em alturas diversas) – o procedimento foi igual ao do momento "iniciar líquidos".

No momento da alta – (último momento) – procedemos como referido no momento "iniciar líquidos". No caso das crianças que não tiveram alta no próprio dia da cirurgia (por critério médico ou por ter surgido alguma complicação) estabeleceu-se que a última avaliação da intensidade da dor ocorria pelo menos após cinco horas do pós-operatório.

De acordo com o Guia de Gestão da dor (AH CPR, 1992) a intensidade da dor pós-operatória é máxima nas primeiras vinte e quatro horas. Também Knight (1994) investigou a incidência, a avaliação e gestão da dor decorrente da cirurgia pediátrica ambulatoria, em crianças submetidas a cirurgia geral programada, e constatou que a dor persistiu para além das quarenta e oito horas em algumas crianças. Refere ainda que alguns familiares registaram dores intensas em casa. São estas constatações que justificam a escolha deste momento para última avaliação da dor.

Procedemos à avaliação da P.A (componente fisiológica da dor), em todos os momentos de avaliação da intensidade da dor.

Entrevistámos as/os enfermeiras/os e as mães após as duas primeiras avaliações da intensidade de dor da criança, isto é, após o momento de avaliação “Iniciar líquidos” (mães e enfermeiras/os) e após a administração de analgésico à criança (enfermeiras/os), para conhecermos os *critérios utilizados na avaliação da intensidade da dor das crianças* e, no caso das/os enfermeiras/os, também para identificarmos *os critérios utilizados na tomada de decisão de administrar analgésico à criança* no pós-operatório.

Simultaneamente, nos dois primeiros momentos de avaliação da dor (“Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”) observámos e registámos *as estratégias não-farmacológicas* utilizadas quer pelos enfermeiros quer pelas mães susceptíveis de aliviar a dor das crianças.

2.3 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Em seguida, apresentaremos alguns aspectos de caracterização das 30 crianças, respectivas mães e das/os 29 enfermeiras/os que cuidaram das crianças no pós-operatório.

As **Crianças** tinham em média 7,2 anos. O grupo com maior representatividade foi o dos 5,6,7 anos (20), seguido do grupo dos 8,9,10 anos (10). A maioria das crianças (19) pertencia ao **sexo** masculino. A maior parte das crianças (20) foram operadas por **diagnósticos de cirurgia geral** (Hérnias Inguinais e Umbilicais, Hidrocelo e fimose), seguido das operadas por diagnósticos de cirurgia otorrinolaringológica (HAVA, VA e Miringotomia /Tubos) (10). Todas as crianças tiveram **experiências anteriores com dor** e verificámos que grande parte das crianças (21) referiram como experiência anterior mais dolorosa, os traumatismos corporais; ao contrário, apenas as restantes (9) referiram os sintomas corporais. Este resultado foi, de certo modo, consistente com o do estudo realizado por Wong e Baker (1988) com 150 crianças hospitalizadas, em que das 116 experiências dolorosas anteriores referidas pelas crianças, a maioria 78% se relacionava com procedimentos tais como colheitas de sangue, injeções e outros, enquanto que apenas 22% estavam relacionadas com sintomas corporais. Pelas pontuações da **intensidade da dor** atribuídas à experiência de dor anterior mais intensa constatámos que a maioria das crianças (29) consideraram já ter vivido pelo menos uma experiência de dor significativa ($\geq$ face 3). A intensidade da dor significativa ($\geq$ face 3) foi atribuída pela maioria das crianças a traumatismos corporais (20).

As **mães** tinham uma **idade** média de 33 anos, com uma amplitude da variável de 30 anos: a mãe mais nova tinha 20 anos e a mais velha 50 anos. As **habilitações literárias** variaram entre a licenciatura (2) e o ensino básico (6). Um terço das mães não detinham a escolaridade obrigatória estabelecida no nosso país. A maioria das mães exercia uma actividade profissional remunerada (27), que estava de acordo com as habilitações que possuíam. No que diz respeito à **experiência com dor pós-operatória**, a maioria das mães tinham tido experiência própria (19) ou com um filho (1). Relativamente à **intensidade da dor** pós-operatória experimentada pelas mães ao "Acordar da anestesia" com a utilização da Escala das Faces, é de salientar que a maioria das mães (11) consideraram ter sentido dor pós-operatória significativa ($\geq$ face 3). A mãe que referiu ter tido experiência anterior de dor pós-operatória com um filho, também percepcionou que a dor do seu filho ao "Acordar da anestesia" era significativa (face 4).

A amostra das/os **enfermeiras/os** revelou uma grande diversidade de características. A quase totalidade destes profissionais (28) pertencia ao **sexo** feminino (o que reforça a ideia de que a Enfermagem é ainda uma profissão essencialmente feminina). A média de **idades** foi de 33 anos, sendo a amplitude desta variável de 32 anos, tendo a enfermeira mais nova 22 anos e a mais velha 54 anos (estes dados revelam-nos que a profissão de enfermagem é constituída essencialmente por profissionais jovens e que os profissionais da classe etária mais elevada se encontram em situação de pré-reforma). A **formação académica** mais frequente foi o grau de bacharel (21), seguida do grau de licenciatura (4) e do Curso Geral de Enfermagem (4). Esta diversidade de formação relaciona-se com a evolução profunda e rápida que esta profissão tem vindo a sofrer desde há pouco mais de uma dezena de anos, essencialmente a partir da altura em que o Ensino de Enfermagem foi integrado no Ministério da Educação (1988) e passou a licenciatura. Quanto ao **tempo de exercício profissional**, a média foi de 11 anos com uma amplitude de variável oscilando entre 15 dias e 32 anos. Mais de metade das/os enfermeiras/os (19) exerce a profissão há menos de 13 anos. Quanto ao **tempo de exercício em pediatria cirúrgica**, a média foi 7 anos com uma amplitude de variável variando entre 15 dias e 24 anos. A maioria das/os enfermeiras/os (24) exerce a sua actividade em Pediatria Cirúrgica há menos de 6 anos. Das/os enfermeiras/os com **experiência pessoal com dor pós-operatória** (21), a maioria (16) considerou ter sentido **intensidade da dor** significativa ao "Acordar da anestesia" ($\geq$ face 3). Quanto ao modo como **adquiriram conhecimentos sobre a dor**, a maioria (20) referiu a teoria em associação com a prática. A dor fez parte do currículo escolar (apesar

da carga horária reduzida) de menos de metade das/os enfermeiras/os (13) e destes, a generalidade (10) fez a sua formação em enfermagem nos últimos 6 anos.

A maioria conhecia a escala das faces (17), mas apenas 2 a usaram durante a sua formação académica.

3 - RESULTADOS

3.1 - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DE NATUREZA QUANTITATIVA

No **tratamento dos dados de natureza quantitativa** foram utilizadas medidas de estatística descritiva e de estatística inferencial.

Os testes paramétricos utilizados foram a ANOVA (Two-Way) para comparação entre os "grupos de avaliadores da dor" e os "momentos de avaliação da dor"; a ANOVA (One-way) para comparação entre os "grupos de avaliadores" em cada momento de avaliação, para comparação entre os "momentos de avaliação" em cada "grupo de avaliadores da dor", para comparação da *Intensidade da dor* pós-operatória auto-avaliada pelas crianças conforme os "diagnósticos cirúrgicos", e também, conforme os "grupos de idades das crianças"; o teste t para duas amostras emparelhadas para comparação de pares de avaliadores; o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney para comparação entre "grupos de avaliadores" ou entre "momentos de avaliação", com amostras pequenas; e o teste paramétrico R de Pearson para conhecermos a correlação existente entre os valores da *P.A sistólica* e a *Intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças*.

3.1.1 - A Intensidade da dor pós-operatória

Do ponto de vista estatístico, o trabalho incidiu na comparação entre os "grupos de avaliadores da dor" (*crianças, mães, enfermeiras/os e investigadora*) quanto à avaliação da *Intensidade da dor pós-operatória*, através da análise da variância (ANOVA) para dois factores (Two-way) e a um factor (One-Way), bem como do teste t para médias (duas amostras emparelhadas).

O factor "avaliadores da dor" é constituído por quatro grupos: *o grupo das crianças, o grupo das mães, o grupo das/os enfermeiras/os e a investigadora*.

A avaliação da dor foi efectuada no dia da intervenção cirúrgica em "momentos de avaliação" pré-determinados que foram classificados segundo a altura da sua ocorrência

em: *acordar da anestesia, iniciar líquidos, e antes da alta* no máximo até às 7,30h do pós-operatório. Acrescentam-se, no caso das crianças que fizeram analgesia no pós-operatório, os momentos *antes e 1 hora após a administração do analgésico*, assim como, nas crianças submetidas a cirurgia de “*fimose*” (circuncisão), o momento da *1ª micção*.

Esta análise estatística vai permitir-nos identificar a existência de uma eventual **subavaliação da dor da criança por partes dos avaliadores que não a criança** (1ª hipótese).

Comparamos também os diferentes "momentos de avaliação" quanto às médias de *Intensidade da dor*, para cada "grupo de avaliadores", através da ANOVA a um factor (One-Way ANOVA), o que nos poderá mostrar, não só como as médias variam ao longo dos momentos de avaliação, como também, se existem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos momentos, para cada um dos grupos de avaliadores. Trata-se, ainda, de avaliarmos que "momentos de avaliação" são considerados mais dolorosos.

Sempre que se registaram diferenças significativas ($p \leq 0,05$) globais, entre os "grupos de avaliadores", ou entre os "momentos de avaliação", efectuaram-se comparações *post-hoc*, utilizando o teste de H.S.D. de Tukey.

Para que a leitura dos resultados seja facilitada devemos recordar o seguinte:

- a avaliação da *Intensidade da dor pós-operatória* na sua **componente cognitiva** é avaliada através da Escala das faces de Wong e Baker utilizada pelos grupos das crianças, mães e enfermeiras cujas pontuações variam entre 0 – 5; na **componente comportamental** é avaliada através da escala CHEOPS utilizada pela investigadora, cujas pontuações foram ajustadas aos valores da Escala das Faces, de modo a permitir a comparação estatística entre os diferentes "grupos de avaliadores", conforme referido em Metodologia. Como esta escala apenas foi utilizada com fiabilidade em crianças de 1 aos 7 anos após cirurgia (Stevens, Hunsberger e Browne, 1987 cit. por Joyce et al. 1994; McGrath et al, 1985) tornou-se necessário antes do tratamento dos dados, agruparmos as crianças em dois grupos *5,6,7 anos e 8,9,10 anos*, de modo a compará-los entre si quanto à avaliação da *Intensidade da dor* com a escala CHEOPS. Verificamos pela ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 3**, a inexistência de

diferenças estatisticamente significativas na *Intensidade da dor* entre “os grupos de idades das crianças” ($p>0,05$).

INTENSID Intensidade da dor

Grupos de idades das crianças	N	Média	Desvio Padrão	F	p
5,6,7anos	81	2,37	1,58	1,105	,295
8,9,10anos	37	2,05	1,37		
Total	118	2,27	1,52		

Quadro 3 - Resultados da ANOVA para "grupos de idades das crianças" na variável *Intensidade da dor* avaliada com a Escala CHEOPS.

Também o teste U de Mann Whitney nos revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os “grupos de idades das crianças”, quanto à avaliação da *Intensidade da dor* avaliada pela escala CHEOPS nos diferentes “momentos de avaliação” da dor pós-operatória. Não havendo diferenças estatisticamente significativas entre os *grupos das idades das crianças*, quanto à *Intensidade da dor* pós-operatória avaliada pela investigadora, com a utilização da Escala CHEOPS, passamos a utilizar a amostra das crianças como um grupo único.

- a **componente fisiológica** da dor foi avaliada através da medição da tensão Arterial (P.A), em todos os "momentos de avaliação", uma vez que, de acordo com os autores referidos em enquadramento teórico, este é um dos modos de avaliar esta componente.
- no "momento de avaliação" *acordar da anestesia*, como foi explicado em Metodologia, não é pedida à criança a sua avaliação da dor pela Escala das faces. Por conseguinte, neste momento os "avaliadores da dor" são os *grupos das mães, das/os enfermeiras/os e investigadora*, o que justifica as diferenças nos N.
- como foi anteriormente explicado, os momentos *antes e após a administração de analgésico* e o momento da *1ª micção*, apenas ocorrem com as crianças que foram sujeitas a analgesia pós-operatória na enfermaria e operadas por “*fimose*”, respectivamente, o que justifica as diferenças nos N.
- o momento *antes da alta*, é o ultimo "momento de avaliação" deste estudo e recebe esta designação, porque a maioria das crianças do estudo teve alta no próprio dia da cirurgia (67%). No entanto, nas crianças que tiveram alta no dia seguinte (33%), esta designação manteve-se, sendo que este momento de avaliação ocorreu à 5^ah (17%), 6^ah (13%) e 7,30h (3%) do pós-operatório.

Comparação entre os "grupos de avaliadores" e os "momentos de avaliação"

No **Quadro 4** podemos observar as médias da *Intensidade da dor*, nos diferentes "momentos de avaliação", para os quatro "grupos de avaliadores", estando estes resultados representados graficamente (**Gráfico 1**) .

Grupos de avaliadores da dor	Momentos de avaliação	Acordar da anestesia	Iniciar líquidos	Antes da administração do analgésico	1 h após a administração do analgésico	1ª micção	Antes da alta
Crianças	Média		2,00	3,57	2,33	2,86	1,43
	N		30	7	6	7	30
	Desvio padrão		1,44	,79	,82	1,46	1,25
Mães	Média	3,47	1,70	3,43	2,17	2,75	1,20
	N	30	30	14	6	8	30
	Desvio padrão	1,48	1,34	1,22	1,17	1,58	1,06
Enfermeiras/os	Média	2,47	1,33	3,43	2,00	2,75	1,37
	N	30	30	14	6	8	30
	Desvio padrão	1,43	1,35	1,02	1,55	1,58	1,27
Investigadora	Média	3,33	1,63	3,79	1,33	3,00	1,13
	N	30	30	14	6	8	30
	Desvio padrão	1,32	1,16	1,05	,52	1,41	,90
Total	Média	3,09	1,67	3,55	1,96	2,84	1,28
	N	90	120	49	24	31	120
	Desvio padrão	1,47	1,33	1,04	1,08	1,44	1,12

Quadro 4 - Médias de *Intensidade da dor* pós-operatória nos "grupos de avaliadores" nos diferentes "momentos de avaliação".

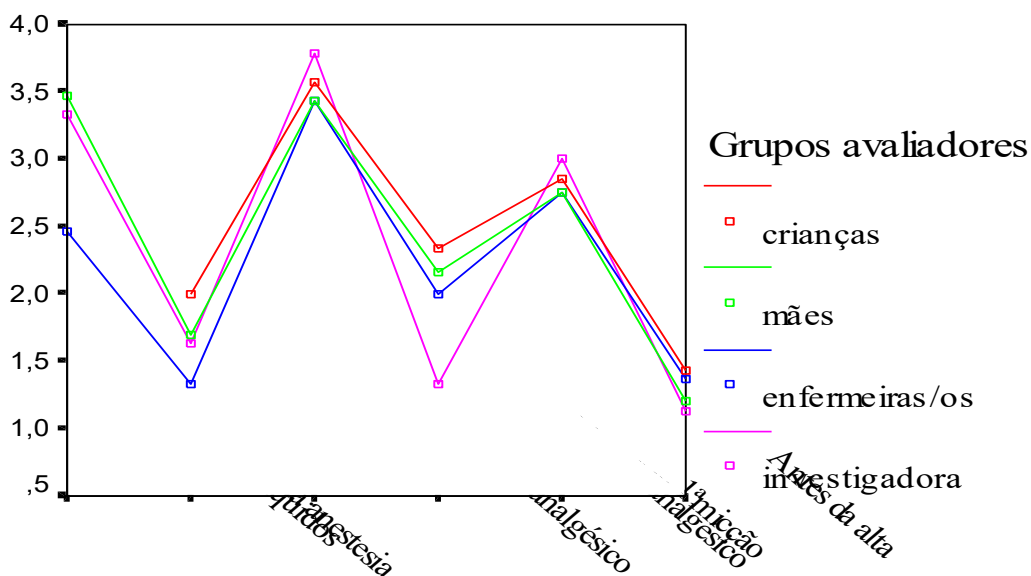


Gráfico 1 - Comparação entre os "grupos de avaliadores" quanto às médias de *Intensidade da dor* pós-operatória nos diferentes "momentos de avaliação".

Observando os dados do **Quadro 4**, em conjunto com o **Gráfico 1**, temos uma ideia das mudanças ocorridas nas médias de *Intensidade da dor* referidas pelos "grupos de avaliadores", ao longo dos "momentos de avaliação" e em cada momento de avaliação, desde o momento *acordar da anestesia* até ao momento *antes da alta* da criança.

As médias das pontuações de *Intensidade da dor* pós-operatória dos "grupos de avaliadores" nos diferentes "momentos de avaliação" mostram-nos que as pontuações globais de dor foram elevadas (intensidade > 2).

A ANOVA (Two-way), apresentada no **Quadro 5**, revela-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas na *Intensidade da dor* entre os "momentos de avaliação" de dor ($p < 0,05$), a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre os "grupos de avaliadores" ($p > 0,05$) e inexistência de interação estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p > 0,05$).

Dependent Variable: INTENSID Intensidade da dor

Variável	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Grupos avaliadores	4,214	3	1,405	,872	,456
Momentos de avaliação	290,679	5	58,136	36,071	,000
Interação	19,738	14	1,410	,875	,587

Quadro 5 - Resultados da ANOVA para "grupos de avaliadores" e "momentos de avaliação" na variável *Intensidade da dor*.

Com efeito, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) revela que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) entre o momento *acordar da anestesia* e os momentos *iniciar líquidos*, *1h após analgésico* e *antes da alta* com médias mais altas ao *acordar da anestesia*, não diferindo nos restantes. Existem também diferenças significativas, entre o momento *iniciar líquidos* e os momentos *antes analgésico* e *1ª micção*, com médias inferiores no momento *iniciar líquidos* em relação aos outros dois momentos. Ainda, existem diferenças significativas, entre o momento *antes do analgésico* e os momentos *1h após analgésico* e *antes da alta* com médias superiores naquele momento e finalmente entre o momento da *1ª micção* e o momento *antes da alta* também com médias superiores naquele momento.

Comparação entre os “grupos de avaliadores” em cada um dos “momentos de avaliação”

Apesar da ANOVA (Two-way) representada no **Quadro 5** não revelar existirem diferenças estatisticamente significativas quanto às pontuações de *Intensidade da dor* entre os "grupos de avaliadores", verificamos pelo **Gráfico 1** que as maiores diferenças observadas na *Intensidade da dor* pós-operatória, consoante o grupo avaliador, dão-se nos momentos *acordar da anestesia* e *1h após a administração do analgésico*.

Assim, fomos comparar os "grupos de avaliadores" entre si em cada um dos "momentos de avaliação" da dor pós-operatória, através da utilização da ANOVA (One-way).

Ao acordar da anestesia

No momento *acordar da anestesia*, a ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 6** e representada graficamente (ver **Gráfico 2**) mostra que existem diferenças estatisticamente significativas entre os "grupos de avaliadores" quanto às médias de *Intensidade da dor* ($p < 0,05$).

ACORDAR Intensidade da dor ao acordar da anestesia

Grupos de avaliadores	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Intergrupos	17,689	2	8,844	4,432	,015
Intragrupos	173,600	87	1,995		
Total	191,289	89			

Quadro 6 - Resultados da ANOVA (One-way) para "grupos de avaliadores" no momento acordar da anestesia na variável Intensidade da dor.

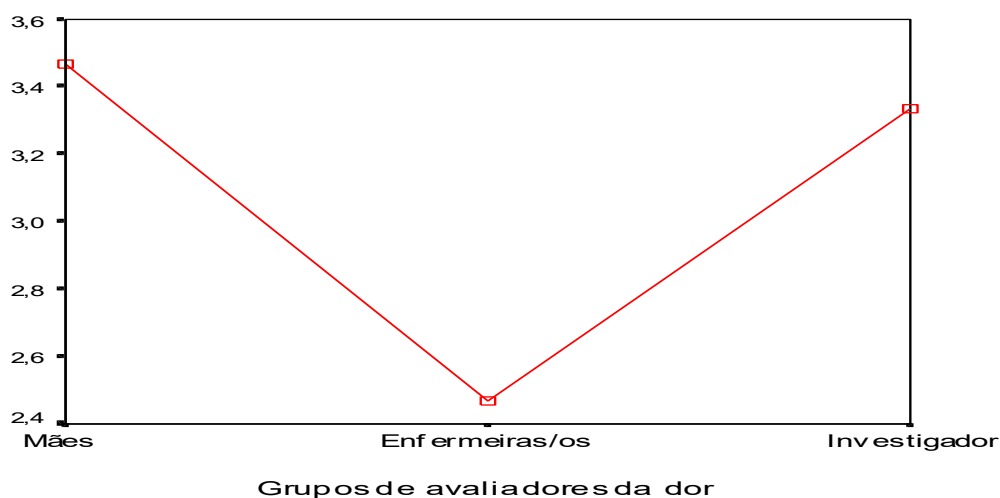


Gráfico 2 - Comparação entre os grupos das mães, enfermeiras e investigadora no momento acordar da anestesia quanto às médias de Intensidade de dor .

De facto, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) mostra que existem diferenças estatisticamente significativas entre o *grupo das mães e o das enfermeiras* ($p < 0,05$) quanto às médias de *Intensidade da dor* no momento *acordar da anestesia*, sendo que o *grupo das mães* atribui à dor das crianças pontuações superiores às do *grupo das enfermeiras*.

Nos outros “momentos de avaliação”

A comparação dos "grupos de avaliadores" entre si nos restantes "momentos de avaliação" (*iniciar líquidos, antes e 1h após a administração do analgésico, 1ª micção e antes da alta*) mostra-nos que, apesar de existirem diferenças nas médias de *Intensidade da dor* entre os avaliadores (**Quadro 4**), essas não são estatisticamente significativas, como se pode verificar pelos resultados das várias ANOVA (One-way) para cada um dos "momentos de avaliação" (**Quadro 7**).

Momentos de avaliação da dor	Grupos de Avaliadores	Soma dos quadrados	gl	Quadrados médios	F	p
Iniciar líquidos	Intergrupos	6,733	3	2,244	1,277	,286
	Intragrupos	203,933	116	1,758		
	Total	210,667	119			
Antes da administração do analgésico	Intergrupos	1,194	3	,398	,352	,788
	Intragrupos	50,929	45	1,132		
	Total	52,122	48			
1 h após a administração de analgésico	Intergrupos	3,458	3	1,153	,981	,421
	Intragrupos	23,500	20	1,175		
	Total	26,958	23			
1ª micção	Intergrupos	,336	3	,112	,049	,985
	Intragrupos	61,857	27	2,291		
	Total	62,194	30			
Antes na alta	Intergrupos	1,767	3	,589	,460	,711
	Intragrupos	148,600	116	1,281		
	Total	150,367	119			

Quadro 7 - Resultados das ANOVA (One-way) para "grupos de avaliadores" nos “momentos de avaliação” na variável *Intensidade da dor*.

Como verificamos no **Quadro 4**, nos momentos *antes e 1h após a administração do analgésico* e no momento da *1ª micção*, o N de cada um dos "grupos de avaliadores" é muito pequeno, o que implicou que para os compararmos entre si (nos referidos momentos), utilizássemos o teste não paramétrico U de Mann-Whitney. Constatamos não haver diferenças estatisticamente significativas entre os "grupos de avaliadores" naqueles

"momentos de avaliação" quanto às pontuações de *Intensidade da dor*, excepto entre o grupo das crianças e a investigadora no momento 1 h após a administração do analgésico, em que o resultado do teste U foi 6 ($p=0,041$). Assim, as médias de *Intensidade da dor 1 h após a administração do analgésico* são consideradas significativamente diferentes entre o grupo das crianças e a investigadora, sendo que as médias mais elevadas são as do grupo das crianças.

Concluindo, os "grupos de avaliadores" não diferem entre si, excepto o grupo das mães e o das/os enfermeiras/os no momento acordar da anestesia, no sentido de que, o primeiro avalia a dor dos filhos com médias significativamente superiores às do segundo. Existem também diferenças entre o grupo das crianças e a investigadora no momento 1 h após a administração do analgésico sendo as crianças que auto-avaliam a dor com médias superiores às da investigadora.

Comparação entre os "momentos de avaliação" em cada "grupo de avaliadores"

Como constatámos anteriormente, pelo resultado da Two-way ANOVA (ver **Quadro 5**) existiam entre os "momentos de avaliação" diferenças estatisticamente significativas nas pontuações médias de *Intensidade da dor* ($p<0,05$). Para sabermos o sentido dessas diferenças vamos proceder a uma análise mais específica.

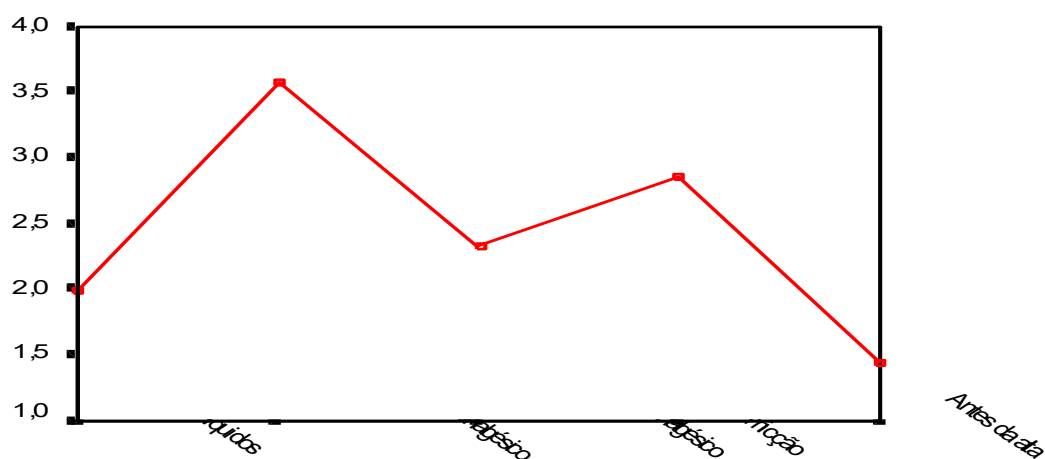
Grupo das Crianças

No **Quadro 8** e **Gráfico 3** podemos observar as médias da *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação", para o grupo das crianças.

Auto-avaliação da Intensidade da dor

Momentos de avaliação da dor	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Líquidos	30	2,00	1,44	4,891	,001
Antes da administração do analgésico	7	3,57	,79		
1 h após a administração do analgésico	6	2,33	,82		
Na 1ª micção	7	2,86	1,46		
Antes da alta	30	1,43	1,25		
Total	80	2,03	1,41		

Quadro 8 - Médias da auto-avaliação de *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).



Momentos de avaliação da dor

Gráfico 3 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias da auto-avaliação de *Intensidade da dor* das crianças.

Observando os dados do **Quadro 8**, em conjunto com o **Gráfico 3**, temos uma ideia das mudanças ocorridas nas médias da *Intensidade da dor* no grupo das crianças, ao longo dos "momentos de avaliação", desde o momento *iniciar líquidos* até à *alta*. O gráfico indica que é no momento *antes do analgésico* e *1ª micção* que o grupo das crianças auto-avalia a *Intensidade da dor* com valores mais elevados, e é no momento *antes da alta* que a auto-avalia com valores mais baixos.

Quando comparamos os diferentes "momentos de avaliação", quanto à *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças, a One-way ANOVA (**Quadro 8**) mostra-nos existirem diferenças estatisticamente significativas entre os "momentos de avaliação" ($p < 0,05$).

Com efeito, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) revela que na auto-avaliação das crianças sobre a *Intensidade da sua dor* existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias entre os momentos *iniciar líquidos* e *antes da administração do analgésico*, com médias inferiores no momento *iniciar líquidos* e entre os momentos *antes da administração do analgésico* e *antes da alta*, com médias superiores naquele momento.

De acordo com o teste *post-hoc*, no grupo das crianças não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias de *Intensidade da dor* entre os momentos *1ª micção* ($N=7$) e *antes da alta* ($N=30$). Recorremos ao teste U de Mann

Whitney cujo resultado 46,5 ($p=0.020$) nos indica que as médias de *Intensidade da dor* entre aqueles momentos são significativamente mais elevadas no momento da 1ª micção. Também nos momentos *antes e 1 h após a administração*, por os N serem muito pequenos, aplicamos o teste U de Mann Whitney, cujo resultado 5,5 ($p=0.020$) nos mostra que as médias da *Intensidade da dor* entre aqueles momentos são significativamente superiores *antes da administração do analgésico*¹⁷.

Grupo das Mães

No **Quadro 9** podem observar-se as médias da *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação", para o *grupo das mães*, estando estes resultados representados graficamente (**Gráfico 4**) .

Intensidade da dor					
Momentos de avaliação da dor	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Acordar da anestesia	30	3,47	1,48	12,513	,000
Líquidos	30	1,70	1,34		
Antes da administração do analgésico	14	3,43	1,22		
1 h após a administração do analgésico	6	2,17	1,17		
Na 1ª micção	8	2,75	1,58		
Antes da alta	30	1,20	1,06		
Total	118	2,32	1,60		

Quadro 9 - Médias da *Intensidade da dor* atribuídas pelo grupo das mães à dor pós-operatória dos filhos, nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).

¹⁷ Das 30 crianças da amostra, apenas 14 (47%) tinham prescrição médica analgésica para o pós-operatório. Cada uma tinha um só analgésico prescrito. Os analgésicos pertenciam todos ao grupo dos analgésicos não-opioides (Paracetamol 12, metamizol magnésico 1 e Ibuprofeno 1), na sua maioria prescritos por via rectal (13) e apenas 1 foi prescrito por via oral. Quanto ao horário da prescrição, a maioria (9) foi prescrito em SOS, sendo que, em apenas 5 casos o analgésico foi prescrito num horário regular (8/8 horas). No pós-operatório as enfermeiras administraram analgesia a 15 crianças (50%), num total de 15 analgésicos. Os analgésicos pertenciam todos do grupo dos não-opioides e foram administrados por via rectal (Paracetamol 13 e metamizol magnésico 2).

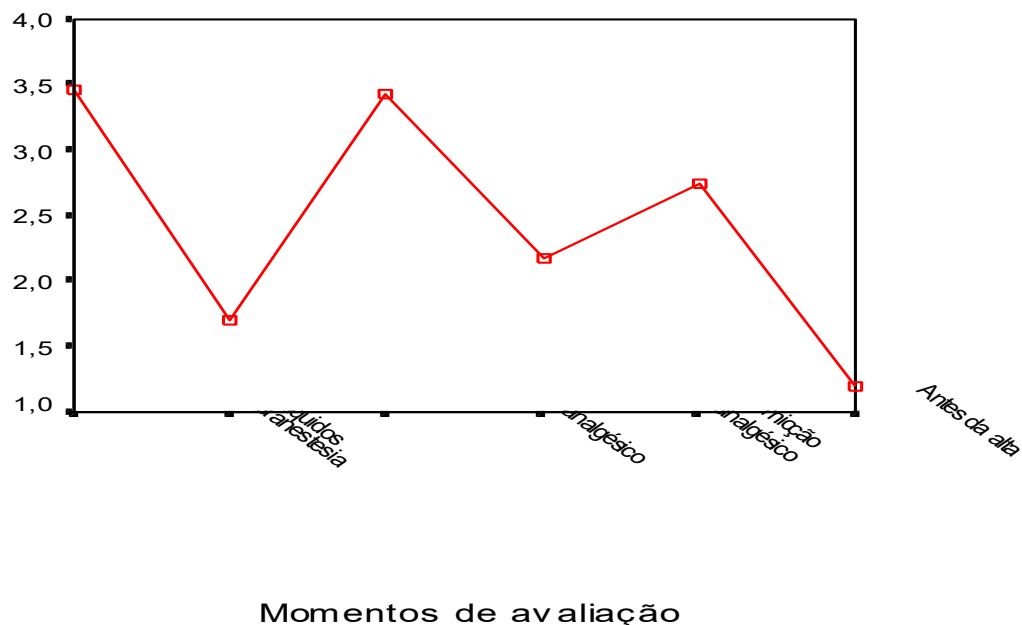


Gráfico 4 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de Intensidade da dor das crianças avaliada pelas mães

Observando os dados do **Quadro 9**, em conjunto com o **Gráfico 4**, temos uma ideia das mudanças ocorridas nas médias da *Intensidade da dor* atribuídas pelo grupo das mães à dor das crianças, ao longo dos "momentos de avaliação". O gráfico indica que é nos momentos *acordar da anestesia*, *antes da administração do analgésico* e na *1ª micção* que o grupo das mães atribui pontuações mais elevadas à *Intensidade da dor* das crianças, e é no momento *antes da alta* que as médias são mais baixas.

Quando comparamos os diferentes "momentos de avaliação", quanto às médias da *Intensidade da dor* referidas pelas mães, a ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 9** mostra-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os "momentos de avaliação" ($p < 0,05$).

De facto, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) revela que nas avaliações do grupo das mães, quanto à *Intensidade da dor* pós-operatória dos filhos, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas seguintes variáveis: entre o momento *acordar da anestesia* e os momentos *iniciar líquidos* e *antes da alta*, com pontuações mais altas ao acordar da anestesia; entre o momento *iniciar líquidos* e o momento *antes da administração do analgésico*, com pontuações inferiores no momento *iniciar líquidos*; entre os momentos

antes da administração do analgésico e antes da alta, com pontuações superiores naquele momento; e, finalmente, também entre os momentos da *1ª micção e antes da alta* também, com valores superiores naquele momento.

De acordo com o teste *post-hoc* não existem diferenças significativas ($p > 0,05$) na média de *Intensidade da dor* entre os momentos *acordar da anestesia* ($N=30$) e *1h após a administração do analgésico* ($N=6$). Utilizamos o teste U de Mann Whitney, cujo resultado 42 ($p = 0.036$) nos revela que as médias da *Intensidade da dor* entre aqueles momentos são significativamente mais elevadas no momento da *acordar da anestesia*.

Também nos momentos *antes e 1 h após a administração do analgésico*, como os N são muito pequenos, utilizamos o teste U de Mann Whitney, cujo resultado 19 ($p = 0.05$) constatando-se que não existe homogeneidade nas pontuações de *Intensidade da dor* nos momentos *antes e 1 h após a administração do analgésico*, sendo que é *antes da administração do analgésico* que as mães atribuem pontuações mais elevadas à dor dos filhos.

Grupo das/os Enfermeiras/os

No **Quadro 10** podem observar-se as médias de *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação" para o *grupo das/os enfermeiras/os*, estando estes resultados representados graficamente (ver **Gráfico 5**) .

Intensidade da dor					
Momentos de avaliação da dor	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Acordar da anestesia	30	2,47	1,43	7,203	,000
Líquidos	30	1,33	1,35		
Antes da administração do analgésico	14	3,43	1,02		
1 h após a administração do analgésico	6	2,00	1,55		
Na 1ª micção	8	2,75	1,58		
Antes da alta	30	1,37	1,27		
Total	118	2,01	1,51		

Quadro 10 - Médias da *Intensidade da dor* atribuídas pelo grupo das/os enfermeiras/os à dor pós-operatória das crianças nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way) .

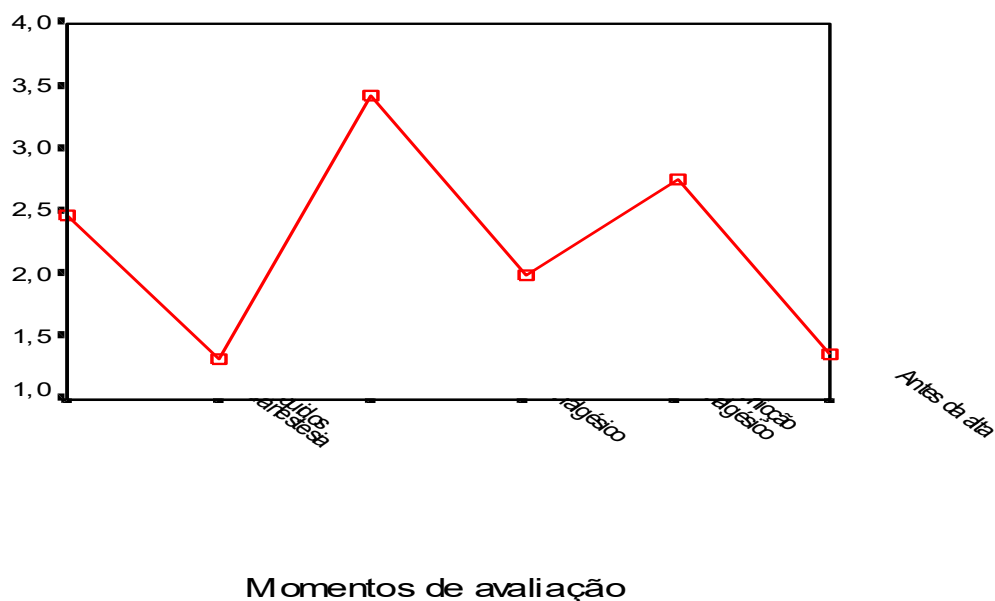


Gráfico 5 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de *Intensidade de dor* atribuídas pelas *enfermeiras/os* à dor pós-operatória das crianças.

Observando os dados do **Quadro 10**, em conjunto com o **Gráfico 5**, temos uma ideia das mudanças ocorridas nas pontuações de *Intensidade da dor* atribuídos pelo *grupo das enfermeiras/os* à dor das crianças, ao longo dos "momentos de avaliação". O gráfico indica que é nos momentos *antes do analgésico*, na *1ª micção* e ao *acordar da anestesia* que as/os enfermeiras/os consideram que a *Intensidade da dor* das crianças é maior, e é no momento *iniciar líquidos* que a consideram mais baixa.

Quando comparamos os diferentes "momentos de avaliação", quanto às médias de *Intensidade de dor* referidos pelas/os *enfermeiras/os*, a ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 10** mostra-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os "momentos de avaliação" ($p < 0,05$).

De facto, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) revela que, nas avaliações das *enfermeiras/os* sobre a *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias: entre o momento *acordar da anestesia* e os momentos *iniciar líquidos* e *antes da alta*, com médias mais altas ao *acordar da anestesia*; entre os momentos *iniciar líquidos* e *antes da administração do analgésico*, com médias inferiores no momento *iniciar líquidos*; e, entre os momentos *antes da administração do analgésico* e *antes da alta*, com médias superiores naquele momento.

De acordo com o teste *post-hoc*, não existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) na média da *Intensidade da dor* entre os momentos *iniciar líquidos* (N=30) e *1ª micção* (N=8) e entre os momentos *1ª micção* (N=8) e *antes da alta* (N=30).

Recorremos ao teste U de Mann-Whitney cujo resultado 55 ($p = 0.016$) nos mostra que as médias da *Intensidade da dor* entre os momentos *iniciar líquidos* e *1ª micção* são significativamente mais elevadas no momento da *1ª micção*. Também quando comparamos a *Intensidade da dor* entre os momentos *1ª micção* e *antes da alta*, utilizando o teste anterior, os seu resultado $U = 59$ com um nível de significância 0,025, indica-nos que as médias são significativamente superiores no momento da *1ª micção*.

Utilizamos ainda o teste U de Mann Whitney, para compararmos os momentos *antes e 1 h após a administração do analgésico*, cujo resultado nos revela um $U = 21$ com um nível de significância muito próximo do significativo ($p = 0.068$).

Investigadora

No **Quadro 11** podem observar-se as médias da *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação", para a *investigadora*, estando estes resultados representados graficamente (**Gráfico 6**) .

Intensidade da dor					
Momentos de avaliação da dor	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Acordar da anestesia	30	3,33	1,32	19,849	,000
Líquidos	30	1,63	1,16		
Antes da administração do analgésico	14	3,79	1,05		
1 h após a administração do analgésico	6	1,33	,52		
Na 1ª micção	8	3,00	1,41		
Antes da alta	30	1,13	,90		
Total	118	2,27	1,52		

Quadro 11 - Médias de *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças avaliada pela *investigadora* nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-way).

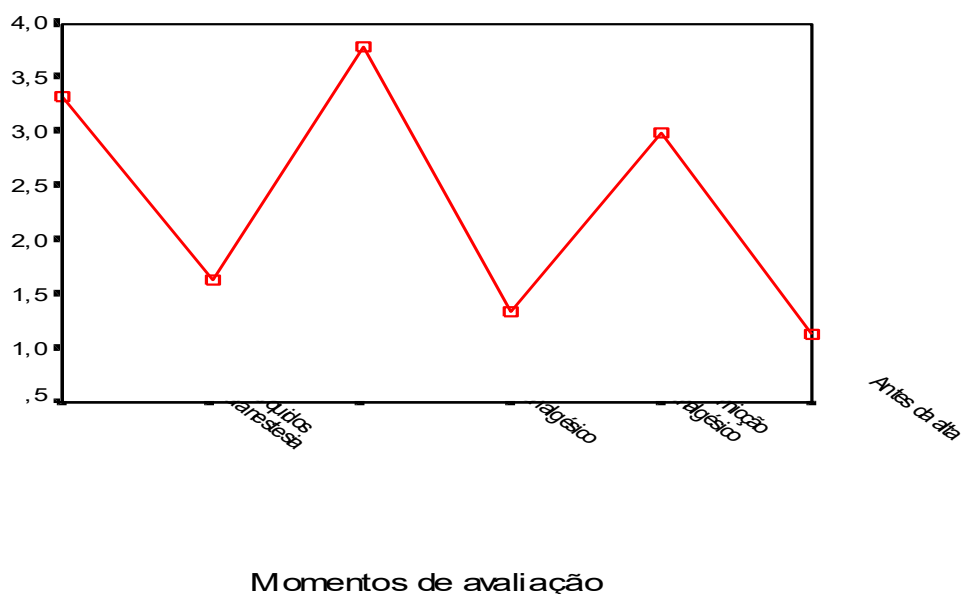


Gráfico 6 - Comparação dos "momentos de avaliação" quanto às médias de Intensidade de dor atribuídos pela investigadora à dor das crianças.

Observando os dados do **Quadro 11**, em conjunto com o **Gráfico 6**, temos uma ideia das mudanças ocorridas nas médias de *Intensidade de dor* das crianças, avaliada pela *investigadora* ao longo dos "momentos de avaliação". O gráfico indica que é nos momentos *antes da administração do analgésico*, *acordar da anestesia* e na *1ª micção* que a *investigadora* avalia a *Intensidade da dor* da crianças com médias mais elevadas, e é no momento *antes da alta* que as médias são mais baixas.

Quando comparamos os diferentes "momentos de avaliação" quanto às médias de *Intensidade de dor*, atribuídas pela *investigadora*, a ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 11** mostra-nos que existem diferenças estatisticamente significativas entre os "momentos de avaliação" ($p < 0,05$).

De facto, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) revela que, nas avaliações da *investigadora* sobre a dor pós-operatória das crianças, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias de *Intensidade da dor*: entre o momento *acordar da anestesia* e os momentos *iniciar líquidos*, *1h após a administração do analgésico* e *antes da alta*, com médias mais elevadas ao *acordar da anestesia*; entre o momento *iniciar líquidos* e os momentos *antes da administração do analgésico* e *1ª micção*, com médias inferiores no momento *iniciar líquidos* em relação aos outros dois momentos; entre o momento *antes da*

administração do analgésico e os momentos *1h após administração do analgésico* e *antes da alta*, com médias superiores naquele momento; e, entre os momentos da *1ª micção* e *antes da alta*, também com médias superiores naquele momento.

Constatamos que o teste *post-hoc* não revela existirem diferenças estatisticamente significativas entre os momentos *1 h após a administração do analgésico* (N=6) e *1ª micção* (N=8) para a investigadora. Recorremos ao teste U de Mann Whitney, cujo resultado 7 ($p=0,021$) nos indica que as médias de *Intensidade da dor* entre estes momentos são significativamente diferentes, sendo que a investigadora atribui médias mais elevadas à dor da criança no momento da *1ª micção*.

Igualmente nos momentos *antes e 1 h após a administração do analgésico*, porque os N são muito pequenos, recorremos ao teste U de Mann Whitney. Pelo nível de significância, 0,01 associado ao valor do teste $U = 2$ constatamos que as médias de *Intensidade da dor* entre aqueles momentos são significativamente diferentes: é no momento *antes da administração do analgésico* que a *investigadora* avalia a dor da criança com pontuações mais elevadas.

Deste modo, podemos concluir que, no geral, as diferenças que existem entre os "momentos de avaliação" em cada um dos "grupos de avaliadores" acontecem sempre entre os momentos considerados mais dolorosos, isto é, em que as médias de *Intensidade da dor* são mais elevadas (*acordar da anestesia, antes da administração do analgésico e 1ª micção*) e os momentos considerados menos dolorosos, isto é, em que as médias de *Intensidade da dor* são mais baixas (*iniciar líquidos, 1h após a administração de analgésico e antes da alta*).

Comparação entre “os grupos de avaliadores” quanto à *intensidade da dor* pós-operatória

Pelo **Quadro 4** verificamos que, globalmente, existem diferenças nas médias de *Intensidade da dor* pós-operatória entre os "grupos de avaliadores". No entanto, estas não são estatisticamente significativas quando relacionadas com os "momentos de avaliação". Assim, decidimos comparar os "grupos de avaliadores" entre si, quanto à *Intensidade da dor* pós-operatória, sem, porém, os relacionar com os "momentos de avaliação" utilizando o **teste t para duas amostras emparelhadas**, uma vez que se trata de grupos diferentes,

mas que são comparados por uma característica comum - a avaliação da *Intensidade da dor* pós-operatória.

Vamos começar por comparar o *grupo das crianças* com cada um dos outros "grupos de avaliadores", depois o *grupo das mães* com o *grupo das enfermeiras/os*, o *grupo das mães* com a *investigadora* e, finalmente, o *grupo das/os enfermeiras/os* com a *investigadora*.

Grupo das Crianças

No **Quadro 12** podemos observar o número de medições realizadas simultaneamente pelo *grupo das crianças* e por cada um dos outros "grupos de avaliadores" (não estão incluídas as medições do momento *acordar da anestesia*, uma vez que neste momento o grupo das crianças não auto-avalia a *Intensidade da dor*), assim como as respectivas médias da *Intensidade da dor*. Podemos também verificar que a média de *Intensidade da dor* mais elevada é a do *grupo das crianças* e a que mais se lhe aproxima é a do *grupo das mães*.

Intensidade da dor		Média	N	Desvio Padrão	Correlação	p
Par 1	CRIANÇAS	2,03	80	1,41	0,855	0,000
	MÃES	1,71	80	1,29		
Par 2	CRIANÇAS	2,03	80	1,41	0,751	0,000
	ENFERMEIRAS/OS	1,66	80	1,41		
Par 3	CRIANÇAS	2,03	80	1,41	0,824	0,000
	INVESTIGADORA	1,65	80	1,18		

Quadro 12 - Médias de *Intensidade da dor* pós-operatória do *grupo das crianças* e de cada um dos outros "grupos de avaliadores" e resultados das correlações para as amostras emparelhadas.

De acordo com o **Quadro 12** os níveis de significância das correlações é 0,000, o que nos revela que entre as amostras emparelhadas as correlações são significativas existindo uma forte associação linear positiva entre as pontuações de *Intensidade de dor* de cada um dos pares.

Os resultados dos vários testes t apresentados no **Quadro 13**, revela-nos que as médias das diferenças emparelhadas relativas à comparação do *grupo das crianças* com cada um dos outros "grupos de avaliadores" são estatisticamente significativas ($p < 0,05$), o que denota

que, no total das medições, os *grupos das mães*, das *enfermeiras/os* e *investigadora* avaliam a *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças como sendo mais baixa, comparativamente com a auto-avaliação das crianças.

	Diferenças entre os pares		t	gl	p (bilateral)
	Média	Desvio Padrão			
Par 1 CRIANÇAS autoavaliação da intensidade da dor - MÃES avaliação da intensidade da dor	,31	,74	3,780	79	,000
Par 2 CRIANÇAS autoavaliação da intensidade da dor - ENFERMEIRAS/OS avaliação da intensidade da dor	,36	1,00	3,253	79	,002
Par 3 CRIANÇAS autoavaliação da intensidade da dor - INVESTIGADORA avaliação da intensidade da dor	,38	,80	4,185	79	,000

Quadro 13 - Resultados do teste t para o grupo das crianças comparativamente com cada um dos outros "grupos de avaliadores" relativamente às médias de Intensidade da dor pós-operatória.

Grupo das Mães

No **Quadro 14** podemos observar o número de medições realizadas simultaneamente pelo *grupo das mães* e pelo *grupo das enfermeiras/os* e *investigadora*, assim como as respectivas médias da *Intensidade da dor*.

Intensidade da dor		Média	N	Desvio Padrão	Correlação	p
Par 1	MÃES	2,32	118	1,60	0,801	0,000
	ENFERMEIRAS/OS	2,01	118	1,51		
Par 2	MÃES	2,32	118	1,60	0,840	0,000
	INVESTIGADORA	2,27	118	1,52		

Quadro 14 - Médias de Intensidade da dor pós-operatória atribuídas às crianças pelos grupos das mães e das/os enfermeiras/os; pelo grupo das mães e pela investigadora e resultados das correlações para as amostras emparelhadas.

Também de acordo com o **Quadro 14** observamos que os níveis de significância das correlações é 0,000, mostrando que entre os *grupos das mães* e das/os *enfermeiras/os* e entre o *grupo das mães* e a *investigadora*, as correlações são significativas, sugerindo uma forte associação linear positiva entre as pontuações de *Intensidade da dor* obtidos entre estes pares.

A comparação da diferença entre médias no **Quadro 15**, revela-nos que estas diferem a um nível estatisticamente significativo para os *grupos das mães* e das/os *enfermeiras/os* ($p < 0,05$). Isto é, o grupo das/os *enfermeiras/os* atribuem pontuações mais baixas à dor pós-operatória das crianças, comparativamente com o *grupos das mães*.

No que diz respeito à comparação do *grupo das mães* com a *investigadora*, a média das diferenças emparelhadas não é significativa ($p > 0,05$), o que denota que ambas atribuem pontuações semelhantes à dor pós-operatória das crianças.

		Diferenças entre os pares		t	gl	p (bilateral)
		Média	Desvio Padrão			
Par 1	MÃES avaliação da intensidade da dor - ENFERMEIRAS/OS avaliação da intensidade da dor	,31	,98	3,460	117	,001
Par 2	MÃES avaliação da intensidade da dor - INVESTIGADORA avaliação da intensidade da dor	5,08E-02	,89	,624	117	,534

Quadro 15 - Resultados do teste t para os *grupos das mães* e das *enfermeiras/os* e para o *grupo das mães* e *investigadora* relativamente às médias de *Intensidade da dor* pós-operatória.

Grupo das/os Enfermeiras/os

No **Quadro 16** podemos observar o número de medições realizadas simultaneamente pelo *grupo das/os enfermeiras/os* e *investigadora*, assim como as médias de *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças, avaliada pelo *grupo das/os enfermeiras/os* e *investigadora*, respectivamente, igual a 2,01 e 2,27.

Intensidade da dor	Média	N	Desvio Padrão	Correlação	p
Par 1 ENFERMEIRAS/OS	2,01	118	1,51	0,760	0,000
INVESTIGADORA	2,27	118	1,52		

Quadro 16 - Médias de *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças avaliadas pelo grupo das/os enfermeiras/os e investigadora e resultados da correlação para a amostra emparelhada.

Também de acordo com o **quadro 16**, os níveis de significância das correlações é 0,000 o que nos mostra que a correlação é significativa e que existe uma forte associação linear positiva entre as pontuações de *Intensidade da dor* obtidas entre o grupo das/os enfermeiras/os e a investigadora.

O teste t, apresentado no **Quadro 17**, revela-nos que a diferença entre as médias do grupo das enfermeiras/os e investigadora é estatisticamente significativa ($p < 0,05$), o que significa que a investigadora atribui à *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças pontuações mais elevadas que o grupo das/os enfermeiras/os.

	Diferenças entre os pares		t	gl	p (bilateral)
	Média	Desvio Padrão			
Par 1 ENFERMEIRAS/OS avaliação da intensidade da dor - INVESTIGADORA avaliação da intensidade da dor	-,26	1,05	-2,719	117	,008

Quadro 17 - Resultados do teste t para o grupo das/os enfermeiras/os e investigadora relativamente às médias de *Intensidade da dor* pós-operatória.

3.1.2 - A *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças e as variações da PA sistólica

Na avaliação multidimensional da dor incluímos, como referido em Metodologia, a componente fisiológica da dor.

Para tratarmos os dados resultantes das medições da P.A, conforme referido em Metodologia, vamo-nos guiar pelas pontuações da OPS (Objective Pain Scale) (Hannalah,1988) para as alterações na *P.A sistólica*, um dos cinco critérios dessa Escala. Assim, a pontuação 0 significa que não houve aumento deste parâmetro ou, se houve, foi inferior ou igual a 10% do valor da P.A encontrado antes da criança ser operada. A pontuação 1 significa que houve um aumento entre 10% a 20% do valor pré-operatório e a pontuação 2 corresponde a um aumento superior a 20% (Hannalah, 1988).

Para percebermos se os valores da *P.A sistólica* estarão relacionados com a *Intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças* recorreremos à análise correlacional entre estas duas variáveis em cada "momento de avaliação" (**Quadro 18**).

Variáveis		N	Média	Desvio padrão	R Pearson	p (bilateral)
<i>Iniciar líquidos</i>	Auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i>	30	2,00	1,44	,069	,716
	<i>TA sistólica</i>	30	,13	,35		
<i>Antes da administração do analgésico</i>	Auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i>	6	3,50	,84	,293	,573
	<i>TA sistólica</i>	6	,17	,41		
<i>1h após administração do analgésico</i>	Auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i>	5	2,40	,89	-,408	,495
	<i>TA sistólica</i>	5	,80	1,10		
<i>1ª micção</i>	Auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i>	5	2,80	1,79	,250	,685
	<i>TA sistólica</i>	5	,60	,89		
<i>Antes da alta</i>	Auto-avaliação da <i>Intensidade da dor</i>	30	1,43	1,25	,005	,981
	<i>TA sistólica</i>	30	,30	,60		

Quadro 18 - Correlação entre as médias de *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças e os valores da *P.A sistólica* nos diferentes “momentos de avaliação” da dor pós-operatória

Pelo **Quadro 18** constatamos, que nos “momentos de avaliação”, as correlações existentes entre a auto-avaliação de *Intensidade da dor* das *crianças* e a *PA sistólica* não são significativas: os valores do R de Pearson estão associados a níveis de significância $>0,05$, o que nos leva a não rejeitar as hipóteses nulas das correlações serem zero no universo.

3.1.3 - A *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas *crianças* em função dos “momentos de avaliação” e dos “grupos de idades”

As crianças foram agrupadas em dois grupos, em função da idade: *5,6,7 anos* e *8,9,10 anos*. As razões para termos optado por estes grupos relacionam-se com o facto de:

- terem sido utilizados anteriormente para a análise dos resultados da avaliação da intensidade da dor com a Escala CHEOPS;
- na teoria do desenvolvimento cognitivo de Piaget, o primeiro grupo encontra-se no período pré-operacional e o segundo grupo no período das operações concretas;
- alguns investigadores referiram que as crianças em idade pré-escolar, que se encontram no período pré-operacional, não são capazes de usar uma escala de auto-avaliação da dor (Stein, 1995; Hester, 2000), comparativamente com as crianças em idade escolar, que se encontram no período das operações concretas.

Do ponto de vista estatístico, o trabalho incidiu na comparação entre os " grupos de idades das crianças" quanto à *Intensidade de dor* pós-operatória auto-avaliada pelas crianças nos diferentes "momentos de avaliação", através da análise da variância (ANOVA, One-Way). O factor " grupos de idades das crianças " é constituído por dois grupos: *5,6,7 anos* e *8,9,10 anos*.

Esta análise estatística vai permitir-nos identificar a eventual existência de diferenças na auto-avaliação da *Intensidade da dor* conforme os " grupos de idades das crianças “.

Comparação entre os “grupos de idades das crianças” em cada um dos “momentos de avaliação”

Pelo **Quadro 19** e **Gráfico 7** verificamos que as médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* entre os “grupos de idades” *5,6,7 anos* e *8,9,10 anos* são iguais no momento

Iniciar líquidos. Diferem entre si nos momentos *Antes e 1h após a administração do analgésico* e no momento da *1ª micção*, com médias mais elevadas no grupo dos 8,9,10 anos. No momento *Antes da alta* é o grupo dos mais novos que apresenta médias ligeiramente mais elevados.

Momentos de avaliação	Grupos de idades das crianças	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Iniciar líquidos	5,6,7anos	20	2,00	1,62	,000	1,000
	8,9,10anos	10	2,00	1,05		
	Total	30	2,00	1,44		
Antes da administração de analgésico	5,6,7anos	5	3,40	,89	,804	,411
	8,9,10anos	2	4,00	,00		
	Total	7	3,57	,79		
1 hora após a administração do analgésico	5,6,7anos	4	2,25	,96	,103	,765
	8,9,10anos	2	2,50	,71		
	Total	6	2,33	,82		
1ªmicção	5,6,7anos	5	2,80	1,79	,022	,887
	8,9,10anos	2	3,00	,00		
	Total	7	2,86	1,46		
Antes da alta	5,6,7anos	20	1,45	1,15	,010	,920
	8,9,10anos	10	1,40	1,51		
	Total	30	1,43	1,25		

Quadro 19 - Médias da *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas *crianças* dos dois "grupos de idades" nos diferentes "momentos de avaliação" e resultado da ANOVA (One-Way).

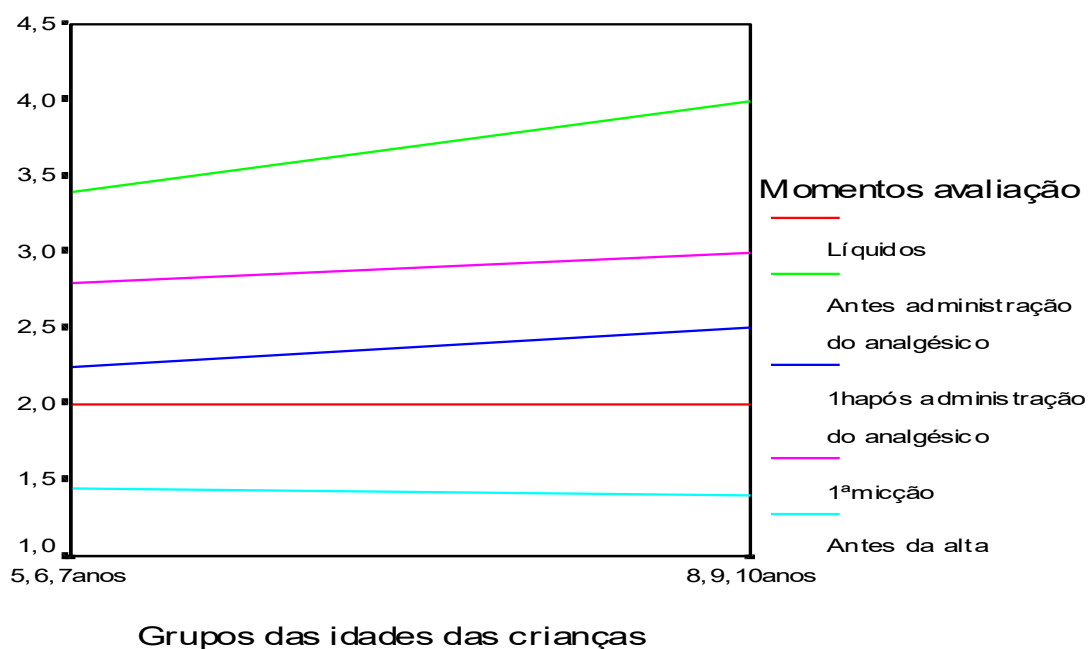


Gráfico 7 - Comparação entre os "grupos de idades das crianças" quanto às médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação"

Apesar de existirem algumas diferenças, a ANOVA (One-Way) representada no **Quadro 19** revela-nos que o factor "grupos de idades das crianças" não difere significativamente entre si relativamente à *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação".

Comparação entre os grupos de “idades das crianças” quanto à *Intensidade da dor*

Quando comparamos os "grupos de idades das crianças" entre si, quanto à variável *Intensidade da dor* pós-operatória sem relacionar com os "momentos de avaliação" verificamos pela ANOVA (One-Way), representada no **Quadro 20**, que os "grupos de idades das crianças" também não diferem significativamente entre si quanto às médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças.

INTENSID <i>Intensidade da dor</i>					
Grupos de idades das crianças	N	Média	Desvio Padrão	F	p
5,6,7anos	54	2,02	1,46	,003	,953
8,9,10anos	26	2,04	1,34		
Total	80	2,03	1,41		

Quadro 20 - Resultados da ANOVA para “grupos de idades das crianças ” na variável *Intensidade de dor* pós-operatória.

3.1.4. A *Intensidade da dor* pós-operatória auto-avaliada pelas crianças em função dos "momentos de avaliação" e dos "diagnósticos cirúrgicos"

Do ponto de vista estatístico, o trabalho incidiu na comparação entre os " diagnósticos cirúrgicos" quanto à *Intensidade de dor* pós-operatória auto-avaliada pelas *crianças* nos diferentes "momentos de avaliação", através da análise da variância (ANOVA, One-Way) e do teste U de Mann Whitney.

O factor "diagnósticos cirúrgicos" é constituído por cinco grupos: “*fimose*”; “*hérnia umbilical*”; “*hérnia inguinal* ou *hidrocelo*”; “*VA* ou *VA e tubos*” (hipertrofia dos adenóides ou hipertrofia dos adenóides mais miringotomia para colocação de tubos de

Shappard); e “*HAVA* ou *HAVA e fimose*” (hipertrofia dos adenóides mais hipertrofia das amígdalas, ou estes em conjunto com fimose).

Esta análise estatística vai permitir-nos identificar a eventual existência de diferenças na auto-avaliação da *Intensidade da dor* das *crianças*, conforme os "diagnósticos cirúrgicos" a que foram submetidas.

Sempre que se registaram diferenças significativas ($p < 0,05$) globais entre os tipos de diagnósticos efectuaram-se comparações *post-hoc*, utilizando o teste de H.S.D. de Tukey.

Comparação dos grupos “diagnósticos cirúrgicos” em cada um dos “momentos de avaliação”

No **Quadro 21** podemos observar as médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* das *crianças* nos diferentes "momentos de avaliação" da dor para os cinco grupos de "diagnósticos cirúrgicos", estando estes resultados representados graficamente (**Gráfico 8**)

Diagnósticos cirúrgicos		Autoavaliação da Intensidade da dor das crianças no momento Iniciar líquidos	Autoavaliação da Intensidade da dor das crianças no momento Antes da administração de analgésico	Autoavaliação da Intensidade da dor das crianças no momento 1 hora após a administração do analgésico	Autoavaliação da intensidade da dor das crianças operadas por fimose no momento da 1ª micção	Autoavaliação da intensidade da dor das crianças no momento Antes da alta
Fimose	Média	,57			2,67	,29
	N	7			6	7
	Desvio padrão	,79			1,51	,76
H.Umbilical	Média	2,80	3,33	2,00		2,20
	N	5	3	3		5
	Desvio padrão	,84	1,15	1,00		1,30
H.Inguinal ou Hidrocelo	Média	2,25	4,00	3,00		2,00
	N	8	1	2		8
	Desvio padrão	1,28	,	,00		1,31
VA ou VA/tubos	Média	1,00				,50
	N	4				4
	Desvio padrão	,82				,58
HAVA ou HAVA+Fimose	Média	3,33	3,67	2,00	4,00	2,00
	N	6	3	1	1	6
	Desvio padrão	1,21	,58	,	,	,63
Total	Média	2,00	3,57	2,33	2,86	1,43
	N	30	7	6	7	30
	Desvio padrão	1,44	,79	,82	1,46	1,25

Quadro 21 - Médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* das *crianças* nos diferentes "momentos de avaliação" conforme os "diagnósticos cirúrgicos".

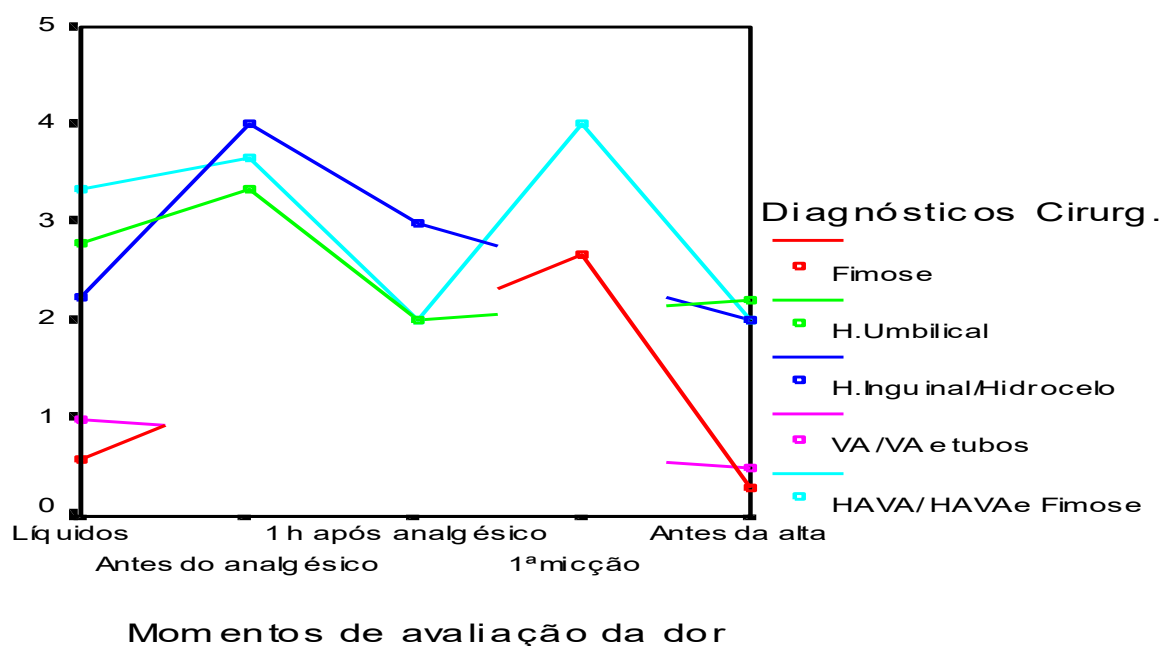


Gráfico 8 - Comparação entre os grupos de "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias de auto-avaliação da *Intensidade da dor* das crianças nos diferentes "momentos de avaliação"

Observando os dados do **Quadro 21**, em conjunto com o **Gráfico 8**, temos uma ideia das diferenças verificadas nas médias da *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças, conforme os "diagnósticos cirúrgicos" em cada "momento de avaliação". O **Gráfico 8** indica que, no momento *iniciar líquidos*, as médias mais baixas de *Intensidade da dor* pós-operatória (< 2) são verificadas no grupo das crianças operadas por "fimose" seguida das operadas por "VA ou VA e tubos", enquanto que, as médias mais elevadas (dor significativa, intensidade > 2), são as das crianças operadas por "HAVA ou HAVA e fimose", seguidas das operadas por "hérnia umbilical" e por "hérnia inguinal ou hidrocelo".

Nos momentos *antes e 1 h após a administração do analgésico*, as média de auto-avaliação da *Intensidade da dor* mais elevada foi registada nas crianças operadas por "hérnia Inguinal", seguidas das crianças operadas por "HAVA ou HAVA e fimose" e das operadas por "hérnia umbilical".

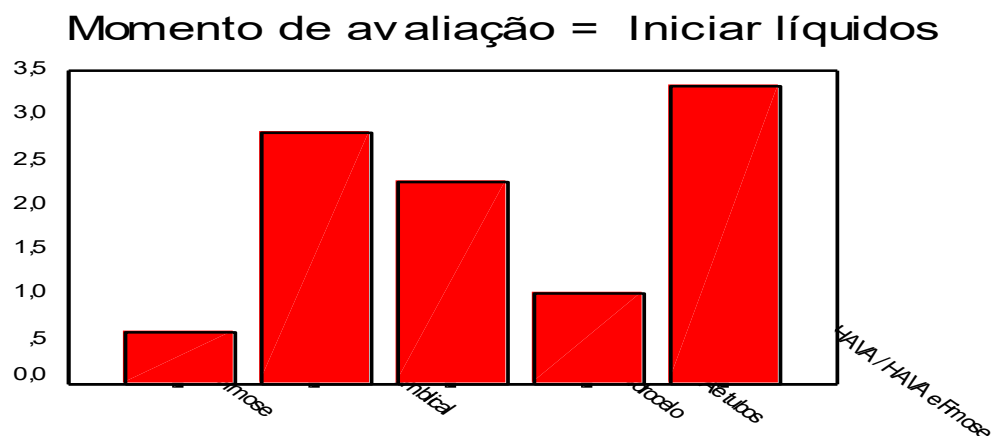
No momento *antes da alta*, as médias de auto-avaliação da *Intensidade da dor* mais baixas (intensidade < 2) são verificadas nas crianças operadas aos mesmos "diagnósticos cirúrgicos" que no momento *Iniciar líquidos*; enquanto as mais elevadas são referidas pelas crianças operadas a "hérnia umbilical", seguidas das operadas a "HAVA ou HAVA e fimose" e das operadas a "hérnia inguinal ou hidrocelo".

Também é possível observar pelo **Quadro 21** e **Gráfico 8** que, apesar do grupo das crianças operadas a “*fimose*” ser o que apresenta as médias mais baixas nos "momentos de avaliação" *acordar da anestesia* e *iniciar líquidos*, no momento da *1ª micção* (avaliado apenas neste grupo, sendo que, uma destas crianças também foi operada por HAVA), as suas médias de *Intensidade da dor* aumentam (média 2,86), o que corresponde a uma agudização da dor, que, na nossa opinião, se relaciona com o traumatismo da passagem da urina pela ferida operatória recente, funcionando como estímulo desencadeador da dor.

A ANOVA (One-way) apresentada no **Quadro 22** e representada graficamente (ver **Gráficos 9 e 10**) revela-nos a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os "diagnósticos cirúrgicos", quanto às médias da *Intensidade de dor* auto-avaliadas pelas crianças ($p < 0,05$), apenas nos momentos *Iniciar líquidos* e *Antes da alta*.

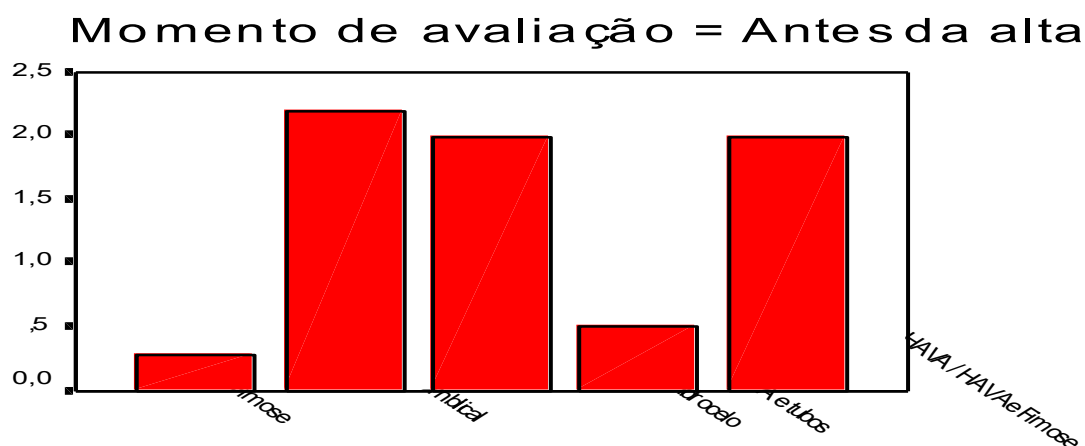
Auto-avaliação da Intensidade da dor das crianças	Diagnósticos cirúrgicos	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Iniciar líquidos	Fimose	7	0,57	0,79	7,46 2	0,000
	Hérnia Umbilical	5	2,80	0,84		
	Hérnia inguinal / Hidrocelo	8	2,25	1,28		
	VA / VA+tubos	4	1,00	0,82		
	HAVA / HAVA+Fimose	6	3,33	1,21		
	Total	30	2,00	1,44		
Antes da alta	Fimose	7	0,29	0,76	4,98 9	0,004
	Hérnia Umbilical	5	2,20	1,30		
	Hérnia inguinal / Hidrocelo	8	2,00	1,31		
	VA / VA+tubos	4	0,05	0,58		
	HAVA / HAVA+Fimose	6	2,00	0,63		
	Total	30	1,43	1,25		

Quadro 22 - Resultados da ANOVA para grupos de "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias de *Intensidade de dor* auto-avaliadas pelas crianças nos momentos *Iniciar líquidos* e *Antes da alta*



Diagnósticos cirúrgicos

Gráfico 9 - Comparação entre os "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias da *Intensidade da dor das crianças* no momento *Iniciar líquidos*.



Diagnósticos cirúrgicos

Gráfico 10 - Comparação entre os "diagnósticos cirúrgicos" quanto às médias da *Intensidade da dor das crianças* no momento *Antes da alta*.

De facto, o teste *post-hoc* (Tukey HSD) mostra-nos, que nos momentos *Iniciar líquidos* e *Antes da alta*, existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas médias da *Intensidade da dor* auto-avaliadas pelas crianças: entre o diagnóstico cirúrgico de

“fimose” e os diagnósticos “hérnia umbilical”, “hérnia inguinal ou hidrocelo” e “HAVA ou HAVA e fimose”, com médias mais baixas nas operadas por “fimose”; no momento *Iniciar líquidos*, existem diferenças estatisticamente significativas, entre as crianças operadas por “VA ou VA e tubos” e as operadas por “HAVA ou HAVA e fimose”, com médias mais baixas naquelas.

A comparação entre os "diagnósticos cirúrgicos" nos outros "momentos de avaliação" mostra-nos que, apesar de existirem diferenças nas médias da *Intensidade da dor* entre os "diagnósticos cirúrgicos", essas não são significativas, de acordo com o teste U de Mann Whitney ($p > 0,05$).

Comparação entre os grupos dos “diagnósticos cirúrgicos” quanto à *intensidade da dor*

Quando comparamos os "diagnósticos cirúrgicos" entre si sem os relacionar com os "momentos de avaliação da dor" constatamos, pelo resultado da ANOVA (One-Way) apresentada no **Quadro 23** e representada graficamente (ver **Gráfico 11**), existirem diferenças significativas entre os "diagnósticos cirúrgicos", quanto às pontuações de *Intensidade da dor* ($p < 0,05$) auto-avaliada pelas crianças.

INTENSID Intensidade da dor

Diagnósticos cirúrgicos	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Fimose	20	1,10	1,45	8,394	,000
H.Umbilical	16	2,56	1,09		
H.Inguinal ou Hidrocelo	19	2,32	1,25		
VA ou VA e tubos	8	,75	,71		
HAVA ou HAVA e Fimose	17	2,88	1,11		
Total	80	2,03	1,41		

Quadro 23 - Resultados da ANOVA para grupos de "diagnósticos cirúrgicos " na variável *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças.

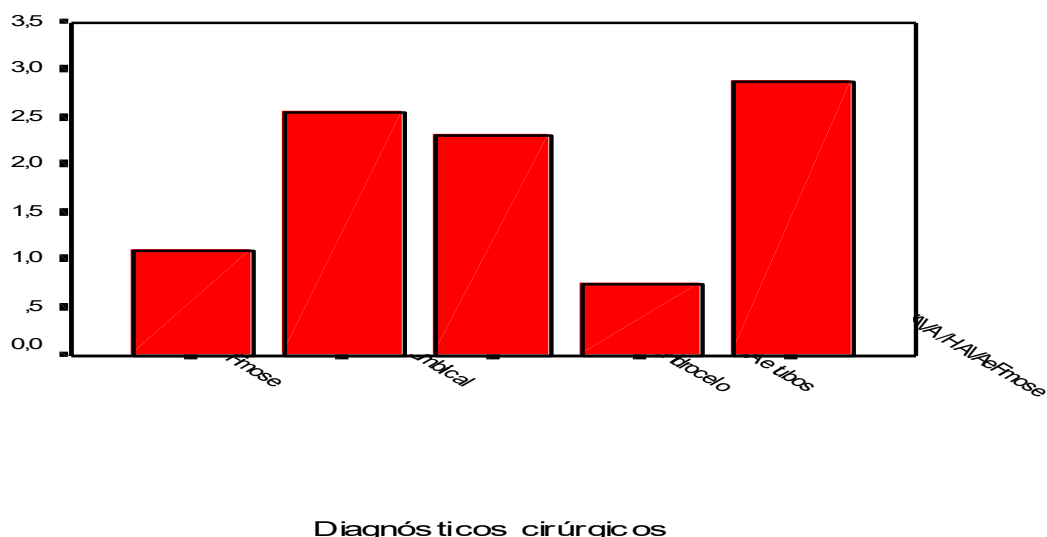


Gráfico 11 - Comparação entre os grupos de “diagnósticos cirúrgicos” quanto às médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* das crianças.

O teste *post-hoc* (Tukey HSD) mostra-nos que existem diferenças significativas ($p < 0,05$) nas médias de auto-avaliação da *Intensidade da dor* entre as crianças operadas por “*fimose*” e as operadas por “*hérnia umbilical*”, “*hérnia inguinal* ou *hidrocelo*” e “*HAVA* ou *HAVA e fimose*”, com médias mais baixas nas operadas a “*fimose*”, relativamente às operadas pelos outros diagnósticos; entre as operadas por “*VA* ou *VA e tubos*” e as operadas por “*HAVA* ou *HAVA e fimose*”, “*hérnia umbilical*” e “*hérnia inguinal* ou *hidrocelo*”, no sentido em que as crianças operadas por “*VA* ou *VA e tubos*” apresentam médias mais baixas de *Intensidade de dor* pós-operatória.

3.1.5. - Discussão dos resultados

Foi nosso objectivo **Avaliar a *intensidade da dor* pós-operatória** da criança (dos 5 aos 10 anos) no pós-operatório da cirurgia ambulatória, usando o ponto de vista da auto-avaliação da criança e as avaliações das mãe, enfermeiras/os, através da utilização da Escala das faces de Wong e Baker (componente cognitiva) e a avaliação da dor realizada pela investigadora, com a Escala CHEOPS (componente comportamental)¹⁸.

¹⁸ Um aspecto que nos parece relevante, é a existência de correlações fortes entre as avaliações da dor feitas com a utilização da Escala das faces e as realizadas com a Escala CHEOPS mostram que as escalas se correlacionam entre si ($p = 0,000$).

Para isso, realizámos 80 avaliações a 30 crianças entre os 5 e os 10 anos, submetidas a cirurgia ambulatoria programada, e 118 avaliações a cada um dos outros grupos de “avaliadores da dor” da criança: *mães, enfermeiras e investigadora*, em diferentes “momentos de avaliação”: *Acordar da anestesia, Iniciar líquidos, Antes da administração do analgésico, 1h após a administração do analgésico, na 1ª micção e Antes da alta*. A diferença do número de avaliações entre o grupo das crianças e os outros grupos de avaliadores da dor foram apresentadas e comentadas anteriormente (ver em 3.1.1).

Perante os resultados encontrados, e considerando as hipóteses que colocámos, vamos agora proceder a uma análise crítica comparativa, fazendo apelo aos achados de outros estudos.

A) Para verificarmos se existia subavaliação da dor pós-operatória da criança por parte dos avaliadores que não a criança (1ª hipótese) procedemos à:

- Comparação entre os “grupos de avaliadores” e os “momentos de avaliação”
- Comparação entre os “grupos de avaliadores” em cada um dos “momentos de avaliação”
- Comparação entre os "momentos de avaliação" em cada um dos "grupos de avaliadores"
- Comparação entre os “grupos de avaliadores” em relação à *intensidade da dor* pós-operatória

Na **Comparação entre os “grupos de avaliadores” e os “momentos de avaliação”** existem diferenças estatisticamente significativas na *Intensidade da dor* entre os "momentos de avaliação" de dor ($p < 0,05$), não se tendo verificado o mesmo entre os "grupos avaliadores de dor" ($p < 0,05$). Também não existe interacção estatisticamente significativa entre estas duas variáveis ($p < 0,05$, ANOVA Two-way).

No entanto, as médias globais das pontuações de *Intensidade da dor* pós-operatória dos “grupos de avaliadores” nos diferentes “momentos de avaliação” foram elevadas (intensidade média > 2) na percepção de todos os “grupos de avaliadores”.

Conforme aponta Sullivan (1994), a meta na gestão da dor é encontrarem-se valores de intensidade ≤ 2 , significando, na Escala das faces, " dói um pouco mais ", o que corresponde, na escala de palavras, a uma dor ligeira.

De modo algum a dor destas crianças esteve controlada, isto é, não houve uma boa gestão da dor das crianças da nossa amostra, pois as médias de intensidade da dor resultantes da auto-avaliação das *crianças*, das avaliações das *mães* e das *enfermeiras* (avaliação da componente cognitiva da dor – Escala das Faces), assim como, as médias da observação comportamental realizada pela *investigadora* (Escala CHEOPS) são elevadas.

Relativamente à **comparação entre os “grupos de avaliadores” em cada momento de avaliação** existe entre o *grupo das mães e o das enfermeiras*, no momento *acordar da anestesia*, diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) nas pontuações médias de *Intensidade da dor* pós-operatória. O *grupo das mães* atribui à dor das crianças pontuações superiores (*média 3,47*), comparativamente às do *grupo das enfermeiras* (*média 2,47*).

Este resultado está em consonância com o encontrado por Knight (1994) com crianças operadas em cirurgia ambulatoria, cujas mães atribuíam à dor dos filhos, no momento *acordar da anestesia*, pontuações de intensidade de dor significativamente mais elevadas em relação às enfermeiras/os.

Em nossa opinião, de um modo geral, as mães estão mais despertas e são mais conhecedoras dos comportamentos de dor expressos pelos filhos. Igualmente para Watts-Watson et al (1991, cit. por Caty et al, 1995) os pais identificam muito facilmente os comportamentos que lhes dizem que os filhos estão com dor.

Também, entre o *grupo das crianças e investigadora* no momento *1 h após administração do analgésico* (teste U de Mann-Whitney, $U=6$), existem diferenças significativas ($p=0,041$). A *investigadora* (componente comportamental) atribui à dor das crianças pontuações médias significativamente mais baixas ($X=1,33$) em relação às auto-avaliadas pelas crianças ($X=2,33$), o que poderá estar relacionado com a escala utilizada pela investigadora.

A CHEOPS permite a avaliação dos comportamentos de dor e parece ter uma adequada fiabilidade e validade, particularmente na situação de pós-operatório com a administração de analgésicos opióides (Vetter, 1991), não sendo este o caso da nossa amostra, já que todos os analgésicos administrados no pós-operatório pertenciam ao grupo dos não opióides.

De acordo com o mesmo autor, embora a validade de qualquer escala comportamental seja melhor quanto maior o número de categorias de comportamento observadas (na CHEOPS são 6), nenhum comportamento tem mostrado ser específico de dor nas crianças. De

acordo com Beyer et al. (1991, cit. por Merkel, 1997), embora possa existir disparidade entre os comportamentos observados e a auto-avaliação de dor das crianças, os comportamentos continuam a ser os primeiros indicadores de dor das crianças sem condições de seguir as instruções de utilização dos instrumentos de auto-avaliação, não sendo o caso destas crianças *1 h após a administração do analgésico*.

Por outro lado, a expressão comportamental difere com o tipo de dor e com o estímulo nociceptivo. Por exemplo, a resposta de uma criança a um procedimento invasivo difere da sua resposta no período pós-anestésico imediato, no período pós-operatório, na dor episódica e na dor crónica (Hester, 2000). Assim, provavelmente, a escala CHEOPS poderá medir os comportamentos reveladores de dor nas primeiras horas do pós-operatório quando a criança *acorda da anestesia* e quando *inicia os líquidos*, mas poderá não ser adequada para os outros momentos de avaliação da dor. Para se poderem tirar conclusões válidas sugerimos que se façam investigações posteriores utilizando a Escala CHEOPS em diferentes situações e com amostras maiores.

Deste modo, e como constatado na revisão bibliográfica, a pouca consistência dos indicadores comportamentais (Abu-Saad et al, 1994) implica a sua utilização em conjunto com a auto-avaliação da dor dada pela própria criança.

Quanto à **Comparação entre os "momentos de avaliação" em cada um dos "grupos de avaliadores"** verificámos que, nos momentos *acordar da anestesia* (excepto as crianças que não auto-avaliaram a dor neste momento), *antes da administração do analgésico* e *1ª micção*, todos os “grupos de avaliadores” atribuíram à *intensidade de dor* pontuações significativamente superiores em relação aos outros momentos. Parece-nos poder dizer que estes foram os momentos considerados mais dolorosos por todos os “grupos de avaliadores” (intensidade média >2).

Os momentos *iniciar líquidos*, *1h após a administração de analgésico* e *antes da alta* foram considerados os menos dolorosos para todos os “grupos de avaliadores” (intensidade média ≤ 2), excepto o momento *1h após a administração de analgésico* para o *grupo das crianças* e para o *grupo das mães*, cujas médias de intensidade da dor foram > 2, indicando-nos que as crianças ainda sentiam dor significativa.

A auto-avaliação de *Intensidade da dor* das crianças *1h após a administração do analgésico* foi significativamente mais baixa em relação ao momento *antes da administração do analgésico* (teste U de Mann-Whitney = 5,5 e $p = 0.020$), revelando-nos

que as crianças sentiam menos dor após terem feito o analgésico. De facto, ocorreu alívio da dor, mas as médias da Intensidade da dor *1 h após a administração do analgésico*, sendo >2, indicaram-nos que as crianças ainda sentiam dor significativa ¹⁹.

No momento *acordar da anestesia*, as crianças apresentam uma maior exuberância de comportamentos de dor. Foi quando as *mães* perceberam *intensidade de dor* mais elevadas nas crianças ($x = 3,47$). A *intensidade de dor* percebida variou entre 2 e 5 (70%), o que corresponde, na escala de palavras, a dor moderada a insuportável.

É de salientar que este foi o momento pontuado com intensidade média mais baixa pelo *grupo das/os enfermeiras/os* ($x = 2,47$), no entanto, 63% perceberam *intensidade de dor* variando entre 2 e 5, o que corresponde a dor moderada a insuportável nas crianças. A sua percepção sobre a dor das crianças pode ter sido influenciada, não só pelo conhecimento da analgesia realizada no Bloco Operatório, mas também pela interpretação pouco correcta de algumas enfermeiras, do comportamento manifestado pela criança, como não relacionado com a dor por si experimentada, mas com algumas reacções decorrentes do próprio processo de anestesia.

É de destacar que *antes da administração do analgésico*, 86% das *crianças* consideraram experimentar dor moderada a intensa. Como as crianças não auto-avaliaram a dor ao *acordar da anestesia*, este foi o momento mais doloroso para elas.

Foi também neste momento que as/os *enfermeiras/os* atribuíram pontuações de *intensidade de dor* mais elevadas à dor das crianças ($x = 3,43$). A intensidade percebida variou entre 2 e 5 (80%), isto é, dor moderada a insuportável, tal facto pode estar relacionado não só com a expressão de mais dor na criança, mas ainda com a necessidade não “consciente” de justificar a administração do analgésico.

Na análise dos *critérios que estiveram na base da tomada de decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgésico* às crianças no pós-operatório verificámos ser

¹⁹ É de salientar que, no momento *1 h após a administração do analgésico*, nenhuma destas crianças atingiu alívio completo da dor. Isto significa que os analgésicos não-opioides (Paracetamol e Metamizol magnésico) usados no tratamento da dor destas crianças foram insuficientes.

De acordo com vários autores, frequentemente os analgésicos não-opioides, como os administrados às crianças da nossa amostra, quando usados isoladamente, não proporcionam um alívio adequado da dor pós-operatória, tornando-se necessário adicionar um opioide para aumentar o efeito analgésico (Vetter, 1991; McCaffery e Beebe, 1997; Diamond e Conian, 1997), o que não aconteceu com as crianças da nossa amostra. É de salientar que, menos de metade das crianças (14:30), tinham analgésico prescrito para o pós-operatório e que nenhum dos analgésicos era do grupo dos opioides.

o “*conhecimento da analgesia*”, (hora da última medicação/termo da acção) o 2º critério mais referido pela maioria das/os enfermeiros que administrou analgésico às crianças (11:15).

O momento da *primeira micção* foi considerado muito doloroso nas *crianças* operadas a “*fimose*”. Quer a *criança* quer os outros *grupos de avaliadores* consideraram a intensidade da dor com uma média >2 . De acordo com a sua auto-avaliação, 71% das *crianças* sentiram dor moderada a intensa, no momento da *1ª micção*. Ao passar na ferida operatória a urina causou dor muito intensa, o que está de acordo com a nossa experiência de cuidar de crianças operadas por este motivo.

No que respeita à **comparação entre os grupos de avaliadores** constatámos que, quando comparámos o *grupo das crianças* com cada um dos outros “grupos de avaliadores” (teste t para duas amostras emparelhadas):

- existiu correlação forte entre os valores observados entre cada um dos pares (*crianças/mães* $p = 0,000$; *crianças/enfermeiras/os* $p = 0,000$; *crianças/investigadora* $p = 0,000$)
- a média de *Intensidade da dor* mais elevada correspondeu ao *grupo das crianças* ($x = 2,03$).
- os *grupos das mães*, das/os *enfermeiras/os* e *investigadora* avaliaram a *Intensidade da dor* das crianças significativamente mais baixa ($t = 3,78$; $p = 0.002$; $t = 3,25$; $p = 0.000$; $t = 4,18$; $p = 0.000$), comparativamente com a *auto-avaliação das crianças*
- são as médias do *grupo das mães* as que mais se aproximaram das médias do *grupo das crianças* ($x = 1,71$).

Anteriormente alguns estudos, já tinham constatado que a percepção dos pais sobre a dor dos filhos se correlacionava fortemente com a auto-avaliação de dor das crianças (Eland, 1974 e Ward, 1975 cit. por Stein, 1995; Ostermueller, 1988)

Chambers et al (1999) quiseram determinar a proximidade das pontuações de intensidade da dor entre 110 pais e crianças (médias de idades de 9,4 anos) submetidas a cirurgia menor (HAVA, VA, circuncisão, miringotomia e correcção de estrabismo) tendo concluído que os pais tendem a subvalorizar a dor da criança. À semelhança destes investigadores, que constataram existir correlações fortes entre a intensidade da dor avaliada pelas

crianças e mães ($t=1,71$; $p<0,01$), também nós verificámos o mesmo facto ($t=3,78$; $p=0.002$). No entanto, estas nem sempre representam as relações existentes entre as pontuações de intensidade da dor, significando que as mães subvalorizam a dor das crianças.

Ainda, de acordo com Chambers et al (1999), a maioria dos pais consegue identificar a ausência de dor. Porém, muitos não conseguem identificar uma dor clinicamente significativa (intensidade >2) e, como resultado, a sua avaliação da dor das crianças tende a subavaliar a dor significativa. Tal não foi verificado no nosso estudo, pois vimos que as mães apesar de avaliarem a intensidade da dor significativamente mais baixa comparativamente às crianças, conseguiram reconhecer níveis de dor significativos. No entanto, os investigadores, referem que tais avaliações não devem ser usadas isoladamente, mas em conjunto com a auto-avaliação de dor das crianças (Chambers et al, 1999).

Relativamente ao facto das crianças pontuarem a sua dor, mais alta do que os enfermeiros, este resultado é consistente com outros estudos. LaMontagne et al. (1991) estudaram 13 crianças entre os 8 e os 18 anos, submetidas a cirurgias diversas, tendo requerido a administração de analgesia pelo menos nas primeiras 72 horas e obtiveram como resultado pontuações de intensidade da dor, auto-avaliada pelas crianças, mais elevadas ($x= 4.12$ e $SD= 2.31$), relativamente às efectuadas pelas/os enfermeiras/os ($x= 2.76$ e $SD= 2.03$, com uma correlação significativa entre ambas $0,61(p = 0,03)$). Estes resultados são consistentes com outros estudos feitos com utentes adultos (Baer et al 1970 cit. por LaMontagne et al 1991).

Outros investigadores, ao verificarem a fiabilidade das observações dos comportamentos de dor feitas pelas/os enfermeiras/os, comparativamente com a auto-avaliação do utente, concluíram que os enfermeiros-observadores, apesar de experientes, geralmente pontuavam a dor mais baixa que os utentes (Graffam, 1981 e Teske et al, 1983 cit. por Sullivan, 1994).

No nosso estudo constatámos, apesar da avaliação comportamental se correlacionar fortemente com a auto-avaliação das crianças (isto é a escala de Wong e Baker e CHEOPS medirem o mesmo fenómeno), que as pontuações médias das avaliações feitas pela investigadora eram significativamente mais baixas que as das crianças.

Ao compararmos o *grupo das Mães* com o *grupo das/os enfermeiras/os* e com a *investigadora* verificámos que:

- existiram correlações fortes entre cada um dos pares (*mães/enfermeiras/os* 0,80; $p = 0,000$ e *mães /investigadora* 0,84; $p = 0,000$)
- o *grupo das enfermeiras/os* atribuiu pontuações significativamente mais baixas ($t = 3,46$; $p = 0.001$) à dor pós-operatória das crianças
- a média de *Intensidade da dor* mais elevada foi a do *grupo das mães* ($x = 2,32$) e a média que mais se lhe aproxima foi a da *investigadora* ($x = 2,27$).
- o *grupo das mães* e a *investigadora* atribuíram pontuações semelhantes à intensidade da dor pós-operatória das crianças ($t = 0.62$; $p > 0.05$).

Apesar de subavaliarem a dor dos filhos, as pontuações mais próximas das auto-avaliadas pelas crianças, em quase todos os momentos de avaliação da dor (excepto no momento *antes da alta*), foram as das mães, facto possivelmente relacionado com o *conhecimento que têm dos filhos em situação de dor* e também com a *empatia de mãe*, critérios referidos neste estudo, por algumas mães na avaliação de dor dos filhos.

De acordo com o Orque's Cultural Systems Framework (1983, cit. por Miller, 1996), as correlações fortes entre as avaliações das mães e das crianças, sugerem que, provavelmente, têm visões similares do papel de doente, da dor e do sofrimento, das expressões não-verbais e da compreensão dos diferentes significados das palavras. Tudo isto faz com que a avaliação da mãe coincida mais com a da criança do que a da/o enfermeira/o.

A *investigadora* e o *grupo das mães* não diferiram significativamente na avaliação da dor das crianças. Entre o *grupo das mães* (componente cognitiva) e a *investigadora* (componente comportamental) existiu uma grande concordância nas pontuações de *intensidade da dor* atribuídas à dor pós-operatória das crianças, tal facto não se verificou com o *grupo das/os enfermeiras/os*. Isto poderá estar relacionado com a nossa experiência profissional com crianças operadas, com a capacidade para diferenciar mais claramente a dor de outros sentimentos comuns às crianças hospitalizadas, tais como, medo, revolta, perda de controlo e ansiedade, com o conhecimento adquirido resultante das leituras realizadas sobre estudos relativos a esta temática ou, ainda, com o facto da *investigadora* estar a medir os comportamentos de dor com a utilização da escala CHEOPS, permitindo-lhe uma observação sistematizada desses comportamentos e por esta escala medir o

mesmo fenómeno que a escala cognitiva.

A comparação do *grupo das/os enfermeiras/os* com a *investigadora* revela-nos que apesar de haver uma correlação forte entre eles ($t = 0,76$; $p = 0,000$), o *grupo das/os enfermeiras/os* avalia a *Intensidade da dor* pós-operatória das crianças (componente cognitiva) significativamente mais baixa ($t = 2,71$; $p = 0,008$) em relação à *investigadora* (componente comportamental). Apesar de ambas estarem a medir o mesmo fenómeno, ainda que com escalas diferentes, a diferença significativa observada talvez possa atribuir-se à aquisição de conhecimentos da investigadora sobre esta temática no decurso da investigação, conferindo-lhe uma maior sensibilidade para a avaliação da criança com dor pós-operatória.

Considerando a hipótese formulada, **concluímos** que **os avaliadores próximos da criança subavaliam a sua dor**. Isto é, as *mães* e as/os *enfermeiras/os* atribuem pontuações médias de *Intensidade da dor*, significativamente mais baixas em relação às *auto-avaliadas pelas crianças* (componente cognitiva).

Na avaliação feita pela *investigadora*, com a escala CHEOPS (componente comportamental), também concluímos existir subavaliação da dor da criança, pois as pontuações médias de *Intensidade da dor* foram significativamente mais baixas do que as da *auto-avaliação das crianças* (componente cognitiva).

Esta discrepância entre os “grupos de avaliadores” na avaliação da *intensidade da dor* pós-operatória das crianças, apoia o pressuposto de que, a avaliação precisa da dor pode depender do esforço dos prestadores de cuidados de saúde para envolver os seus utentes no processo de avaliação da dor. Tal consideração pode ser a chave para uma avaliação adequada da dor e, por último, para uma melhor gestão da dor das crianças.

B) Ainda no que concerne à avaliação da dor, agora quanto à hipótese de haver **Relação entre a *Intensidade da dor* auto-avaliada pelas crianças e a *PA sistólica*** procedemos à sua análise através da correlação R de Pearson, que nos indicou não haver correlação significativa entre a *auto-avaliação da dor das crianças* e os valores da *Pressão Arterial sistólica* em todos os “momentos de avaliação” da dor ($p > 0,05$).

Como vimos no enquadramento teórico, a dor pós-operatória é aguda e pode provocar uma resposta simpática com aumento na frequência cardíaca e na tensão arterial. Contudo, nem todos os utentes têm sinais fisiológicos observáveis (McCaffery e Beebe, 1997). Já em

1987, McGrath (cit. por Stein, 1995) tinha verificado não existir relação significativa entre a informação verbal da dor dada pela criança e as respostas fisiológicas à dor. Recentemente, Stein (1995), com o objectivo de verificar a convergência e a validade entre os indicadores fisiológicos de dor e a auto-avaliação de dor da criança, realizou um estudo com 144 crianças pré-escolares submetidas a imunizações, tendo também encontrado correlações baixas entre a frequência cardíaca e a auto-avaliação da dor feita pelas crianças com a Escala das faces de Wong e Baker.

Hester (2000) acrescenta que as respostas fisiológicas a uma situação dolorosa ou angustiante apenas ocasionalmente se correlacionam positivamente com os indicadores de auto-avaliação da dor, o que também foi constatado no nosso estudo.

Assim, considerando a hipótese formulada, concluímos **não existir associação entre as pontuações de intensidade da dor auto-avaliadas pelas crianças** (componente cognitiva) **e as variações observadas nos valores da P.A sistólica** (componente fisiológica) nos diferentes “momentos de avaliação da dor” no pós-operatório.

Tal como Vetter (1991) e Stein (1995) defendemos que estas mudanças fisiológicas podem e devem ser olhadas, não como dados independentes, mas como elemento complementar no esforço global de avaliação da dor da criança.

C) Para verificarmos se a **Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças varia conforme os “grupos de idades”** procedeu-se à comparação entre os “grupos de idades das crianças” em cada um dos “momentos de avaliação” e à comparação dos “grupos de idades das crianças” entre si, porém sem os relacionar com os “momentos de avaliação”.

Quanto à **comparação entre os “grupos de idades das crianças” em cada um dos “momentos de avaliação da dor”** constatámos que as crianças dos grupos *5,6,7 anos e 8,9,10 anos* não diferem significativamente entre si relativamente às médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor* nos diferentes "momentos de avaliação".

Também no que se relaciona com à **comparação dos grupos de “idades das crianças” entre si, sem os relacionar com os momentos de avaliação** verificámos que, as crianças dos grupos *5,6,7 anos e 8,9,10 anos* não diferem significativamente entre si, relativamente às médias da auto-avaliação da *Intensidade da dor*.

Estes resultados encontram-se em consonância com os de várias investigadoras que defendem que, com treino adequado, as crianças a partir dos 5 anos conseguem usar com sucesso quer a escala das faces, quer a escala numérica e analógica visual (VAS)

(Gauvain-Piquard, 1987; Vetter, 1991; McConnan, 1992; Bertocchi, 1999). Schechter (1997 a) acrescenta que as escalas de auto-avaliação modificadas, como a Escala das Faces que usámos neste estudo, são mais concretas para as crianças em relação às escalas apenas verbais ou numéricas, permitindo à criança utilizar habilidades sensoriais para além das cognitivas (Savedra et al. 1990).

À semelhança destes investigadores, os resultados do nosso estudo, levam-nos a reconhecer, não só que as crianças, dos 5-10 anos, têm capacidade para auto-avaliar a intensidade da dor; como também, que a Escala das Faces de Wong e Baker usada neste estudo, esteve adaptada ao nível de desenvolvimento das crianças, ajudando-as a objectivar a *intensidade da dor* pós-operatória experimentada.

Em relação à hipótese formulada podemos então concluir que a ***Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças não varia conforme os “grupos de idades”***.

No entanto, dada a subjectividade da dor e as características do desenvolvimento das crianças, tal como Hester (2000), defendemos que, a utilização das escalas de auto-avaliação deve ser feita em associação com outras abordagens: a avaliação da dor da criança feita pelos pais ou pessoa significativa, o comportamento da criança e os indicadores fisiológicos.

D) Ainda no que refere à avaliação da dor, agora quanto à hipótese de a ***Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças variar conforme os “diagnósticos cirúrgicos”*** procedemos à comparação entre os grupos de “diagnósticos cirúrgicos” em cada um dos “momentos de avaliação” e à comparação dos grupos dos “diagnósticos cirúrgicos” entre si, porém sem os relacionar com os “momentos de avaliação”.

Quanto à **comparação entre os grupos de “diagnósticos cirúrgicos” em cada um dos “momentos de avaliação”** constatámos que, nos momentos *Iniciar líquidos* e *Antes da alta* as crianças operadas por “*fimose*”, apresentam médias de auto-avaliação de *Intensidade da dor* significativamente mais baixas ($p < 0,05$), relativamente às operadas por “*hérnia umbilical*”, “*hérnia inguinal* ou *hidrocelo*” e “*HAVA* ou *HAVA e fimose*” (ANOVA One-way). Ainda no momento *Iniciar líquidos*, as crianças operadas por “*VA* ou *VA e tubos*” também apresentam médias de auto-avaliação de *Intensidade da dor* significativamente mais baixas ($p < 0,05$), mas apenas comparativamente com as operadas por “*HAVA* ou *HAVA e fimose*”.

Quando **comparámos entre si os "diagnósticos cirúrgicos"**, sem os relacionar com os "momentos de avaliação ", continuavam a ser as crianças operadas por "*fimose*" e "*VA ou VA e tubos*" que *auto-avaliavam a intensidade da sua dor* significativamente mais baixa ($p < 0,05$) em relação às operadas por "*Hérnia Umbilical*", "*Hérnia inguinal* ou *Hidrocelo*" e às operadas por "*HAVA ou HAVA e fimose*" (ANOVA, One-Way).

À semelhança do nosso estudo, Finley et al. (1996) encontraram diferenças na dor pós-operatória, de acordo com o tipo de cirurgia. Verificaram que a miringotomia (VA e tubos) para colocação de tubos de Shappard causava dor ligeira nas crianças e que a amigdalectomia causava dor pós-operatória clinicamente significativa em metade das crianças (intensidade ≥ 3).

Contrariamente ao que encontrámos no nosso estudo, Finley et al. (1996) verificaram que a circuncisão (cirurgia da fimose) também provocava dor pós-operatória significativa em 50% das crianças. Na nossa amostra são as crianças operadas a circuncisão as que apresentam médias mais baixas de *auto-avaliação da Intensidade da dor*, nos momentos *iniciar líquidos* e *antes da alta*, o que pensamos estar relacionado com a anestesia combinada a que foram submetidas. Isto é, para além da anestesia geral, todas estas crianças fizeram anestesia loco-regional com o objectivo de proporcionar analgesia no pós-operatório (8:8). No entanto, verificámos que, no momento da *1ª micção*, houve uma agudização da intensidade da dor ($x = 2,86$), que julgamos estar relacionada com o traumatismo da passagem da urina pela ferida operatória recente, funcionando como estímulo desencadeante ou agravante da dor. Neste momento, a maioria destas crianças (71%) consideraram a sua dor significativa (face 3 e face 4, isto é dor moderada a intensa). Este foi um momento muito doloroso para quase todas as operadas por fimose.

Os resultados mostram-nos que os "diagnósticos cirúrgicos" mais dolorosos nos momentos *Iniciar líquidos* e *Antes da alta* são a "*hérnia umbilical*", "*hérnia inguinal* ou *hidrocelo*" e "*HAVA*" e os menos dolorosos são a "*fimose*" e "*VA ou VA e tubos*".

As crianças operadas a "*HAVA*" são as que têm médias de auto-avaliação da *intensidade da dor* ($x = 3,33$) mais elevadas no momento *Iniciar líquidos*, facto resultante do envolvimento directo do local a que a criança foi operada com os líquidos ingeridos, funcionando estes como estímulo desencadeante ou agravante da dor.

Nas entrevistas que realizámos às enfermeiras/os e mães das crianças operadas a HAVA, a “*capacidade de deglutição*” surgiu como um dos *critérios usados na avaliação da dor pós-operatória* no momento *iniciar líquidos*: as/os enfermeiras/os usaram-na com quase todas as crianças, excepto com uma (5:6) e as mães com todas as crianças (6:6) operadas a HAVA.

Nesta situação, *uma das estratégias não farmacológicas usadas pelas enfermeiras* da nossa amostra, no momento *iniciar líquidos* é o “*envolvimento da mãe no processo de controlo da dor do filho*” (5:6), nomeadamente, através da sua *colaboração na prestação de cuidados aos filhos*, como sejam, dar-lhes a água ou o gelado. O facto de ser a mãe a prestar os cuidados diminui a ansiedade da criança perante uma pessoa estranha, dá-lhe mais segurança, permite-lhe demonstrar a dor mais facilmente, contribuindo de modo significativo para um aumento do nível de tolerância da criança à dor (Rodrigues, 1997).

Considerando a hipótese formulada, **concluimos** que: a ***Intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças varia conforme os “diagnósticos cirúrgicos”***, pois as crianças operadas por “*VA ou VA e tubos*” auto-avaliam *a intensidade da sua dor* com pontuações médias significativamente mais baixas ($p < 0,05$), em relação às operadas por “*Hérnia Umbilical*”, “*Hérnia inguinal ou Hidrocelo*” e as operadas por “*HAVA ou HAVA e fimose*” (ANOVA, One-Way).

Verificámos ainda que à semelhança das crianças operadas por “*VA ou VA e tubos*”, também as crianças operadas por “*fimose*” auto-avaliam *a intensidade da sua dor* com pontuações médias significativamente mais baixas ($p < 0,05$), em relação às operadas por “*Hérnia Umbilical*”, “*Hérnia inguinal ou Hidrocelo*” e as operadas por “*HAVA ou HAVA e fimose*” (ANOVA, One-Way), o que poderá ser explicado pelo facto de todas elas terem sido submetidas a anestesia combinada, isto é anestesia geral e loco-regional, esta com o objectivo de promover analgesia nas primeiras horas do pós-operatório.

3.2. - APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS DE NATUREZA QUALITATIVA

O **tratamento dos dados de natureza qualitativa** recolhidos por entrevista, referentes aos critérios utilizados pelas mães e enfermeiras/os na avaliação da dor pós-operatória da criança e por observação referentes às estratégias não-farmacológicas utilizadas por

enfermeiras/os e mães susceptíveis de aliviar a dor pós-operatória das crianças, implicaram a utilização da técnica de análise de conteúdo.

A análise de conteúdo “... é um conjunto de técnicas de análise de comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens...” (Bardin, s/d: p.38). De acordo, com este autor, a análise de conteúdo, pode ser aplicada a diferentes tipos de mensagens: às mensagens de código linguístico e suporte oral - as entrevistas das mães e dos enfermeiros; e às mensagens de código que não sendo linguístico (na sua maioria), são portadoras de significações - registo escrito das observações das estratégias não-farmacológicas utilizadas pelas mães e enfermeiros nos momentos do “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” (comportamentos diversos, posturas, gestos, manifestações afectivas, actos de fala.).

No nosso caso, não foram estabelecidas à partida quaisquer hipóteses, apenas fomos guiadas por alguns indicadores que encontrámos em estudos referidos no enquadramento teórico e pela curiosidade de conhecer, quer os critérios utilizados pelas mães e enfermeiras na avaliação da intensidade da dor pós-operatória, quer as estratégias não - farmacológicas utilizadas no alívio da dor pós-operatória das crianças.

No tratamento do conteúdo das entrevistas e das observações optámos por uma análise categorial. Segundo Bardin (1988: 37) esta análise “...pretende tomar em consideração a totalidade de um «texto», passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência de presença de itens com sentido... é o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivas da mensagem”.

O critério de categorização considerado é o semântico - categorias temáticas, em que todos os itens com o mesmo sentido ficam agrupados sob o mesmo título conceptual (Bardin, 1988:118).

Para a codificação do conteúdo das mensagens é preciso considerar unidades de registo e de contexto. A unidade de contexto, de acordo com Bardin (1988:107), “...serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem, cujas dimensões (superiores às da unidade de registo) são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo”; a unidade de

registro é "... a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade de base, visando a categorização e a contagem frequencial..." (Bardin, 1988:104). Neste estudo, vamos considerar como unidade de registro a palavra e na opinião de Bardin (1988:105) "... a «palavra» não tem definição precisa em linguística, mas para aqueles que fazem uso do idioma, corresponde a qualquer coisa".

As entrevistas e os registros das observações foram transcritos na totalidade. Elaborámos para análise das nossas entrevistas e das nossas observações grelhas de análise.

3.2.1 - Análise global das grelhas das ENTREVISTAS

Começaremos por apresentar em primeiro lugar a grelha de análise conjunta das respostas das/dos enfermeiras/os e das mães sobre os critérios em que se basearam para avaliar a dor das crianças no pós-operatório e a grelha de análise das respostas das/os enfermeiras/os sobre os critérios que estiveram na base da sua decisão para administrar analgésico às crianças no pós-operatório. Faremos posteriormente uma análise global desses dados.

Em seguida, apresentaremos e analisaremos para cada categoria a riqueza de alguns discursos referidos, quer pelas/os enfermeira/os, quer pelas mães.

Para identificar que **critérios as/os enfermeiras/os e mães utilizaram na avaliação da dor da criança no pós-operatório** nos momentos "Acordar da anestesia" e "Iniciar líquidos" foram realizadas (após as avaliações da intensidade da dor das crianças com a utilização da Escala das faces, naqueles dois momentos) 60 entrevistas: 30 às/aos enfermeiras/os e 30 às mães.

De igual modo, para identificar os **critérios que estiveram na base da decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgésico no pós-operatório**, colocámos esta questão às/aos 15 enfermeiras/os que os administraram. Quando foram administrados pelas/os enfermeiros do turno da manhã, no momento "Acordar da anestesia" ou "Iniciar líquidos" (10:15), esta questão foi colocada em simultâneo com a questão anterior (critérios para avaliação da dor); quando foram administrados pelas/os enfermeiras/os do turno da tarde (5:15) esta questão foi colocada isoladamente.

As categorias para a análise de conteúdo das entrevistas foram criadas a partir dos discursos produzidos pelos entrevistados, tendo por base a revisão bibliográfica (ver 3.1 – Factores que influenciam os enfermeiras/os para avaliar e tratar a dor da criança).

No total são 11 das quais 3 foram criadas *ad hoc* isto é, não são referidas pela bibliografia (Conhecimento do filho, Comparação da reacção da criança à dor ao Iniciar líquidos com a sua reacção ao Acordar da anestesia, Escala do estudo).

As categorias e subcategorias reuniram no total 433 unidades de registo, 381 identificadas nas respostas das/os enfermeiras/os e mães sobre os critérios que utilizaram na *avaliação da dor* (217 no momento “Acordar da anestesia” e 164 no momento “Iniciar líquidos”) e 52 identificadas nas respostas das/os enfermeiras/os sobre os critérios que os influenciaram na *tomada de decisão para administrar analgesia às crianças no pós-operatório*, cuja distribuição se pode analisar nos quadros juntos (Quadros 24 e 25).

Quadro 24 – Frequências de respostas das/os enfermeiras/os e mães sobre os *critérios em que se basearam para avaliar a dor das crianças no pós-operatório*

Momentos de avaliação da dor			Acordar da anestesia				Iniciar líquidos			
Categorias	Subcategorias	Sub-subcat	Enfermeiras/os		Mães		Enfermeiras/os		Mães	
			Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)
Comportamento da criança	Linguagem Não Verbal	Expressão Corporal	17:19	6:11	17:21	3:9	4:5	10:25	3:8	3:22
		Expressão Facial	10:19	6:11	13:21	5:9	2:5	15:25	6:8	10:22
	Linguagem Verbal	Expressão Verbal	10:19	7:11	15:21	6:9	3:5	14:25	5:8	12:22
		Expressão Vocal	13:19	_____	14:21	1:9	1:5	1:25	2:8	2:22
	Estado de ânimo		3:19	7:11	6:21	4:9	2:5	8:25	3:8	11:22
	Ingestão de alimentos		_____	1:11	_____	_____	3:5	4:25	3:8	5:22
	Capacidade de distração		1:19	1:11	_____	_____	_____	3:25	_____	4:22
	Apego		5:19	_____	5:21	1:9	_____	_____	_____	_____
	Sono		2:19	_____	1:21	1:9	_____	_____	_____	1:22
	Recusa analgesia		_____	_____	_____	_____	_____	2:25	_____	_____

Momentos de avaliação da dor Entrevistados Percepção da dor Categorias Subcategorias Sub-subcat			Acordar da anestesia				Iniciar líquidos			
			Enfermeiras/os		Mães		Enfermeiras/os		Mães	
			Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)
Conhecimento do filho	Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com a reacção a experiências dolorosas anteriores		_____	_____	9:21	3:9	_____	_____	_____	6:22
	Empatia de mãe		_____	_____	2:21	3:9	_____	_____	_____	_____
Conhecimento da analgesia			4:19	3:11	_____	_____	1:5	1:25	_____	_____
Comparação com a reacção da criança ao acordar da anestesia			_____	_____	_____	_____	_____	2:25	2:8	2:22
Quantidade de dor inerente à cirurgia			1:19	_____	2:21	2:9	_____	1:25	_____	_____
Papel dos pais			2:19	_____	_____	_____	1:5	2:25	_____	_____

Momentos de avaliação da dor Entrevistados Percepção da dor Categorias Subcategorias Sub-subcat			Ao Acordar da anestesia				Iniciar líquidos			
			Enfermeiras/os		Mães		Enfermeiras/os		Mães	
			Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)
Aspectos fisiológicos			1:19	_____	1:21	_____	_____	1:25	_____	_____
Idade da criança			_____	_____	_____	_____	1:5	1:25	_____	_____
Experiência Profissional			_____	1:11	_____	_____	_____	1:25	_____	_____
Experiência pessoal com dor pós-operatória			_____	_____	1:21	_____	_____	_____	_____	_____
Escala do estudo			1:19	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

a) Significativa (S) = percepção de dor significativa (Escala das faces > 2)

b) Pouco Significativa ou Ausente (PS/A) = percepção de dor pouco significativa ou ausente (Escala das faces ≤ 2)

Quadro 25 – Frequência de respostas de enfermeiras/os sobre os *critérios que estiveram na base da tomada da sua decisão para administrar analgesia às crianças no pós-operatório*

Percepção de dor			Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)
Categorias	Subcategorias	Sub-subcategorias		
Comportamento da criança	Linguagem Não Verbal	Expressão Corporal	11:12	1:3
		Expressão Facial	7:12	1:3
	Linguagem Verbal	Expressão Verbal	10:12	1:3
		Expressão Vocal	4:12	_____
	Estado de ânimo		1:12	_____
	Apego		1:12	_____
Conhecimento da analgesia			8:12	3:3
Comparação da reacção da criança à dor ao iniciar líquidos com a sua reacção ao acordar da anestesia			_____	1:3
Papel dos pais			1:12	_____
Experiência profissional			_____	1:3
Experiência pessoal com dor pós-operatória			1:12	_____

a) **Significativa (S)** = percepção de dor significativa (Escala das faces > 2)

b) **Pouco Significativa ou Ausente (PS/A)** = percepção de dor pouco significativa ou ausente (Escala das faces ≤ 2) .

A leitura do Quadro 24 mostra-nos que na *avaliação da dor* existem algumas diferenças de critérios entre os momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”, e entre os critérios de enfermeiras/os e mães nos momentos “Acordar da anestesia” e Iniciar líquidos” que passaremos a apresentar.

No Quadro 25 verificamos que na *decisão para administrar analgésico às crianças no pós-operatório* os critérios usados pelas/os enfermeiras/os são comuns aos utilizados na *avaliação da dor* (quadro 24), embora nesta situação tenham sido privilegiados um menor número de critérios.

3.2.1.1.- Comparação entre os critérios utilizados pelas Mães e Enfermeiras/os na *avaliação da dor* nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”

De um modo geral não existem grandes diferenças nos critérios utilizados nos dois momentos de avaliação da dor.

Constatamos que, na *avaliação da dor*, a categoria identificada em maior número de entrevistas nos dois momentos foi o COMPORTAMENTO DA CRIANÇA.

Das subcategorias do COMPORTAMENTO DA CRIANÇA e das outras categorias identificadas, existem algumas comuns aos dois momentos, enquanto que outras foram identificadas apenas em um dos momentos. Assim, constatamos que:

- as subcategorias **Apego, Sono e Empatia de mãe** e as categorias QUANTIDADE DE DOR INERENTE À CIRURGIA, EXPERIÊNCIA PESSOAL COM DOR PÓS-OPERATÓRIA e ESCALA DO ESTUDO foram sobretudo identificadas no momento “Acordar da anestesia”; as subcategorias **Sono e Quantidade de dor inerente à cirurgia** foram também referidas no momento “Iniciar líquidos”, por uma mãe (1:22) e por uma enfermeira (1:25) respectivamente.
- as subcategorias **Ingestão de alimentos, Capacidade de distração e Recusa analgesia** e as categorias COMPARAÇÃO DA REACÇÃO DA CRIANÇA À DOR AO INICIAR LÍQUIDOS COM A REACÇÃO AO ACORDAR DA ANESTESIA e IDADE DA CRIANÇA foram sobretudo identificadas no momento “Iniciar líquidos”; as subcategorias **Ingestão de alimentos** (1:11) e **Capacidade de distração** (2:30) foram também referidas por três enfermeiras no momento “Acordar da anestesia”.

3.2.1.2. - Comparação entre os critérios utilizados pelas/os Enfermeiras/os na *avaliação da dor* e na *tomada de decisão para administrar analgesia* às crianças

Na *avaliação da dor*, assim como, na *tomada de decisão para administrar analgésico*, não houve grandes diferenças entre os critérios utilizados pelas/os enfermeiras/os.

Verificamos que os critérios mais utilizados pelas/os enfermeiras/os na *avaliação da dor* (Expressão corporal, Expressão verbal, Expressão facial, Expressão vocal, Estado de ânimo) foram também os mais referidos na *tomada de decisão para administrar analgésico às crianças*, com excepção do Estado de ânimo, que foi sobretudo utilizado na *avaliação da dor* e do Conhecimento da analgesia, que foi mais utilizado na *tomada de decisão para administrar analgésico* (quadro 24).

3.2.1.3. Diferenças de critérios entre Enfermeiras/os e Mães

As categorias serão apresentadas e analisadas em separado, por ordem decrescente, do número de entrevistas em que aparecem referidas na *avaliação da dor*, nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”. Apresentaremos também, em simultâneo, o número de entrevistas em que aparecem referidas na *tomada de decisão para administrar analgesia às crianças*.

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

No desenvolvimento de métodos de observação comportamental, os investigadores e os clínicos assumem muitas vezes como indicadores de dor, os seguintes comportamentos: a expressão vocal (por exemplo, choro e gemido/lamúria), a expressão verbal (declarações inteligíveis relacionadas com dor), a expressão facial (por exemplo, caretas), a postura e os movimentos motores amplos (por exemplo, agitação/movimentos descoordenados dos braços e pernas) (Hester, 2000 referindo Hester, 1992). Por outro lado, Hamers et al (1994) referem que os estudos qualitativos de Koole e Perduijn (1991) e Dick (1993) sugerem que, na avaliação da dor, os enfermeiros atribuem também grande importância aos aspectos do comportamento da criança que reflectem aborrecimento e introversão. Acrescentando McConnan (1992) que o facto de a criança poder estar a brincar ou poder ser distraída, de alguma maneira, são também comportamentos usados para avaliar a dor da criança.

No nosso estudo, esta categoria é a mais representada nos discursos das/os enfermeiras/os e mães sobre os *critérios que utilizaram para avaliar a dor das crianças no pós-operatório* e também sobre os *critérios que estiveram na base da decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgésico*.

Foi possível dividir esta categoria em 8 subcategorias como é visível no Quadro 24.

Linguagem não verbal

A análise dos discursos relativos à subcategoria Linguagem Não Verbal permite identificar as duas sub-subcategorias que correspondem a dois dos critérios mais referidos pelas enfermeiras na avaliação da dor da criança no pós-operatório: **Expressão Facial e Expressão Corporal**.

Expressão facial

A **Expressão facial** diz respeito aos esgares, à contorção facial, ao sorriso, à expressão do olhar, à palidez.

Quando a percepção foi de dor significativa aparece descrita com adjectivação/conotação negativa.

Quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor aparece descrita como neutra ou positiva.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia” as/os enfermeiras/os utilizaram a **Expressão facial** na avaliação da dor de mais de metade das crianças, independentemente da sua percepção da intensidade da dor (16:30).

Também no momento “Iniciar líquidos” utilizaram-na com mais de metade das crianças (17:30), mas mais vezes quando a sua percepção foi de dor pouco significativa (15:25).

Foi o terceiro critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e o primeiro a par com a Expressão verbal no momento “Iniciar líquidos”.

Quanto aos critérios que estiveram na base da sua *decisão para administrar analgésico* verificamos que a **Expressão facial** foi mencionada em mais de metade dos casos das crianças com dor significativa (7:12) a quem administraram analgésico e em apenas uma das que apresentavam dor pouco significativa ou ausência de dor (1:3). É o quarto critério referido em mais entrevistas na tomada de decisão para administrar analgésico.

Os resultados de estudos qualitativos de Dick (1993, cit. por Hamers et al.,1994) sugerem que na avaliação da dor das crianças os enfermeiros dão mais atenção à expressão facial (por exemplo, caretas, sobrancelhas franzidas) do que a outros aspectos do seu comportamento.

B. Mães

Verificámos que, à semelhança das/os enfermeiras/os no momento “Acordar da anestesia”, as mães utilizam a **Expressão facial** como critério de avaliação da dor da criança com a maioria das crianças, independentemente da percepção da dor (18:30); enquanto que no momento “Iniciar líquidos”, contrariamente às/aos enfermeiras/os, utilizam-na com a quase totalidade das crianças que de acordo com a sua percepção apresentam dor significativa (6:8).

À semelhança das/os enfermeiras, no momento “Acordar da anestesia” é o terceiro critério referido em mais entrevistas. No momento “Iniciar líquidos” é o segundo critério mais referido.

Expressão Corporal

A sub-subcategoria **Expressão corporal** diz respeito à postura, à mobilização ou imobilização no leito, à fuga ao contacto, ao toque da ferida operatória e todas as outras expressões do corpo.

Quando a percepção foi de dor significativa nas crianças foram identificados vários aspectos/formas dessa expressão: “postura antiálgica”; “procura de uma posição confortável”; “agitação motora”; “comportamento de fuga/defesa”; “localizar a dor com a mão” e “imobilidade”.

Quando a percepção foi de dor pouco significativa ou ausência de dor nas crianças, as unidades de contexto referiram-se:

- à presença de aspectos da expressão corporal conotados com dor pouco significativa ou ausência de dor, tais como: conseguir posicionar-se e apresentar relaxamento muscular, este apenas referido pelas/os enfermeiras/os;
- à negação de aspectos da expressão corporal conotados com a existência de dor significativa na criança, tais como: não apresentar comportamento de fuga/defesa e não localizar a dor com a mão.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia” a Expressão corporal foi utilizada pelas/os enfermeiras/os na *avaliação da dor* com quase todas as crianças que, de acordo com a

sua percepção, tinham dor significativa (17:19) e com mais de metade das que tinham dor pouco significativa ou ausência de dor (6:11).

No momento “Iniciar líquidos” foi também utilizada na avaliação da dor da quase totalidade das crianças com dor significativa (4:5) e de quase metade das que, de acordo com a percepção das/os enfermeiras/os, apresentavam dor pouco significativa ou ausência de dor (10:25).

É o primeiro critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e o terceiro no momento “Iniciar líquidos”.

Quanto aos critérios que estiveram na base da sua *decisão para administrar analgésico* verificamos que a **Expressão corporal** foi utilizada com quase todas as crianças com dor significativa a quem administraram analgésico (11:12) e em apenas uma das que apresentavam dor pouco significativa (1:3). Também nesta situação, a **Expressão corporal** é o primeiro critério referido em mais entrevistas.

Vários investigadores constataram que a Expressão Corporal é um dos critérios mais frequentemente usados para avaliar a dor (Atchinson et al, 1986; Bradshaw e Zeanah, 1986; Powers, 1987; O’Braien e Konsler, 1988 e Pigeon et al, 1989 citados por Caty et al. 1995).

No estudo realizado em 10 unidades pediátricas de Hospitais do Canadá, as autoras aplicaram questionários a 72 enfermeiras/os com o objectivo de identificar em que critérios se baseavam para avaliar a dor das crianças de 10 meses, 3 e 7 anos (Caty et al, 1995), tendo constatado que a linguagem corporal (nomeadamente, a tensão corporal e defesa) foi o segundo critério mais referido pelas enfermeiras na avaliação da dor nas crianças de 7 anos.

Em relação às intervenções farmacológicas, Wallace (1989) verificou que as crianças que exprimiam intensivamente a dor recebiam mais medicação analgésica no pós-operatório do que as crianças que a exprimiam com menos intensidade. De facto, Wallace (1989) verificou que as crianças que, segundo os pais, tinham facilidade na expressão externa das emoções, recebiam significativamente mais doses de medicação analgésica do que as crianças que interiorizavam o desconforto e expressavam a dor de uma maneira menos óbvia. A mesma autora acrescenta ainda que talvez as enfermeiras estejam mais dispostas a administrar medicação às crianças que mostrem comportamentos de dor facilmente reconhecíveis.

B. Mães

Tal como nas respostas das/os enfermeiras/os, a **Expressão corporal** foi também o critério mais utilizado na avaliação da dor das crianças com dor significativa no momento “Acordar da anestesia” (17:21) e apenas algumas mães o usaram quando perceberam dor pouco significativa ou ausência de dor nos filhos (3:9).

No momento “Iniciar líquidos” este critério foi pouco utilizado pelas mães (6:30) e sobretudo com as crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (3:8).

Globalmente é o segundo critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e o quinto mais referido no momento “Iniciar líquidos”, a par com o critério Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com a reacção a experiências dolorosas anteriores.

Linguagem verbal

Esta subcategoria subdivide-se em duas sub-subcategorias: **Expressão Verbal**, propriamente dita que corresponde à emissão de palavras e **Expressão Vocal** que corresponde à emissão de sons que não são palavras.

Expressão Verbal

Foram englobadas nesta sub-subcategoria todas as unidades de contexto que dizem respeito aos vários aspectos da verbalização da criança considerados pelos entrevistados como:

- reveladores de dor significativa: a verbalização espontânea da dor foi o mais referido, a verbalização do local da dor e a verbalização da intensidade da dor utilizada sobretudo pelas mães;
- reveladores de dor pouco significativa ou ausência de dor: a negação que a criança faz da dor quando lhe perguntam sobre a dor que sente, o alívio da intensidade da dor e diminuição da sua duração; e ainda, as referências à ausência de verbalização espontânea de dor das crianças que é vista pelas mães como sinal de melhoria.

A. Enfermeiras/os

A **Expressão verbal** foi utilizada na *avaliação da dor* de mais de metade das crianças, nos momentos “Acordar da anestesia” (17:30) e “Iniciar líquidos” (17:30), independentemente da sua percepção da intensidade da dor.

Foi o segundo critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e o primeiro no momento “Iniciar líquidos” a par com a Expressão Facial.

Este critério foi também muito utilizado pelas enfermeiras/os na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (10:12) e utilizado em apenas um caso de percepção pouco significativa (1:3). Este, foi a par com o Conhecimento da analgesia, o segundo critério referido em mais entrevistas, na decisão para administrar analgesia.

Caty et al num estudo realizado em 1995, verificaram que a comunicação verbal foi o critério mais referido pelas/os enfermeiras/os no processo de avaliação da dor e no processo de tomada de decisão para administrar analgesia às crianças de 7 anos.

B. Mães

À semelhança do verificado com as/os enfermeiras/os, este foi o critério referido por mais mães na avaliação da dor dos filhos, quer ao “Acordar da anestesia” (21:30), quer ao “Iniciar líquidos” (17:30), independentemente da sua percepção da intensidade da dor. Foi o critério referido em mais entrevistas, tanto no momento “Acordar da anestesia” como no momento “Iniciar líquidos”.

Tal como no nosso estudo, McGrath et al (1995) quiseram conhecer quais os critérios que os pais usavam para avaliar a dor pós-operatória dos filhos submetidos a cirurgia ambulatoria e, num estudo realizado com 176 pais (172 eram mães), também eles constatarem, à semelhança do que nós verificamos, que a verbalização da dor foi o critério mais referido pelos pais.

Expressão Vocal

A sub-subcategoria **Expressão Vocal** foi referida especialmente quando a percepção foi de dor significativa nas crianças. Parece que podemos dizer que isto se deve ao facto de a Expressão Vocal ter uma conotação negativa e assim aparecer quase exclusivamente ligada à percepção de dor significativa.

Quando a percepção foi de dor significativa na criança os discursos referiram-se ao choro e suas características, ao gemido e aos gritos.

Quando a percepção é de dor pouco significativa ou ausência de dor, os discursos tomam as formas de choramingar, choro sem lágrimas e ausência do choro. Estas duas últimas formas foram identificadas apenas nos discursos das *mães*.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia”, a **Expressão vocal** foi utilizada na avaliação da *dor* de dois terços das crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (13:19), enquanto que no momento “Iniciar líquidos” foi utilizada apenas com duas crianças independentemente da sua percepção da dor (2:30). Foi o quarto critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e não faz parte dos cinco critérios referidos em mais entrevistas, no momento “Iniciar líquidos”.

Quanto aos critérios que estiveram na base da *decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgésico* verificamos que a Expressão vocal foi utilizada apenas com quatro crianças com dor significativa a quem administraram analgésico (4:12). Foi o quinto critério referido em mais entrevistas na tomada de decisão para administrar analgésico.

De acordo com Hamers et al (1994), o choro parece ser a fonte mais fiável para avaliar a dor na criança, sendo que, a probabilidade da criança estar com dor aumenta se a criança estiver a chorar. Também de acordo com o mesmo autor, o choro parece influenciar a decisão para administrar analgesia às crianças, isto é, por outras palavras, a criança que grite e chore recebe mais cedo medicação para a dor do que a criança que não se expresse deste modo (Hamers et al, 1994).

O choro foi o primeiro critério utilizado pelas enfermeiras na avaliação da dor das crianças de 10 meses e de 3 anos e o quinto das de 7 anos (Caty et al, 1995).

Tal como no estudo de Caty et al (1995), no nosso estudo, o choro foi o quarto critério mais utilizado na *avaliação da dor* das crianças e o quinto na *tomada de decisão para administrar analgesia*, o que parece ser explicado pelas idades e estágio de desenvolvimento das crianças. De acordo com Hester (2000), os resultados de alguns estudos mostram que a idade e o nível de desenvolvimento afectam a manifestação aberta de alguns comportamentos, como por exemplo, o choro. A mesma autora

verificou que as crianças em idade escolar e adolescentes hospitalizados por razões médicas ou cirúrgicas, muitas vezes não choram quando têm dor (Hester, 1989 cit. por Hester, 2000). Estas explicações encontradas na literatura parecem/podem ser a justificação para os resultados encontrados no nosso estudo relativamente à sub-subcategoria expressão vocal.

B. Mães

No momento “Acordar da anestesia”, à semelhança das/os enfermeiras/os, as mães utilizaram a Expressão vocal na *avaliação da dor* de dois terços das crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (14:21) e de apenas uma criança com dor pouco significativa (1:9).

No momento “Iniciar líquidos” este critério foi pouco utilizado pelas mães (4:30) e sobretudo com crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (2:8). À semelhança das/os enfermeiras/os é o quarto critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e não faz parte dos cinco critérios referidos em mais entrevistas, no momento “Iniciar líquidos”.

Estado de ânimo

A subcategoria **Estado de Ânimo** engloba as unidades de contexto referentes à disposição da criança.

Procurámos o significado da palavra disposição, que se repetia nas unidades de contexto, e num dicionário de sinónimos encontramos para esta palavra os seguintes vocábulos - ânimo, aspecto, estado, postura, temperamento, vontade... (Dicionário de Sinónimos, Porto Editora, 1999).

Seguidamente procurámos num dicionário de significados (Dicionário da Língua Portuguesa, Porto Editora, 1998), o de cada uma das palavras sinónimas da palavra disposição e obtivemos o seguinte resultado:

Ânimo - força moral do homem; espírito; coragem; disposição de vontade...

Aspecto - feição que um objecto apresenta à vista; aparência; semblante...

Temperamento - noção psicofisiológica que engloba a constituição orgânica e o carácter moral e psíquico...

Vontade - ânimo, espírito, interesse, apetite...

Desta consulta podemos concluir que a disposição é o aparente estado psíquico que anima a criança, daí termos apelidado esta subcategoria de Estado de Ânimo.

Quando a percepção foi de dor significativa nas crianças, os discursos sobre o **Estado de Ânimo** revestiram uma expressão/conotação negativa (mal-estar).

Quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor nas crianças, os discursos reflectiram uma conotação/expressão positiva (bem-estar / boa disposição).

A. Enfermeiras/os

Tanto no momento do “Acordar da anestesia” como no momento do “Iniciar líquidos”, o **Estado de Ânimo** foi usado na *avaliação da dor* de um terço das crianças (10:30).

Mas, enquanto no primeiro momento foi utilizado com quase todas as crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa (7:11), no segundo momento utilizaram-no independentemente da percepção da intensidade da dor. Foi o quinto critério referido em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia” e o quarto no momento “Iniciar líquidos”.

De acordo com os resultados dos estudos qualitativos de Koolen e Perduijn (1991, cit. por Hamers et al, 1994) e Dick (1993, cit. por Hamers et al, 1994), o comportamento da criança (por exemplo, reflectindo aborrecimento, introversão) foi um dos critérios mais utilizados pelas/os enfermeiras/os na avaliação da dor da criança. Também no nosso estudo foi um dos critérios mais utilizado pelas enfermeiras na *avaliação da dor* das crianças.

Na *tomada de decisão para administrar analgésico*, as/os enfermeiras/os utilizaram o Estado de ânimo apenas com uma criança, que, segundo a sua percepção, tinha dor significativa (1:12). Não faz parte dos cinco critérios referidos em mais entrevistas na tomada de decisão para administrar analgésico.

Wallace (1989) constatou que na tomada de decisão das enfermeiras para intervir junto das crianças com dor, as crianças com humor positivo tenderam a receber menos doses de analgésico do que as crianças com humor negativo.

Apesar de não ter sido objectivo do nosso estudo observar esta relação, tal também não teria sido possível dada a escassez de asserções desta subcategoria.

B. Mães

À semelhança das/os enfermeiras/os, no momento “Acordar da anestesia” o **Estado de ânimo** foi referido pelas mães na *avaliação da dor* de um terço das crianças (10:30), sobretudo quando a sua percepção foi de dor pouco significativa nas crianças (4:9).

No momento “Iniciar líquidos” utilizaram-no com metade das crianças que, de acordo com a sua percepção apresentavam dor pouco significativa ou ausência de dor (11:22) e com algumas das que apresentavam dor significativa (3:8). Não faz parte dos cinco critérios referidos em mais entrevistas no momento “Acordar da anestesia”, mas é o terceiro no momento “Iniciar líquidos”.

Ingestão de alimentos

A subcategoria **Ingestão de Alimentos** engloba as unidades de contexto que dizem respeito aos aspectos do comportamento relativos ao apetite e à capacidade de deglutição.

Quando aparece ligada à percepção de dor pouco significativa ou ausência de dor diz respeito ao apetite das crianças e à sua facilidade de deglutição dos alimentos líquidos; enquanto que, quando aparece ligada à presença de dor significativa refere-se exclusivamente à sua dificuldade de deglutição dos alimentos líquidos.

A. Enfermeiras/os

No momento do “Acordar da anestesia” este critério foi apenas utilizado na avaliação da dor de uma criança submetida a cirurgia geral (Herniorrafia inguinal) que, segundo a percepção da enfermeira, apresentava dor pouco significativa e a unidade de contexto referia-se ao apetite da criança (1:11).

Apesar de pouco referido no momento do “Iniciar líquidos” (7:30), usaram-no quase exclusivamente com crianças submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico e, neste caso, com quase todas (6:10). Apenas uma enfermeira utilizou este critério com uma criança submetida a cirurgia geral (Fimose) que, de acordo com a sua percepção, não tinha dor e a unidade de contexto referia-se ao apetite da criança (1:18). Foi o quinto critério referido em mais entrevistas na avaliação da dor, neste momento de avaliação.

Não foi utilizado na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças.

B. Mães

Esta subcategoria não foi identificada no discurso das mães no momento do “Acordar da anestesia”.

À semelhança das/os enfermeiras/os, no momento “Iniciar líquidos”, a Ingestão de alimentos foi pouco identificada nos discursos das mães (8:30). No entanto usaram-na quase exclusivamente com as crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico e, neste caso, com quase todas (7:10).

Apenas uma mãe utilizou este critério com uma criança submetida a cirurgia geral (Herniorrafia Umbilical) que, de acordo com a sua percepção, tinha dor pouco significativa (1:16) e a unidade de contexto referia-se ao apetite da criança.

Foi o quarto critério mais utilizado pelas mães na avaliação da dor no momento “Iniciar líquidos”.

O apetite foi também um dos critérios mais citados por 176 pais (172 eram mães), num estudo realizado por McGrath et al (1995) acerca dos critérios utilizados na avaliação da dor pós-operatória dos filhos, submetidos a cirurgia ambulatória.

Apego

Inclui todas as unidades de contexto que se relacionam com o aumento da necessidade de afecto da criança em relação aos pais, sobretudo, relativamente à mãe, como: querer a mãe por perto, pedir mais atenção da mãe ou dos pais, segurar a mão, pedir beijinhos e pedir colo (as três últimas foram encontradas apenas nos discursos das mães).

Foi apenas utilizado no momento “Acordar da anestesia” especialmente quando a dor percebida foi significativa.

A. Enfermeiras/os

Usaram-no na avaliação da dor exclusivamente com algumas crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (5:19).

Na *tomada de decisão para administrar analgésico* foi utilizado apenas com uma criança que também, de acordo com a percepção da enfermeira, apresentava dor significativa (1:12).

B. Mães

À semelhança das/os enfermeiras/os, as mães também mencionaram pouco este critério (6:30) e quase exclusivamente com crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (5:21).

Capacidade de distração

A **Capacidade de Distração** é um dos aspectos do comportamento da criança que constitui um critério de avaliação da sua dor (McConnan, 1992; Hamers et al, 1994).

Diz respeito à capacidade das crianças para brincar, conversar e ouvir histórias.

Foi mais utilizado quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor.

A reduzida referência a este critério, talvez tenha resultado não apenas do facto das crianças, por si só, não se envolverem em estratégias de distração, mas também, pela escassez de estratégias que lhes foram proporcionadas devido a terem sido operadas há pouco tempo.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia”, a **Capacidade de Distração** foi utilizada apenas por duas enfermeiras, independentemente da sua percepção de dor das crianças (2:30).

No momento “Iniciar líquidos”, este critério foi apenas utilizado com crianças que, segundo a sua percepção, tinham dor pouco significativa (3:25).

Não foi encontrado na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças.

B. Mães

No momento do “Acordar da anestesia” não o referiram.

No momento “Iniciar líquidos”, à semelhança das/os enfermeiras/os, as mães também usaram a Capacidade de distração exclusivamente com crianças que, segundo a sua percepção, tinham dor pouco significativa (4:22) mas associada a outra característica – o tipo de cirurgia. De facto, as mães utilizaram-no exclusivamente com crianças submetidas a cirurgia geral (4:20).

Sono

A subcategoria **Sono** engloba as unidades de contexto relacionadas com a capacidade da criança para adormecer após ter acordado da anestesia no pós-operatório imediato.

Este critério foi pouco referido quer pelas enfermeiras quer pelas mães.

A. Enfermeiras/os

Utilizaram-no na avaliação da dor apenas no momento do “Acordar da anestesia” com duas crianças, que de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (2:19).

Não foi encontrado na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças.

B. Mães

Este critério foi referido nos momento do “Acordar da anestesia” (2:30) e “Iniciar líquidos” (1:22) independentemente da percepção da intensidade da dor.

Recusa analgesia

Esta subcategoria apenas foi identificada nos discursos das/os enfermeiras/os no momento “Iniciar líquidos” que a utilizaram exclusivamente com crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa (2:25).

Não foi encontrado na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças.

As mães não a utilizaram na *avaliação da dor*.

CONHECIMENTO DO FILHO

Diz respeito ao conhecimento que “é próprio das mães” e inclui todas as unidades de contexto que se referem à **empatia das mães** e ao **conhecimento das reacções da criança à dor em experiências anteriores**.

Nas etnoteorias acerca do comportamento e desenvolvimento da criança, bem como nas orientações comumente aprendidas e que cada um dos pais traz para a sua experiência/exercício de pais, o mais importante são as crenças acerca da natureza e das necessidades das crianças (Super e Harkness, 1986). As crenças e atitudes dos pais são consideradas filtros através dos quais os comportamentos das crianças são processados e desempenham um papel muito importante, no sentido em que os pais e as crianças se regulam mutuamente.

Apenas as mães produzem asserções que se incluem nesta categoria.

Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com as reacções a experiências dolorosas anteriores

Comparar a reacção da criança à dor pós-operatória com os seus comportamentos habituais em relação a outras experiências dolorosas anteriores foi um dos critérios usados pelas mães na *avaliação da dor* dos filhos.

Quando a percepção foi de dor significativa, os discursos relacionaram-se com a presença de comportamentos habitualmente apresentados pelas crianças em situações dolorosas anteriores, enquanto que, quando a sua percepção foi de que as crianças tinham dor pouco significativa ou não tinham dor, relacionaram-se com a inexistência de comportamentos habitualmente apresentados pelas crianças em situações dolorosas anteriores.

No momento “Acordar da anestesia” as mães utilizaram este critério com quase metade das crianças, independentemente da sua percepção da intensidade da dor (12:30). No momento “Iniciar líquidos” foi pouco utilizado e apenas com crianças em que a sua percepção foi de dor pouco significativa ou ausente (6:22).

Foi o quinto critério referido por mais mães na *avaliação da dor*, nos dois momentos de avaliação.

Empatia de mãe

No momento “Iniciar líquidos” não a utilizaram.

A subcategoria **Empatia de mãe** diz respeito a uma relação muito íntima e forte que se estabelece entre as mães e os filhos, que só elas vivenciam e compreendem, sendo difícil de descrever.

No momento “Acordar da anestesia” foi utilizado apenas em duas crianças com dor significativa (2:21) e em um terço das crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa (3:9).

CONHECIMENTO DA ANALGESIA

Reporta-se a um conhecimento específico das/os enfermeiras/os e engloba todas as unidades de registo que dizem respeito ao conhecimento que detêm sobre: a realização

de analgesia no Bloco Operatório, o tipo de analgésico administrado e sua eficácia, e a hora de administração do último analgésico.

Esta categoria foi apenas identificada nos discursos das/os enfermeiras/os que a utilizaram independentemente da sua percepção de dor.

A. Enfermeiras/os

Foi um critério pouco utilizado na *avaliação da dor* tanto no momento “Acordar da anestesia” (7:30) como no momento “Iniciar líquidos” (2:30).

Na *tomada de decisão para administrar analgésico*, as/os enfermeiras/os utilizaram-no com quase todas as crianças a quem administraram analgésico (11:15), isto é, com a maioria das crianças que, segundo a sua percepção, tinham dor significativa (8:12) e com todas as que tinham dor pouco significativa (3:3). É o segundo critério mais referido na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças, a par com o critério Expressão verbal.

McConnam (1992) identifica que o Conhecimento da Analgesia, nomeadamente a resposta ao último analgésico, é um dos critérios tido em consideração por muitas enfermeiras para avaliar a dor da criança no pós operatório. Também Caty et al (1995) identificaram nas respostas aos questionários do seu estudo uma categoria a que chamaram de juízo das enfermeiras que englobava factores tais como: o tipo e a hora da cirurgia, o conhecimento da criança e a hora da última medicação (um dos aspectos do conhecimento da analgesia) que foi o terceiro critério mais referido pelas enfermeiras para avaliar a dor nas crianças de 7 anos.

Caty et al (1995) também constataram que na tomada de decisão para administrar analgésicos, o juízo da enfermeira (inclui um dos aspectos do conhecimento da analgesia - hora da última medicação) foi a segunda categoria mais frequentemente citada nas crianças de 7 anos.

COMPARAÇÃO DA REACÇÃO DA CRIANÇA À DOR AO INICIAR LÍQUIDOS COM A SUA REACÇÃO AO ACORDAR DA ANESTESIA

Engloba todas as unidades de contexto que dizem respeito ao comportamento da criança no momento “Acordar da anestesia” e que servem de referência para as avaliações

posteriores de dor da criança. Esta categoria foi identificada apenas no momento “Iniciar líquidos”.

A. Enfermeiras/os

Esta categoria foi utilizada na avaliação da dor de apenas duas crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa (2:25).

Também influenciou a *decisão de uma enfermeira para administrar analgésico* a uma criança com dor pouco significativa (1:3).

B. Mães

Utilizaram-na apenas com quatro crianças independentemente da percepção da intensidade da dor (4:30).

QUANTIDADE DE DOR INERENTE À CIRURGIA

Inclui as unidades de contexto referentes à presença de um dado diagnóstico considerado muito doloroso, a uma quantidade de dor inerente ao tipo de cirurgia e também à presença de dor que, de acordo com os entrevistados, é “normal” que se sinta após qualquer cirurgia.

Quando a percepção foi de dor significativa, este critério referiu-se ao tipo de cirurgia e quantidade de dor inerente ao tipo de cirurgia.

Quando a percepção foi de dor pouco significativa, nas crianças, os discursos referiram-se à quantidade de dor “normal” (esperada) resultante de qualquer cirurgia.

Foi pouco utilizado por ambos os entrevistados e independentemente da percepção da intensidade da dor.

A. Enfermeiras/os

Utilizaram-na na avaliação da dor nos dois momentos de avaliação, com duas crianças submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico, independentemente da percepção da intensidade da dor (2:10).

Este critério não foi referido na *tomada de decisão para administrar analgesia* às crianças.

B. Mães

Usaram-no apenas no momento “Acordar da anestesia” com quatro crianças independentemente da percepção da intensidade da dor (4:30).

Duas destas crianças tinham sido submetidos a cirurgias do foro otorrinolaringológico (2:10) e as outras duas a patologias do foro da cirurgia geral (2:20).

PAPEL DOS PAIS

Na análise desta categoria foram englobados os discursos que dizem respeito ao **Papel dos pais** na *avaliação da dor* pós operatória da criança. Inclui todas as unidades de contexto que se referem à informação dada pelos pais sobre o comportamento da criança e também ao comportamento dos pais face à situação de dor da criança.

Apenas as/os enfermeiras/os fizeram asserções que se incluem nesta categoria.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia”, este critério foi utilizado com duas crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (2:19) e no momento “Iniciar líquidos” com três crianças, independentemente da sua percepção da intensidade da dor (3:30).

Na *tomada de decisão para administrar analgesia*, o Papel dos pais foi utilizado apenas por uma enfermeira com uma criança com dor significativa (1:12).

Hamers et al (1994) identificaram que as enfermeiras julgam óbvia a necessidade de usar informação obtida junto dos pais das crianças para avaliar a sua dor. Afinal ninguém conhece melhor a criança que os seus próprios pais. Contudo, também identificou que a informação obtida junto deles nem sempre parece ser fiável, pois, geralmente, quando um dos pais diz que a criança está com dor, esta informação é usualmente confirmada pelo enfermeiro.

Mas, a importância do papel dos pais na avaliação da dor das crianças está relacionado com a idade da criança, isto é, a influência da sua informação na tomada de decisão dos enfermeiros diminui à medida que a criança cresce (Koolen e Perduijn, 1991cit. por Hamers et al, 1994).

Neste sentido, Caty et al (1995) constataram que, na avaliação da dor, o recurso aos pais foi um dos cinco critérios mais utilizados pelas enfermeiras, mas apenas nas crianças de 3 anos.

Como constatamos no nosso estudo, este critério teve pouca representatividade e as idades das 5 crianças com as quais as enfermeiras utilizaram este critério foram bastante diversificadas 5, 7, 8 e 10 anos.

Tal como Hamers et al (1994) e Caty et al (1995) parece que podemos concluir que a relativa utilização dos pais na avaliação da dor e processo de tomada de decisão para administrar analgésicos, sugere que a maioria das/os enfermeiras/os não consideram os pais como um recurso importante na gestão da dor dos filhos.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

Inclui as unidades de contexto que se referem às alterações dos sinais fisiológicos referidos na literatura, nomeadamente a tensão arterial e a frequência cardíaca. Inclui também um aspecto percebido por uma das mães como sinal indicador de dor - a presença de sangue.

A. Enfermeiras/os

Utilizaram este critério com duas crianças, independentemente da percepção da intensidade da dor no momento “Acordar da anestesia” (1:30) e no momento “Iniciar líquidos”(1:30).

A enfermeira que no momento “Acordar da anestesia” referiu ter utilizado este critério na *avaliação da dor* de uma criança, que de acordo com a sua percepção, apresentava dor significativa (1:19), considerou-o também como um dos critérios que a fizeram *decidir a administrar analgesia* à mesma criança.

Caty et al (1995) constataram que as alterações fisiológicas foram um critério utilizado por pelo menos 60% dos enfermeiros na avaliação da dor da criança e no processo de tomada de decisão para administrar analgesia nas crianças de 10 meses, 3 e 7 anos. Também Miller (1996) verificou que os Aspectos fisiológicos foram referidos por 47% das enfermeiras na avaliação da dor pós-operatória de crianças dos 7 aos 11 anos. Contrariamente a estes resultados, as/os enfermeiras/os da nossa amostra raramente utilizaram este critério na *avaliação da dor* e na tomada de *decisão para administrar analgesia às crianças*.

B. Mães

No momento “Acordar da anestesia” apenas uma mãe usou este critério na avaliação da dor. De acordo com sua percepção, o filho tinha dor significativa (1:21) e a unidade de contexto dizia respeito à presença de sangue.

Não foi utilizado pelas mães no momento “Iniciar líquidos”.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Decorrente do seu papel profissional, apenas as enfermeiras/os fazem asserções que se enquadram nesta categoria.

Comparam o comportamento da criança de quem cuidam num determinado momento, com o de outras crianças operadas pelo mesmo motivo e cuidadas por si noutros momentos.

A. Enfermeiras/os

Utilizaram-no apenas com uma criança no momento “Acordar da anestesia” (1:11) e com outra no momento “Iniciar líquidos” (1:25).

Foi também referido na tomada de *decisão para administrar analgésico* a uma criança (1:15).

As três crianças tinham uma característica comum – tinham sido submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico e segundo a percepção das/os enfermeiras/os apresentavam dor pouco significativa.

As enfermeiras/os usam muitas vezes a sua experiência passada para determinar o que fazer em situações presentes ou futuras. De acordo com Hamers et al (1994), a Experiência profissional parece ser o principal factor que influencia a avaliação da dor e a implementação de intervenções pelos enfermeiros, o que não se constatou no nosso estudo.

A pouca referência a este critério na *avaliação da dor* e na *implementação de estratégias farmacológicas* poderá talvez significar que para a maioria das enfermeiras/os da nossa amostra, a dor não pode ser comparável, porque é vivida por cada criança de uma forma única, sendo comparável apenas na mesma criança em momentos diferentes.

IDADE DA CRIANÇA

Diz respeito às asserções que incluem a idade da criança como critério de avaliação da sua dor.

Esta é outra das categorias apenas utilizada pelas/os enfermeiras/os na *avaliação da dor* das crianças.

A. Enfermeiras/os

A **Idade da criança** foi apenas utilizada com duas crianças submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico no momento “Iniciar líquidos”, independentemente da percepção da intensidade da dor (2:30).

Não foi referida na *tomada de decisão para administrar analgésico*.

Schechter et al (1986, cit. por Hamers et al, 1994) e Hamers et al (1994) constataram que a idade não era um factor importante na tomada de decisão dos enfermeiros para administrar analgésicos às crianças. Todavia, verificaram que os analgésicos opióides eram prescritos menos vezes às crianças mais novas do que às mais velhas (Hamers et al, 1994).

Das 30 crianças deste estudo, apenas 14 crianças tinham prescrição analgésica para o pós-operatório e o analgésico pertencia ao grupo dos não-opióides. Quanto às crianças que receberam analgesia no pós-operatório (15:30), a maioria (12:15) pertencia ao grupo etário dos [5- 7 anos] e as restantes (3:15) pertenciam ao grupo dos [8-10 anos]. Quanto aos analgésicos efectivamente administrados pelas/os enfermeiras/os no pós-operatório, verificamos que 80% foram administrados às crianças do grupo etário mais baixo (12:20), e apenas 20% às do grupo etário mais alto (3:10).

Parece-nos que podemos dizer que, de facto, a idade das crianças (mais novas) não influenciou as/os enfermeiros na *tomada de decisão para lhes administrar analgesia*.

EXPERIÊNCIA PESSOAL COM DOR PÓS-OPERATÓRIA

Engloba as asserções em que as entrevistadas utilizaram as próprias experiências com dor pós-operatória como critério de referência na *avaliação da dor* das crianças.

Utilizaram-na apenas no momento do “Acordar da anestesia”.

A. Enfermeiras/os

Apenas uma enfermeira usou este critério simultaneamente na *avaliação da dor* e na tomada de *decisão para administrar analgésico* à mesma criança com dor significativa (1:12).

B. Mães

À semelhança das/os enfermeiras/os, também apenas uma das mães utilizou este critério na *avaliação da dor* quando a sua percepção foi de que a filha apresentava dor significativa (1:21).

ESCALA DO ESTUDO

Inclui uma unidade de contexto que se refere ao instrumento de colheita de dados deste estudo - escala de avaliação da intensidade da dor/escalas das faces.

Esta é outra das categoria identificada apenas nos discursos das/os enfermeiras/os.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia”, uma enfermeira referiu-se à escala das faces utilizada na colheita de dados deste estudo como tendo sido um dos critérios que a ajudou na *avaliação da dor* (1:19) e na tomada de *decisão para administrar analgésico* a uma criança que, de acordo com a sua percepção, apresentava dor significativa.

3.2.2. - Análise da riqueza dos discursos das entrevistas para cada categoria

Após termos identificado os *critérios em que se baseiam as mães e enfermeiras/os para avaliar a dor da criança no pós-operatório* e também os *critérios que estiveram na base da decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgesia à criança*, vamos agora deter-nos sobre o conteúdo das entrevistas.

De um modo geral, vemos muitas semelhanças entre os discursos das enfermeiras e os das mães. Contudo, existem pequenas diferenças. As enfermeiras utilizam uma linguagem mais objectiva e mais técnica enquanto que a linguagem das mães é um pouco mais subjectiva e emocional.

As frases que iremos apresentar em cada categoria, subcategoria ou sub-subcategoria representam todos os tipos de frases encontradas sobre cada uma delas.

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA

A dor é muitas vezes definida como uma experiência subjectiva tendo três componentes: cognitiva (auto-avaliação), comportamental e fisiológica.

De acordo com McConnan (1992), o comportamento das crianças observado pelas enfermeiras poderá fornecer uma grande quantidade de informação acerca das situações dolorosas que as crianças vivem.

Linguagem Não Verbal

Esta subcategoria, como já vimos, divide-se nas duas categorias seguintes: **Expressão facial** e **Expressão Corporal**.

Expressão Facial

A. Enfermeiras/os

Tanto na *avaliação da dor* ao “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” como na *tomada de decisão para administrar analgésico*, as enfermeiras/os descrevem a Expressão facial de duas formas diferentes conforme a sua percepção de dor:

I Expressiva, isto é, com expressão de dor significativa

"... fácies triste ..." (E5)

"...o gestual, a contorção facial..." (E13)

"... ele tinha um fácies pálido, assim uma certa palidez e por vezes fazia aquelas caretas, no meio daquela agitação toda também fazia aquelas caretas, que podem ser consideradas caretas de dor..." (E28)

"... fácies contraído..." (E30)

II Neutra ou Positiva, ou seja, sem expressão de dor ou com expressão de bem-estar

"... fácies descontraído..." (E20)

"... esboçou um ligeiro sorriso quando abriu os olhos..." (E9)

"... expressão facial sorridente..." (E27)

"... a expressão facial, não estava sorridente, mas também não tinha caretas..." (E25)

B. Mães

Também, em ambos os momentos de avaliação da dor, descrevem a Expressão facial de forma semelhante:

I Expressiva

"... (a expressão dele) ... ia-me partindo o coração, péssimo...pedia-me ajuda com os olhos..." (Mãe 11)

"... tinha uma carinha de dor muito franzida..." (Mãe 12)

"... vi através da cara dela ... quando acordou tinha... lágrimas nos olhos..." (Mãe 24)

"... aquela cara triste..." (Mãe 29)

II Neutra ou Positiva

"... está com uma carinha já mais satisfeita, ele já não tem dor..." (Mãe10)

"... tinha uma cara pronto ...ao nível de feição estava um pouco...via-se que lhe doía qualquer coisa ... ele suportou bastante e já de vez em quando ... até já deu um ar de riso... tinha lá a dor..."(Mãe 11)

"...eu achei ele assim um bocadinho assim ... com a cara para o franzidinho..."(Mãe 14)

"... estava com uma cara, pronto mesmo de ...não uma dor muito forte ..." (Mãe 20)

"... uma cara mais alegre ... a dor acalmou " (Mãe29)

Comparativamente aos discursos das/os enfermeiras/os que usam termos mais sofisticados (por exemplo, “expressão facial”, “fácies”, “contorsão facial”), os discursos das mães usam palavras mais simples (por exemplo, “pedir ajuda com os olhos”, “franzidinho”). Sendo menos técnico, o discurso das mães valoriza os aspectos emocionais (por exemplo, “lágrimas”, “carinha de dor”, “triste”).

Expressão Corporal

A. Enfermeiras/os

Foram identificadas várias formas de **Expressão Corporal** comuns aos momentos de *avaliação da dor* em “Acordar da anestesia” e em “Iniciar líquidos” e à *tomada de decisão para administrar analgesia* às crianças:

I - Postura antiálgica, para alcançar conforto, referida apenas na percepção de dor significativa nas crianças

"... contraiu-se, pôs - se em posição fetal, ..." (E5)

"... não tinha posição ... não conseguia encontrar conforto na posição autoposicionou-se várias vezes" (E11)

"...a maneira de contorcer-se na cama para tentar manobrar a dor... levando mesmo a defender-se e a tomar a posição mesmo fetal..." (E13)

" ... já se encolhia toda..." (E22)

"... pernas encolhidas..." (E30)

II - Comportamento de fuga/defesa - também utilizado sobretudo na percepção de dor significativa nas crianças

" (... esperneava enrolava-se todo na cama...) tentava defender-se no fundo, era o que ele estava a fazer, achar posição para se defender da dor ..." (E17)

"... além daquela postura que ele mantinha de fuga, de evitação ...de evitar colocar qualquer líquido na boca..." (E21)

mas, também na percepção de dor pouco significativa

"...(não teve qualquer reacção de defesa)... ele primeiro não estava a querer o gelado... mas acho que estava com aquele fáceis de estar com os olhos fechados ... ele nem estava a ver o que é que era o gelado, porque quando a mãe lhe pôe o gelado à boca ele , a tendência dele foi o engolir logo..." (E28)

III - Localizar a dor com a mão – referida sobretudo na percepção de dor significativa

"... tentou localizar com a mão a dor, portanto na região inguinal ..." (E11)

"... leva a mão ao local da dor" (E25)

"... de continuar a pôr a mão na garganta..." (E21)

mas, também na percepção de dor pouco significativa

"...(não teve qualquer reacção de defesa) ... o levar a mão à garganta ..." (E28)

IV - Apresentar relaxamento muscular – esta forma de Expressão corporal foi apenas referida pelas enfermeiros/as e quando a sua percepção foi de dor pouco significativa,

"... e na postura (descontraída)..."(E20)

"... a posição corporal descontraída...." (E25)

Específica do momento “Acordar da anestesia” encontramos:

V - Agitação motora - referida apenas na percepção de dor significativa

"... manifestava-se agitado...ele estava sonolento queria sossegar e não conseguia, algo estava a incomodá-lo..." (E11)

"... a agitação motora dele, porque ele não parava, esperneava enrolava-se todo na cama..." (E17)

Específica do momento “Iniciar líquidos” identificamos uma outra forma de **Expressão corporal**:

VI - Conseguir posicionar-se - referida em crianças que apresentavam dor pouco significativa

"... a facilidade dela em se sentar na cama ..." (E8)

"...Ele mexia-se bem na cama, mas ao mexer... os movimentos levavam a apresentar ligeira dor..." (E9)

No momento *da decisão de administrar analgésico*, encontrámos ainda duas outras formas de **Expressão corporal**:

VII - Tensão muscular – esta forma de Expressão corporal foi apenas referida pelos/as enfermeiros/as, e em duas crianças que apresentavam dor significativa

"... pernas muito tensas..." (E21)

"... ao levantar-se da cama para ir embora ... postura esticada na cadeira ..." (E13)

VIII - Imobilidade - referido numa criança com dor significativa

"... estava imobilizado não se mexia...." (E5)

Em suma, de acordo com estes dados, a percepção de dor na criança é, pelas/os enfermeiras/os, realizada de forma empírica e baseada no comportamento da criança.

B. Mães

Para facilitar a análise, referir-nos-emos às formas de **Expressão corporal** referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para enfermeiras/os.

Específica do momento “Acordar da anestesia” encontrámos:

I - Postura antiálgica - utilizada pelas mães quando a percepção foi de dor significativa

"... as pernas muito encolhidas... " (Mãe 12)

"... estava muito encolhido... " (Mãe 30)

II - Comportamento de fuga/defesa - utilizado apenas na percepção de dor significativa nas crianças

"... agente queria colocar-lhe até o supositório e ele não queria porque doía-lhe, devia doer-lhe mesmo tudo..." (Mãe 11)

"... quando ele veio do Bloco Op. não se podia mexer aqui, não se podia mexer ali, porque ele dizia que doía..." (Mãe 23)

III - Localizar a dor com a mão - referida apenas quando a percepção foi de dor significativa

"... levava a mão à boca ..." (Mãe 16)

" (queixava-se que estava a picar na pila)... e queria lá levar a mão..." (Mãe 17)

V - Agitação motora – referida pelas mães nos dois momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e utilizada sobretudo quando a percepção foi de dor significativa

"... está mais impaciente e não pára de se mexer na cama..." (Mãe 12)

"... mexia-se muito... fazia muitos gestos..." (Mãe 17)

"... Estava irrequieta, muito irrequieta ...mexia-se para um lado ou mexia-se para o outro, ou queria-se meter em pé, queria sair da cama, muitas coisas..." (Mãe 24)

mas, também foi usada quando a percepção foi de dor pouco significativa:

"... já estava mais quieto... já não mexia sem parar..." (Mãe 17)

Específica do momento “Iniciar líquidos” identificamos uma outra forma de **Expressão corporal**:

VI - Conseguir posicionar-se – referida pelas mães no momento “Iniciar líquidos” quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor nas crianças

" ... já se quer levantar e tudo, daí que eu vejo que ele está ... já está a ter melhoras" (Mãe 23)

VIII - Imobilidade, referida pelas mães nos dois momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e sobretudo quando a percepção foi de dor significativa

"... estava mais sossegadinho..." (Mãe 10)

"... ainda encolhido porque acho que ele estava com medo de se mexer, não fosse aquilo doer um bocadinho mais..." (Mãe 30)

mas, também foi usada quando a percepção foi de dor pouco significativa:

"... achei que ele estava assim um bocadinho mais parado, mais quieto..." (Mãe 20)

Comparativamente, enquanto nos discursos das mães, a “Agitação motora” e “Imobilidade” foram utilizadas quer no momento “Acordar da anestesia” quer no momento “Iniciar líquidos”, sobretudo quando a percepção foi de dor significativa nas crianças, nos discursos das/os enfermeiras/os foram utilizadas apenas no momento “Acordar da anestesia” e quando a percepção foi de dor significativa.

Também constatámos que as mães referem a “postura antiálgica”, “comportamento de fuga/defesa” e “localizar a dor com a mão” exclusivamente no momento “Acordar da anestesia”, quando a percepção foi de dor significativa, enquanto as/os enfermeiras/os as referem nos dois momentos de avaliação, embora as tenham usado, essencialmente, quando a percepção foi de dor significativa nas crianças .

Em suma, os comportamentos utilizados por enfermeiras/os e mães, para avaliar a dor das crianças são semelhantes. As/os enfermeiras/os referem a “tensão muscular” e o “relaxamento muscular” que as mães não referem.

Os discursos das/os enfermeiras/os usam de um modo geral, termos técnicos (“posição fetal”, “região inguinal”, “postura descontraída”, “imobilizado”, “agitação motora”), enquanto que os das mães usam palavras mais simples (“pernas encolhidas”, “mais sossegadinho”, “irrequieta”, “já se quer levantar”) que traduzem uma linguagem do quotidiano/senso comum.

Linguagem Verbal

Esta subcategoria, como já vimos, subdivide-se nas duas sub-subcategorias: **Expressão Verbal** e **Expressão Vocal**.

Expressão Verbal

A. Enfermeiras/os

Foram identificadas vários aspectos de **Expressão verbal** comuns aos momentos de *avaliação da dor* “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e à *tomada de decisão para administrar analgesia* às crianças:

I - Verbalização espontânea da dor - foi o mais referido quando a percepção foi de dor significativa:

“... quando ele acordou ele verbalizou a dor ...” (E11)

"... ela estava queixosa ... tinha a dor e referiu a dor sem ninguém ter falado no que se estava a passar, queixou-se espontaneamente ..." (E12)

"... dizia que lhe doía, que lhe doía e que não queria (o gelado) ..." (E22)

II - Verbalização do local da dor - mencionada apenas quando a percepção foi de dor significava

"... ele dizer mesmo que lhe dói a barriga ..." (E2)

"... verbalizou a dor ...dói-me a pila ..." (E3)

"... dizia que lhe doía a "pilha" ..." (E17)

"... refere dor na garganta..." (E22)

"... (verbalizou mais)dor no local da sutura ..." (E30)

III - Verbalização da intensidade da dor - referido sobretudo quando a percepção foi de dor pouco significativa

"... e aquilo que ela me verbalizava é que tinha uma dor pequena que era suportável, ..." (E7)

"... verbalizou que lhe doía um pouco..." (E25)

mas, também usado na percepção de dor significativa

"... verbalizou mais dor (no local)..." (E30)

IV - Negação ou relativização que a criança faz da dor quando lhe perguntam sobre a dor que sente - foi o aspecto mais referido quando percepcionam que as crianças não tinham dor ou tinham dor pouco significativa

"...como sou ainda muito inexperiente de inicio foi pergunta directa...a própria linguagem dele, a maneira como ele falou e disse espertamente...que não tinha dor ..." (E1)

"... e perguntei-lhe... então tens dores ele disse não, não ..." (E4)

Apenas uma criança que, de acordo com a percepção da/o enfermeira/o, apresentava dor pouco significativa verbalizou o estímulo desencadeante da dor - no momento "Iniciar líquidos":

"... perguntei-lhe a ele se tinha dor ... disse que só quando se mexia..." (E20)

Na tomada de decisão para administrar analgésico, encontramos uma outra forma de Expressão verbal:

V - Não responde a pergunta – este aspecto de Expressão verbal foi apenas encontrado no discurso das/os enfermeiras/as, e foi utilizado apenas com uma criança que, segundo a percepção da/o enfermeira/o, tinha dor significativa

"...eu falava com ela... ela não me dizia nada..." (E15)

Em suma, a verbalização espontânea da dor pela criança aparece ligada à percepção de dor significativa na criança por parte dos entrevistados. Pelo contrário, a percepção de que a criança não tem dor ou tem dor pouco significativa leva a que a enfermeira/o lhe pergunte, por vezes, se tem dor no sentido de se certificar da sua ausência. Assim, parece que, a maioria das enfermeiras na avaliação da dor pós-operatória além de considerarem os aspectos da Expressão Corporal e Facial, usam também as várias formas de Expressão Verbal da criança no sentido de confirmação da presença ou ausência de dor.

Hamers et al (1994) constataram que, apesar da **Expressão Verbal** influenciar as/os enfermeiras/os na avaliação da dor e também parecer influenciá-los na implementação de intervenções farmacológicas, algumas vezes tinham dúvidas sobre a fiabilidade dos discursos das crianças.

Apenas uma enfermeira da nossa amostra se referiu à veracidade da verbalização da criança na *decisão para administrar analgésico*:

"... quando ele verbalizou a dor... eu acreditei nele e recorri ao analgésico..."(E11)

B. Mães

Para facilitar a análise, vamos apresentar as formas de **Expressão verbal**, referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para as/os enfermeiras/os.

I - Verbalização espontânea da dor - foi o aspecto mais referido, nos dois momentos, quando a percepção foi de dor significativa

"... ele próprio se queixava..." (Mãe 21)

"... dizia-me dói, dói, dói. ..." (Mãe 22)

"... diz que lhe dói um bocadinho..." (Mãe25)

II - Verbalização do local da dor - foi sobretudo referida no momento "Acordar da anestesia" quando a percepção foi de dor significativa

"... ela dizia que lhe doía muito a garganta ..." ai mãe! Tanta dor " (Mãe 15)

"... queixava-se que estava a picar na pila..."(Mãe 17)

"... o queixar-se, porque ele não dizendo nada, falava que lhe doía a garganta..." (Mãe 26)

"... queixava-se de dor no corte... .." (Mãe 29)

Apenas duas mães se referiram a este aspecto da expressão verbal no momento “Iniciar líquidos” quando a sua percepção foi de dor pouco significativa

"... ele disse-me que lhe doía aquela parte onde ele foi operado..."(Mãe 20)

"... diz que lhe dói a garganta de vez em quando, mas ela diz que está bem ... disse-me que nem pensava que fosse assim, pensava que fosse pior..." (Mãe 27)

III - Verbalização da intensidade da dor - foi utilizada, nos dois momentos, independentemente da percepção de dor

"... já diz que lhe dói um bocadinho ..." (Mãe 4)

"... disse que lhe estava a doer muito..." (Mãe 5)

"... disse-me que ainda doía mas ... já não era aquela dor intensa..." (Mãe11)

"... disse-me que era uma dor muito insuportável..." (Mãe13)

"... queixava-se mais, queixava-se mais... e inclusive dizia "ai que vou morrer" ..." (Mãe 30)

IV - Negação ou relativização que a criança faz da dor quando lhe perguntam sobre a dor que sente, identificada nos dois momentos, quando a sua percepção foi de que as crianças não tinham dor

"... respondeu que não lhe doeu quando lhe perguntei..."(Mãe 6)

"... perguntei-lhe ...se lhe estava a doer.. se ela tinha alguma dor e ela disse-me que não, que estava bem. ..." (Mãe 19)

À semelhança do encontrado nas respostas das/os enfermeiras/os, também nas respostas das mães encontrámos apenas no momento “Iniciar líquidos”, a Verbalização do estímulo desencadeante da dor em crianças que, segundo a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa ou não apresentavam dor:

"... está bom, só senti a dor à bocadinho quando foi fazer chichi, mas pronto já passou... está melhor..." (Mãe 3)

"...quando faz um movimento diz que dói ..." (Mãe 23)

VI - Ausência de verbalização espontânea da dor – esta forma de Expressão foi apenas assinalada por mães (e não por enfermeiras/os) nos dois momentos; é vista como sinal de dor pouco significativa ou ausência de dor

"... ele não se manifesta... ele não diz nada ..." (Mãe 2)

"... não disse que tinha dor ..." (Mãe 6)

"... não se queixou que lhe doía..." (Mãe 18)

Em suma, também para as mães, a percepção de dor aparece associada à verbalização/não verbalização espontânea pela criança. Quando a criança não se queixa algumas mães questionam-nas no sentido de confirmar a sua ausência.

Comparativamente, nos discursos, enfermeiras e mães mencionam, por vezes, as expressões que as próprias crianças usaram quando se queixaram de dor ("*dói-me a pila*"; "*dói a barriga*") o que nos dá a impressão de estarmos presentes na situação real. Nestes discursos, as expressões referidas sobretudo pelas mães, além de nos referirem as queixas das crianças, revelam-nos também as expressões emotivas que lhe estão associadas ("*ai mãe! Tanta dor "ai que vou morrer"*").

Expressão Vocal

A. Enfermeiras/os

Foram identificadas diversas formas de **Expressão vocal**, uma das quais foi referida pelas/os enfermeiras/os nos dois momentos "Acordar da anestesia" e "Iniciar líquidos" e na *tomada de decisão para administrar analgésico*, em casos de dor significativa nas crianças:

I - Choro e suas características,

"... era uma agitação ... abria os olhos chorava... " (E11)

"... apenas gemendo ... até ... a um choro intenso..." (E13)

"... e o choro... ele chorava..." (E17)

"... tinha choro com lágrimas, ..." (E19)

"...chora"(E21)

"... ela já manifestou mais o choro... aí já chorava mesmo..." (E 22)

"... choro forte,..." (E25)

II - Gemido - apenas referida por uma enfermeira que, percebeu dor significativa, numa criança no momento do “Acordar da anestesia”:

"... gemeu ..." (E23)

III - Gritos - referida apenas na *avaliação da dor* ao “Acordar da anestesia” e na *tomada de decisão para administrar analgésico* quando a percepção foi de dor significativa

"... queixou-se muito ...gritou..." (E21)

"... porque ele verbal só gritava, praticamente era só os gritos, ..." (E28)

IV – Choramingar - utilizada apenas com uma criança com dor pouco significativa, no momento do “Iniciar líquidos”

"... o choro não era intenso como estava quando veio do Bloco, choramingava... era um choro diferente..." (E19)

Hamers et al (1994) verificaram que a probabilidade da criança estar com dor aumenta se ela estiver a chorar. No entanto, no seu estudo, o choro foi um critério pouco utilizado pelas enfermeiras quer na *avaliação da dor* quer na *tomada de decisão para administrar analgesia às crianças*.

Outros autores se referiram a que a competência fisiológica para exprimir comportamentos específicos, como, por exemplo, o choro, é influenciada pelas interpretações cognitivas da aprendizagem sociocultural (Foster, 1981; Craig et al, 1984 e LeBaron e Zeltzer, 1984 cit. por Hester, 2000). Por conseguinte, muitas vezes, as crianças em idade escolar e adolescentes hospitalizados por razões médicas ou cirúrgicas não choram quando têm dor (Hester, 1989 cit. por Hester, 2000).

B. Mães

Vamos apresentar as formas de **Expressão vocal**, referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para as/os enfermeiras/os.

I - Choro e suas características - foi referido, nos dois momentos, quando perceberam que as crianças tinham dor significativa

"... a maneira como ele vinha a chorar..." (Mãe 4)

"... ele começou a chorar bastante ..." (Mãe 11)

"... as lágrimas caírem-lhe dos olhos ..." (Mãe 22)

"... ele chorava imenso ..." (Mãe 23)

II - Gemido - referido no momento do “Acordar da anestesia”, em crianças com dor significativa

"... gemia....chorava..." (Mãe 12)

"... no comportamento dele...vi aflição, ele a gemer ..." (Mãe 21)

III - Gritos - referido no momento do “Acordar da anestesia”, com crianças com dor significativa

" ... gritava ..." (Mãe 3)

*"... quando ela gritava...via-se mesmo que ela estava com cara de sofrimento ..."
(Mãe15)*

IV – Choramingar - referida nos dois momentos, com duas crianças que apresentavam dor pouco significativa

"...o que vi nele foi a reacção dele, ele começar a choramingar..."(Mãe2)

*"... só quando vinha assim aquela dor mais forte é que ela choramingava, mas ...
notava-se que já estava melhor." (Mãe 13)*

V – Não chora - utilizada apenas por uma mãe (e nenhum enfermeira/o) no momento Iniciar líquidos, em caso de percepção de dor pouco significativa no filho

"... depois viu os outros a chorar e disse-me: estás a ver eu não choro, já sou um homem..." (Mãe 14)

Esta última citação revela-nos que o choro é, muitas vezes, culturalmente incutido como sendo um comportamento não apropriado para crianças em idade escolar e adolescentes e assim, uma criança, mesmo que sinta vontade de chorar, pode reprimir este comportamento.

Comparativamente, as avaliações e os discursos das/os enfermeiras/os e os das mães sobre a Expressão vocal usam critérios idênticos. Mas, à semelhança do que verificamos com os discursos referentes aos outros critérios, os discursos das mães valorizam mais os aspectos emocionais (exemplo, “as lágrimas caírem-lhe dos olhos”, “vi aflição, ele a gemer”).

Estado de Ânimo

Esta subcategoria pertence à categoria Comportamento da criança, e como vimos anteriormente, diz respeito à disposição da criança, isto é, ao aparente estado psíquico que anima a criança.

A. Enfermeiras/os

Quer na *avaliação da dor*, quer na *tomada de decisão para administrar analgésico* os discursos das/os enfermeiras/os sobre o Estado de ânimo aparecem descritos de forma negativa ou positiva conforme a sua percepção da dor das crianças e dizem respeito ao:

I - Aparente estado de bem-estar psíquico da criança – referido na percepção de dor pouco significativa ou de ausência de dor, nos dois momentos de avaliação

"... a tranquilidade dele... realmente vinha muito sonolento muito a dormir e acordou... quer dizer calmissimo... e a maneira como ele me falou...as perguntas que me fez, quando é que se vai embora, a que horas ..." (E6)

"... ela estava calma, estava com um ar sereno ..." (E7)

"... (a facilidade dela em) ... falar... ela aceitar ou não as minhas brincadeiras, ter paciência..." (E8)

"... na disposição dele, o querer ir para a sala de TV, sabe que vêm palhaços e quer ir a todo o custo vê-los...." (E23)

"... respondeu às perguntas sem esforço... bem disposta ... e o aspecto... o ar feliz que ela tinha a dizer à mãe para ir comer porque estava tudo bem com ela.... " (E27)

II - Aparente estado de mal-estar psíquico da criança – referido na percepção de dor significativa

"... só respondeu a custo porque tinha que responder..."(E5)

"... ele também tinha medo... eu acho que no fundo era medo que ele tinha disto tudo..." (E17)

"... vê-se mesmo que não quer que a chateiem" (E22)

"... inicialmente ele recusava-se a tomar o gelado porque tinha medo da dor ..." (E26)

O **estado de ânimo** indica-nos o aparente estado psíquico da criança, a sua “disposição interior”, os seus sentimentos, e foi utilizado pelas enfermeiras/os da nossa amostra, sobretudo quando a sua percepção foi de dor pouco significativa ou ausência de dor nas

crianças; parece assim que, para quem não conhece a criança o Estado de Ânimo é mais fácil de identificar quando é positivo de que quando é negativo.

Em estudos qualitativos anteriores, o comportamento da criança (por exemplo, reflectindo aborrecimento, introversão) foi um dos critérios mais utilizados pelas/os enfermeiras/os na avaliação da dor das crianças (Koolen e Perduijn, 1991 e Dick, 1993 cit. por Hamers et al, 1994).

Sabemos que a cirurgia pode resultar em sentimentos de ansiedade e medo e, embora seja suposto que estes sintomas influenciem a experiência de dor, pouco se sabe acerca da inter-relação entre esses sintomas e as respostas fisiológicas e comportamentais à dor (Hester, 2000). Apesar da perspectiva comum ser que a ansiedade elevada exacerba a percepção da intensidade da dor aguda e a reacção à dor, a sua base científica não está bem documentada nas crianças (Craig, 1989 cit. por Hester, 2000). De acordo com Hester (2000), esta inter-relação entre sintomas tem ainda de ser tratada pela comunidade científica e, portanto, os prestadores de cuidados precisam de os considerar caso a caso, como parte da sua avaliação, se a coincidência destes sintomas influenciarem a experiência de dor, assim como a expressão e resposta da criança à mesma.

B. Mães

Vamos apresentar as formas de **Estado de ânimo** referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para as/os enfermeiras/os.

I - Aparente estado de bem-estar psíquico da criança – referido nos dois momentos de avaliação, quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor

"... a boa disposição dele, a aparência de boa disposição...tinha uma aparência muito calma, alegre..." (Mãe 1)

"... está bem disposto... fala comigo ..." (Mãe 2)

"... já está a rir..." " ... já se vê que ele está animado, já não lhe dói, já dói menos...pronto por isso ele já está mais animado..." (Mãe 4)

" ... só algumas alturas é que doía mais... embora ainda tenha dor, já consegue ter assim uns bocados que já consegue falar e rir..." (Mãe 13)

"... estava bem disposto... estava bem disposto..." (Mãe 18)

"... já achei que ela estava boa... estava com o sorrisinho dela....." (Mãe 27)

II - Aparente estado de mal-estar psíquico da criança - referido nos dois momentos de avaliação, quando a percepção foi de dor significativa

"... ela estava muito ansiosa, chorava muito... e muito impaciente mesmo..." (Mãe 13)

"... dizia "quem me mandou tu me operares?..." (Mãe 17)

"... não lhe apetecia falar... ..." (Mãe 25)

"... teve uma reacção negativa ao gelado, porque penso ... que ele tinha uma expectativa de dor maior do que a que sentiu..."(Mãe26)

Comparativamente com os discursos das enfermeiras, os discursos das mães sobre o Estado de ânimo são mais intuitivos. As mães não parecem precisar de grandes explicações para justificar a percepção que têm do **Estado de ânimo** dos filhos, o que reflecte a sua mais próxima relação com eles. As enfermeiras necessitam mais de concretizar a sua percepção do **Estado de ânimo**, traduzindo-a em comportamentos verificáveis.

Ingestão de alimentos

Esta é outra das subcategorias da categoria Comportamento da criança e diz respeito ao apetite e à facilidade ou dificuldade na ingestão de alimentos líquidos.

A. Enfermeiras/os

Foram identificadas dois tipos de asserções relativas à subcategoria **Ingestão de alimentos**.

I - Apetite - foi referido nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” por duas enfermeiras/os, com duas crianças de 10 anos submetidas a cirurgia geral que, de acordo com a sua percepção, não tinham dor

"... ficou feliz e pediu-me leite com chocolate e no final disse-me que o leite estava muito bom..." (E18)

"... também pelo que ele disse, queixou-se mas não bem de dor, disse que tinha fome..." (E20)

Nestas cirurgias o local operado não está directamente envolvido durante a ingestão de líquidos.

II - Capacidade de deglutição - utilizada exclusivamente no momento do “Iniciar líquidos” e apenas com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico.

De facto, cinco das crianças tinham sido operadas a HAVA (amigdalectomia e adenoidectomia) e uma a VA (adenoidectomia).

a) Quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor, as unidade de significação referiram-se à facilidade de deglutição

"... e na deglutição, pronto se custava mais a deglutir significava que ela tinha mais dores.." (E8)

"... mas não se retrai ... não se defende ao engolir, ela engole bastante bem...." (E28)

b) Quando a percepção foi de dor significativa, as unidade de significação referiram-se à dificuldade de deglutição utilizada apenas nas crianças operadas a HAVA

"..., que custava-lhe engolir até a saliva..." (E21)

"... mais dores à deglutição mesmo só da saliva, não é só o não querer o gelado, era mais o facto de lhe estar a custar mesmo a engolir..." (E22)

"... ele recusava-se a tomar o gelado..." (E26)

A importância dada à capacidade de deglutição é justificada pelo envolvimento directo do local a que a criança foi operada durante a ingestão de líquidos.

B. Mães

A subcategoria **Ingestão de alimentos**, como já vimos na análise global, foi identificada nos discursos das mães apenas no momento “Iniciar líquidos”.

Vamos apresentar as formas de **Ingestão de alimentos**, referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para as/os enfermeiras/os.

I – Apetite - foi utilizado apenas com duas crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor pouco significativa ou não tinham dor

"... o que ele quer é comer... o rapaz está muito cheio de fome..." (Mãe 23)

"... estava com fome..." (Mãe 27)

Num estudo realizado por McGrath et al (1995) sobre os critérios que 176 pais (172 eram mães) usavam para avaliar a dor pós-operatória dos filhos submetidos a cirurgia ambulatoria, constatou-se que o apetite foi um dos mais citados, sendo usado sobretudo com as crianças mais velhas ($x = 6,4$ anos).

Constatámos que, nos casos em que as mães usaram o apetite como critério de ausência de dor, as crianças tinham 7 e 8 anos e tinham sido operadas a Hérnia Umbilical (H.U) e Adenoidectomia (V.A), sendo que em nenhum destes diagnósticos o local operado esteve directamente envolvido durante a ingestão de líquidos.

II - Capacidade de deglutição - foi utilizada apenas com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico: seis tinham sido operadas a HAVA (amigdalectomia e adenoidectomia) e uma a VA (adenoidectomia).

a) Quando a percepção foi de dor pouco significativa ou de ausência de dor, as unidade de significação, referiram-se à facilidade de deglutição no momento da ingestão de alimentos líquidos:

"... não teve problemas em engolir..." (Mãe 8)

"... mas o gelado já comeu bem, não disse que não queria mais, comeu bem até ao fim ..." (Mãe19)

b) Quando a percepção foi de dor significativa, as unidade de significação referiram-se à dificuldade na deglutição utilizada apenas nas crianças operadas a HAVA (amigdalectomia):

"... cada vez que engolia chorava, caíam-lhe as lágrimas,..." (Mãe 22)

"... fez bastantes obstáculos a introduzir a primeira, a primeira colher, colherada, mas depois sentiu-se que ele ia comendo ..." (Mãe 26)

Como já referido, a importância dada à capacidade de deglutição é justificada pelo envolvimento directo, durante a ingestão de líquidos, do local a que a criança foi operada.

Constatámos que este critério foi usado, quer pelas enfermeiras, quer pelas mães, preferencialmente para avaliar a dor pós-operatória das crianças operadas por diagnósticos de otorrinolaringologia. Se estivéssemos apenas a analisar os discursos referentes a estas crianças, a representatividade deste critério na *avaliação da dor* seria considerável.

Comparativamente, à semelhança dos discursos sobre os critérios anteriores, também observamos que em alguns destes, existe uma diferença nos termos mais técnicos

usados pelas/os enfermeiras/os (exemplo, “*deglutição*”, “*deglutir*”); os das mães fazem parte da linguagem comum (exemplo, “*engolir*”, “*comeu*”).

Apego

A. Enfermeiras/os

Esta subcategoria foi utilizada na *avaliação da dor* de algumas crianças apenas no momento do “Acordar da anestesia”. Na *tomada de decisão para administrar analgesia* foi utilizado com uma criança. Aparece conotada com a existência de dor significativa na criança e refere-se ao aumento da necessidade de afecto da criança em relação aos pais sobretudo à mãe:

"... ele verbalizou ... mãe ..." (E4)

"... apelava para os pais e não acalmava..." (E11)

"... pedindo constantemente também o apoio da mãe e pronto é a pessoa familiar, o aconchego também dela..." (E13)

"... queria a mãe por perto..." (E22)

B. Mães

No momento do “Acordar da anestesia”, o **Apego** surge também nos discursos das mães conotado sobretudo com a existência de dor significativa na criança, dizendo respeito ao aumento da necessidade de afecto das crianças

"...(vinha há bocadinho) ... a pedir colo..." (Mãe 4)

"... e agarrava-se muito à minha mão e “mãe dá-me beijinhos”..." (Mãe 10)

"...(não costuma ser muito piegas aquele ponto ...ao estado em que ela estava)... mais pegada a mim do que é normal, que ela já de si...é muito pegada a mim e só queria estar ao pé de mim ... pediu-me muitos beijinhos, logo quando veio de lá .." (Mãe 22)

"..." ó mãe, ó mãe" assim muito... armado... muito mariquinhas ... queria muita atenção ..." (Mãe 30)

Apenas a mãe que faz esta última asserção, compara este aspecto do comportamento da criança ao “Acordar da anestesia” com o apresentado no momento “Iniciar líquidos” para concluir que a filha está um pouco melhor, embora tenha continuado a achar que a sua filha tinha dor significativa

"...(Pediu-me muitos beijinhos, logo quando veio de lá) agora basta que eu esteja ao pé dela..." (Mãe22)

Todas as crianças tiveram a presença da mãe e algumas também a do pai. Estiveram sempre sentados junto à cabeceira dos filhos, de modo a permanecerem no seu campo de visão. Mas, mais do que a presença da pessoa significativa, as enfermeiras e as mães identificaram que as crianças necessitavam de mais atenção e afecto da parte das mães, o que para elas significou que as crianças tinham dor significativa, procurando nas mães o conforto para a dor que sentiam.

Alguns resultados de estudos apoiam a suposição de que a presença dos pais, principalmente a mãe, pode ser um factor importante no alívio da ansiedade da criança, ajudando-a a lidar com a dor aguda resultante da lesão física e consequentemente contribuindo para uma recuperação mais rápida (Lynn, 1986 cit. por Wallace, 1989).

Comparativamente, tanto os discursos das/os enfermeiras/os como o das mães, usam termos simples. Mas, enquanto os das/os enfermeiras/os se limitam a constatar um facto observado (exemplo, *“queria a mãe por perto”, “pedia apoio da mãe”*), os das mães usam também, por vezes, as expressões das próprias crianças, que valorizam os aspectos emocionais (exemplo, *“pedir colo”, “mãe dá-me beijinhos”*) e traduzem em comportamentos observáveis a maior necessidade de afecto das crianças.

Capacidade de Distracção

A. Enfermeiras/os

Os discursos relativos a esta subcategoria dizem respeito a duas formas de distracção identificadas nas respostas das/os enfermeiras/os nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”

I – Brincar – referido independentemente da intensidade da dor

“... eu a brincar com o boneco e ela a responder...” (E8)

“... (ela estava queixosa ... tinha a dor...) mas ao mesmo tempo distraíu-se facilmente com outras coisas, chegou a brincar...” (E12)

II – Conversar - referido na percepção de dor pouco significativa ou ausente

“... conversou e respondeu ...” (E18)

“... a falar bem... a responder, a contar que ontem tinha uma festa e que não pode ir ...” (E24)

Uma das enfermeiras que, percepcionou dor significativa, numa criança fez referência à sua capacidade para brincar no momento do “Acordar da anestesia”. A brincadeira pode ser uma estratégia de “coping” usada pelas crianças em situação de dor.

B. Mães

A **Capacidade de Distracção** surge nos discursos das mães exclusivamente no momento “Iniciar líquidos” e apenas quando a sua percepção foi de dor pouco significativa ou ausente.

Vamos apresentar as formas de **Distracção**, referidas pelas mães, na mesma ordem em que foram apresentadas para as/os enfermeiras/os.

I - Brincar

"... já está a brincar ..." (Mãe 4)

"... ela ainda tem dor... mas já brinca na cama..." (Mãe 12)

"...ele próprio diz que já quer brincar... já tem iniciativa... aí vê-se logo que corpo já está, pronto ...já está a voltar ao normal..." (Mãe 23)

II - Conversar

"... já conversa ..." (Mãe 4)

"... ela conversou comigo..." (Mãe 29)

III - Ouvir histórias, aspecto referido apenas pelas mães

"... e ouviu a história que eu lhe contei..." (Mãe 12)

A Capacidade de Distracção é um dos aspectos do comportamento que constitui uma referência na avaliação da dor da criança (McConnan, 1992; Hamers et al, 1994).

Este critério foi pouco referido no nosso estudo quer pelas enfermeiras quer pelas mães. Sabemos que por si só as crianças não se envolvem em estratégias de distracção e talvez devido ao facto das crianças terem sido operadas há pouco tempo as estratégias de distracção que lhes foram proporcionadas foram escassas, daí resultou talvez a reduzida referência a este critério.

Sono

A. Enfermeiras/os

Foi encontrado nas respostas das enfermeiras/os apenas no momento “Acordar da anestesia” com crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa.

Tem a ver com a capacidade das crianças para adormecer logo após terem acordado da anestesia no pós-operatório, manifestando-se de duas formas:

I - Dificuldade em adormecer

"... de quem sentia mesmo um desconforto mais intenso com dificuldade em adormecer..." (E 21)

II - Facilidade em adormecer foi sentida por uma enfermeira como um sinal de que a criança tinha dor significativa

"... adormeceu muito facilmente..." (E12)

Para estas enfermeiras, os significados dados à capacidade das crianças para adormecer logo após terem acordado da anestesia, no pós-operatório, são de algum modo contraditórias, isto é, enquanto a dificuldade em adormecer é o critério de dor significativa para uma das enfermeiras, para outra é a facilidade em adormecer .

Nem sempre a capacidade da criança para adormecer no pós-operatório significa alívio da dor. De acordo com McCaffery e Beebe (1997), o cansaço devido à dor ou a outras razões pode diminuir a intensidade das respostas da criança à dor e, à semelhança dos adultos, as crianças também conseguem dormir apesar de poderem estar a sentir dor intensa. Também Hawley (1984, cit. por Burr, 1988), diz que a dor pode resultar em exaustão e consequentemente em sono. Por outro lado, para McCaffery e Beebe (1997) o sono pode ser uma das estratégias de “coping” das crianças em relação à dor.

B. Mães

As mães não se referem às duas formas do critério enunciadas pelas enfermeiras. As suas asserções dizem respeito à vontade ou necessidade de dormir.

No momento “Acordar da anestesia” foi usada com duas crianças independentemente da percepção da intensidade da dor e refere-se à vontade de dormir no pós-operatório:

"... (quando ele veio do Bloco Op. não se podia mexer aqui, não se podia mexer ali) ... que queria dormir..." (Mãe 23)

"...(perguntei-lhe assim: filho dói-te alguma coisa? E ele disse-me: mãe não me dói nada), mas tenho assim um soninho... e depois ficou-se a dormir..." (Mãe 14)

No momento “Iniciar líquidos” foi utilizada apenas com uma criança que, de acordo com a percepção da mãe, tinha dor pouco significativa

"... está muito muito sonolenta..."(Mãe15)

Constatámos que no discurso de uma mãe, o querer dormir estava associado a dor significativa. Para duas outras mães, querer dormir ou estar sonolenta está associado a dor pouco significativa. O significado dado pelas mães a este critério deriva do contexto em que é observado e do conhecimento das estratégias de "coping" dos filhos em situação de dor.

Comparativamente, como vimos, quer as mães, quer as enfermeiras deram significados contraditórios a este critério. Constatámos também que, enquanto os discursos das mães se referem sobretudo à vontade de dormir expressa pelas crianças, os discursos das enfermeiras versam sobre a dificuldade ou facilidade em adormecer isto é, se adormecem mais ou menos rapidamente, o que foi conotado com dor significativa.

Recusa analgesia

Esta subcategoria foi apenas identificada nos discursos das/os enfermeiras/os.

Enfermeiras

Utilizaram-na na *avaliação da dor* pós-operatória apenas no momento "Iniciar líquidos" com duas crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor pouco significativa. Foram encontradas as seguintes asserções:

"... recusou analgesia..." (E12)

"... perguntei-lhe se queria analgésico...se realmente fosse uma dor muito grande, penso ele teria dito que sim, e ele disse que não... que suportava ..." (E20)

De acordo com McCaffery e Beebe (1997), as crianças, tal como os adultos podem negar a dor ou recusar analgesia por variadíssimas razões, nomeadamente, por razões culturais, ou porque se acham fortes e devem tolerar a dor, ou porque não percebem o seu efeito, ou ainda porque não gostam de supositórios (todos os analgésicos foram administrados por esta via), o que muitas vezes também se relaciona com aspectos culturais. No nosso estudo não foi possível (nem foi nosso objectivo) estabelecer qualquer relação entre a recusa da analgesia e as razões das crianças para o fazerem.

CONHECIMENTO DO FILHO

Como vimos, apenas as mães produziram asserções que se incluem nesta categoria.

Inclui duas subcategorias: Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com reacções a experiências dolorosas anteriores e Empatia de mãe.

Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com reacções a experiências dolorosas anteriores

Mães

No momento “Acordar da anestesia” quando a sua percepção foi de dor significativa nas crianças, os discursos referiram-se à:

I - Presença de comportamentos habituais na criança quando tem dor

"... só quando ele sente alguma dor é que ele chora e pede colo ..." (Mãe 4)

"... ele não é muito de chorar nem é muito de dói aqui dói acolá, pronto não é uma criança de se queixar muito... normalmente a dor ... ele consegue suportar bastante, ele vai ao dentista não chora, e pronto, ele normalmente uma dor de dentes, mesmo teve há pouco tempo uma dor de dentes e eu pensava que era forte e devia ser mesmo e ele suporta... é uma criança que suporta bastante..." (Mãe 11)

Quer no momento “Acordar da anestesia”, quer no momento “Iniciar líquidos” quando a percepção das mães foi de dor pouco significativa ou ausência de dor, os discursos sobre este critério referiram-se à:

II - Ausência de comportamentos habitualmente apresentados pela criança quando tem dor

"... quando ele não tem dores... não pede colo, não chora... brinca...não anda à volta de mim... a pedir mimos...a pedir mais atenção... é assim que ele está agora..." (Mãe 4)

"...aguenta bem a dor... mas quando tem queixa-se ... e ele não se queixou ..." (Mãe 9)

"... via-se que ele tinha ... uma pequena dor... porque segundo o comportamento dele via-se que não era muito forte..." (Mãe 18)

"... não devia ser assim uma dor muito ...porque ele quando dói, dói a sério, ele dói e faz uma cara muito feia... devia ser uma dorzinha, uma dorzinha!" (Mãe 20)

Empatia de mãe

Mães

Este critério foi usado poucas vezes e apenas no momento “Acordar da anestesia”.

A análise dos discursos revela-nos que a subcategoria **Empatia de mãe** se refere a uma relação muito íntima e forte que se estabelece entre as mães e os filhos e que só elas

vivenciam e compreendem, sendo difícil de descrever. É algo de intrínseco às próprias mães.

As mães produziram asserções relativas à empatia quando tiveram a percepção de dor significativa:

"...eu sei quando é que é o muito ou quando não é assim tanto como ele diz...mas realmente era bastante ... nós como mães... é basicamente isso, ao olharmos para eles também quase que tornamos a dor ... tão nossa como a deles" (Mãe 5)

"... senti-a dolorosa..." (Mãe 19)

mas, também a usaram quando a sua percepção foi de dor pouco significativa ou ausente

"...conheço-o e sei quando é que ele está mais ou menos, quando está com dores, quando é que não tem..." (Mãe 1)

"... o facto de eu a conhecer tão bem, ser mãe dela e estar com ela em todas as fases da vida dela, e de avaliar os estados de espírito dela e as fases pelas quais ela passou durante toda a vida até agora, ..." (Mãe 8)

"... conhecendo-o como o conheço, vi que ele estava bem..." (Mãe 9)

A empatia de mãe é como se fosse uma competência inata, própria das mães, que lhes permite sentir o que os filhos sentem e lhes confere um conhecimento do filho que mais ninguém consegue.

Em 1930 Margaret Mead escreveu um livro sobre um estudo que realizou na Nova Guiné acerca do nascimento e primeira infância. Nessa obra, explica a enculturação como um processo de interiorização das tradições pelo indivíduo, sistemas de referências e valores do seu grupo, processo que tem um carácter adaptativo e que se verifica essencialmente por via inconsciente.

Na década de oitenta Super e Harkness (1986) criaram o modelo do "Developmental Niche" que ilustra bem a noção de endoculturação e que integra a psicologia a antropologia cultural aplicadas ao desenvolvimento, à educação e à saúde. Este modelo é um instrumento que permite estudar a regulação do micro ambiente que envolve a criança e possibilita a descrição desse ambiente do ponto de vista da criança no sentido da compreensão do processo de desenvolvimento e aquisição da cultura. Tem em conta três dimensões que funcionam em interacção, formando um sistema aberto ao exterior e adaptado às condições ecológicas, socio-históricas e culturais: os contextos físicos e sociais em que a criança vive; as práticas educativas e comportamentos dos adultos; as

representações sociais de desenvolvimento, saúde e educação a que alguns autores chamam de teorias populares, teorias naifs, e a que outros chamam de etnoteorias. Por outras palavras, consiste na psicologia e nas crenças dos adultos que prestam cuidados e educação às crianças.

A dimensão psicologia dos adultos inclui as etnoteorias acerca do comportamento e desenvolvimento da criança, bem como as orientações comumente aprendidas e que cada um dos pais traz para a sua experiência/exercício de pais. O mais importante nas etnoteorias são as crenças acerca da natureza e das necessidades das crianças, os objectivos dos pais e da sociedade para a sua educação e as crenças dos pais acerca das técnicas eficazes de educação. As respostas dos pais às manifestações emocionais das crianças são também orientadas por ideias frequentemente implícitas, acerca do seu próprio desenvolvimento no contexto da sua cultura (Super e Harkness, 1986).

Para outros autores, as crenças e atitudes dos pais são consideradas como filtros através dos quais os comportamentos das crianças são processados. Desempenham um papel muito importante, no sentido em que os pais e as crianças se regulam mutuamente (Keller et al, 1984).

No nosso estudo, a análise dos discursos das mães que utilizam o Conhecimento que têm dos filhos como critério para avaliar a sua dor pós-operatória, tem como base conceptual este modelo. Este critério está contido/faz parte na dimensão psicologia das mães que lhes permite compreender e vivenciar a situação de dor dos filhos.

CONHECIMENTO DA ANALGESIA

Esta categoria foi apenas identificada nos discursos das/os enfermeiras/os.

Enfermeiras

Tanto na *avaliação da dor* ao “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos como na *tomada de decisão para administrar analgésico* foram encontradas nas respostas das/os enfermeiras/os, independentemente da percepção da intensidade da dor, vários aspectos comuns relativos ao **Conhecimento da Analgesia** :

I - Realização de analgesia no Bloco Operatório

"... ele não tinha feito Benuron podia fazê-lo..." (E5)

"... a colega (do B.O.) disse-me eu não pus o supositório, portanto foi o meu primeiro acto quando eu cheguei aqui..." (E9)

"... tinha conhecimento da medicação que lhe tinham feito e perguntei-lhe se tinha dor para ver se a medicação estava a fazer efeito ou se era necessário fazer mais algum analgésico ..." (E10)

"... sabia que ela tinha feito... porque me tinha sido passado em ocorrências que ela tinha feito medicação e resolvi aguardar o efeito para ver se a coisa resultaria ou não ..." (E19)

II - Tipo de analgesia administrada e sua eficácia

"...Veio sob uma boa analgesia, o que é bastante confortável e indispensável..." (E14)

"... Embora ele já tivesse feito lá outros... aquele que ele tinha feito não era suficiente para aquele tipo de dor que ele estava a ter ..." (E17)

"... se me tivessem dito que ela não fez medicação ou fez só uma medicação que eu considerasse que não era tão eficaz ... ex. se lhe tivessem feito só o "Paracetamolzinho"... mas como tinha feito mais medicação ... eu resolvi aguardar para ver o efeito, dar mais um bocadinho de espaço de tempo e não agir logo..." (E19)

III - Hora de administração do último analgésico

"...tendo tido também em conta o facto dela no bloco ter feito há pouco tempo o analgésico..." (E7)

"... já tinha feito analgésico há cinco horas e o seu efeito estava a passar..." (E12)

"... apesar de ter feito ... no B.O o analgésico ... porque saiu 1/2 hora depois de ter sido colocado o analgésico, gradualmente as dores dela foram aumentando..." (E13)

"... fez analgésico há mais de 3 horas no B.Operatório e a dor não passou..." (E30)

A clareza dos discursos revela-nos a importância dos vários aspectos relativos ao Conhecimento da analgesia na avaliação da dor, mas sobretudo na tomada de decisão para administrar analgesia às crianças no pós-operatório.

COMPARAÇÃO DA REACÇÃO DA CRIANÇA À DOR AO INICIAR LÍQUIDOS COM A SUA REACÇÃO AO ACORDAR DA ANESTESIA

A. Enfermeiras/os

A análise dos discursos relativos a esta categoria permitiu-nos identificar que algumas enfermeiras/os utilizaram o momento do “Acordar da anestesia” como referência para as avaliações posteriores de dor da criança.

Na *avaliação da dor*, os discursos referentes a esta categoria simultaneamente comparam e negam os comportamentos apresentados pelas crianças no momento do “Iniciar líquidos” com os manifestados no momento “Acordar da anestesia”. Foi usada apenas com crianças que, de acordo com a percepção das/os enfermeiras/os, apresentavam dor pouco significativa:

"... ele já não estava nesta agitação motora, estava muito mais calminho ... e o fâcies dele já não ... tinha nada a ver com quando acordou mesmo após chegar do Bloco, tinha um fâcies com um ar menos doloroso ..." (E17)

"...ela estava diferente... o fâcies não é, o choro, o estado de agitação que não era idêntico... fiz comparação entre o estado de como ela veio do bloco e o estado como ela estava agora, que era diferente ..." (E19)

Este critério foi também utilizado por uma enfermeira na *tomada de decisão para administrar analgésico* a uma criança que, de acordo com a sua percepção, tinha dor pouco significativa:

"... estava um pouco mais agitada a nível de posição na cama, não estava tão calma como no principio ... não mantinha a mesma posição como estava ao principio, portanto ela mantinha-se quieta e agora... ela mudava de posição como se tentasse encontrar conforto..." (E7)

De acordo com a percepção da enfermeira, esta criança, à semelhança do momento “Acordar da anestesia”, continuava a apresentar dor pouco significativa, mas comparando o seu comportamento nos dois momentos achou que havia tendência para um agravamento da intensidade da dor, o que a fez decidir-se a dar analgésico.

B. Mães

À semelhança das/os enfermeiras/os, as mães simultaneamente comparam e negam os comportamentos de dor manifestados pelas crianças no momento do “Iniciar líquidos” com os manifestados no momento “Acordar da anestesia”:

"... ele disse-me que tinha uma dor mas não o senti tão incomodado..." (Mãe 11)

"... ela queixa-se mas já não é... como quando veio do B.O. é só de vez em quando, já é diferente..." (Mãe 15)

"... Estava na mesma...com o mesmo comportamento..." (Mãe 18)

"... agora realmente está com outro aspecto, nota-se mesmo diferença de quando chegou para agora ..." (Mãe 25)

Comparativamente, os discursos referentes a esta categoria foram semelhantes nos dois grupos de entrevistados: comparam os comportamentos de dor da criança no momento do “Iniciar líquidos” com os manifestados no momento “Acordar da anestesia”, no sentido de vislumbrar alguma melhoria ou agravamento do seu estado de dor.

Em relação à riqueza verbal dos discursos, constatámos que enquanto as/os enfermeiras/os usaram uma linguagem mais técnica, mobilizando os diversos comportamentos observados no momento “Acordar da anestesia” para estabelecer a comparação (exemplo, *“tinha um fâcies com um ar menos doloroso”, “não mantinha a mesma posição ... mudava de posição”*), as mães usaram palavras mais simples (exemplo, *“está com outro aspecto, nota-se mesmo diferença”, “está com o mesmo comportamento”*) referenciando pouco os aspectos do comportamento que compararam.

QUANTIDADE DE DOR INERENTE À CIRURGIA

A. Enfermeira

Este critério foi utilizado na avaliação da dor de apenas duas crianças submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico e as unidades de significação dizem respeito à Quantidade de dor inerente ao tipo de cirurgia.

No momento “Acordar da anestesia” foi referido por uma enfermeira que cuidou de uma criança submetida a amigdalectomia (HAVA) que, de acordo com a sua percepção, tinha dor significativa

“... esta cirurgia é muito dolorosa...” (E19)

Este é um dos tipos de cirurgia que tradicionalmente tem sido considerado doloroso.

O diagnóstico médico ou cirúrgico foi referido por McConnan (1992) e Hamers et al (1994) como um dos factores que parece influenciar a avaliação de dor das enfermeiras. Contudo, depende da gravidade do diagnóstico podendo concluir-se que quanto mais grave o diagnóstico, maior a dor que o utente experimenta. Assim, a presença do diagnóstico parece justificar estar com dor.

Hamers et al (1994) encontraram também uma relação entre a gravidade do diagnóstico e a decisão do enfermeiro para administrar analgésicos, isto é, quanto pior é o diagnóstico, maior é a dor avaliada e mais cedo o analgésico é administrado.

No nosso estudo este critério, não foi referido pelas/os enfermeiras/os na *tomada de decisão para administrar analgésico* às crianças.

Foi também referida no momento “Iniciar líquidos” com uma criança submetida a Adenoidectomia (V.A) que, de acordo com a percepção da enfermeira, tinha dor pouco significativa

"... neste tipo de cirurgias é natural que eles sintam sempre uma certa irritação e também uma certa aflição naquela... zona ..." (E10)

Faz parte da cultura dos profissionais de saúde, especificamente dos cirurgiões e dos enfermeiras, considerar a Adenoidectomia pouco dolorosa comparativamente com outras cirurgias, havendo mesmo quem ache que é uma cirurgia que não causa dor mas apenas desconforto, sendo este entendido como algo desagradável mas que é possível de ser tolerado/controlado sem grande intervenção dos técnicos.

É ainda de acrescentar que, de acordo com Hamers et al (1994), a maioria dos enfermeiros pensam que a dor é inerente a estar internado e que alguns pensam que a dor nunca pode ser completamente aliviada. Esta é uma meta pouco ambiciosa na gestão da dor pós-operatória da criança.

É como se houvesse uma quantidade normal de dor associada a qualquer procedimento, neste caso à cirurgia, que nunca pode ser aliviada e que fatalmente a criança tem de sentir.

De acordo com Sullivan (1994), a gestão da dor é ineficaz se estiver baseada em conhecimentos insuficientes e em crenças erradas. Outros autores, constataram também, que a maioria dos enfermeiros não referem como objectivo da gestão da dor o seu alívio completo (Cohen, 1980; Weis et al, 1983 e McCaffery e Ferrell, 1992 cit. por Sullivan, 1994).

Mas, actualmente, existem à disposição dos profissionais uma grande diversidade de estratégias de tratamento da dor, sobretudo da dor pós-operatória, que possibilitam que a dor seja eliminada, com todas as consequências positivas que daí advêm. A dor pós-operatória, pode e deve ser começada a tratar no período pré-operatório, continuar-se pelo período intra-operatório e estender-se ao período pós-operatório.

O alívio da dor, além de permitir uma recuperação mais rápida da criança, previne também possíveis alterações psicológicas relacionadas com o desconforto da dor não aliviada.

B. Mães

As mães não se referem à quantidade de dor inerente ao tipo de cirurgia, enunciada pelas/os enfermeiras/os, mas à Quantidade de dor normal/esperada em qualquer cirurgia, usada pelas mães apenas no momento “Acordar da anestesia”.

Foi referida por duas mães que perceberam dor significativa nos filhos

“...a dor normal da cirurgia, mas nada de excepcional...” (Mãe 7)

“... além daquilo que ter dor porque agente à partida sabe que tem dor ...” (Mãe 28)

E também, foi utilizada por duas mães que perceberam dor pouco significativa

“... apertava-me a minha mão, e é normal que eu aí já sentisse que ela estava...que a dor era um bocadinho mais forte que o normal, mas não era nada de especial...”

(Mãe 8)

“... estava ótimo... sentia-se que estava com dor, mas não aquela dor exagerada...”

(Mãe 18)

De acordo com os discursos das mães que perceberam dor significativa, os filhos tiveram dor superior à que era considerada por si como normal e esperada quando se é submetido a uma intervenção cirúrgica.

Parece que, para as mães que utilizaram este critério, quando a sua percepção foi de dor pouco significativa os filhos estavam bem, pois a dor que sentiam estava de acordo com que o é de esperar quando se é submetido a uma cirurgia. Isto é, o sentido dos discursos mostra-nos que entendem que existe uma quantidade de dor que se deve esperar sentir quando se é operado, como se fosse um preço a pagar pela resolução da situação, não sendo assim de ambicionar o alívio total da dor pós-operatória.

Comparativamente, os discursos das mães e das/os enfermeiros permitiu-nos constatar que o falso conceito de que a dor não pode ser totalmente aliviada é comum aos dois grupos de entrevistados, o que, na nossa concepção, está relacionado com o facto de fazermos parte de uma mesma cultura que tem interiorizado ao longo de gerações diversas ideias erradas sobre os medicamentos (fazem mal, quanto menos melhor) e sobre a dor (o que dói cura, é um mal necessário...)

PAPEL DOS PAIS

Apenas as/os enfermeiras/os produzem asserções que se enquadram nesta categoria.

Enfermeiras/os

Como vimos, foi utilizada na *avaliação da dor* nos dois momentos independentemente da percepção da intensidade da dor. Os discursos relativos a esta categoria são de dois tipos:

I - Informação dada pelos pais sobre o comportamento da criança

"... perguntei à mãe, porque a mãe conhece melhor a criança do que agente..." (E20)

"... e a verbalização dos pais acerca do comportamento dela, que ela manifestava... que ele quando tinha dor que se comportava sempre daquele modo, chorava, esperneava, ficava extremamente agitado porque lhe doía mesmo ..." (E26)

II - Comportamento dos pais

"... os pais ... viram que ela estava um bocado mais prostrada... mas também não salientaram isso, e os pais normalmente quando vêm que os filhos estão mesmo com dores a própria preocupação deles é ver se eles fizeram alguma coisa no bloco, eles não me perguntaram nada, eu também lhes disse, mas normalmente eles perguntam... como eles não me perguntaram também, eu deduzi que ... não fosse assim uma coisa tão exacerbada ... se os pais vêm que eles estão muito aflitos e não nos vêm a fazer nada ... dizem sempre qualquer coisa ..." (E8)

Na perspectiva desta enfermeira o comportamento dos pais deve ser de defesa dos filhos e o facto de não a terem questionado foi um indicador de dor pouco significativa. Para ela, os pais são os que melhor conhecem os filhos.

Também na *tomada de decisão para administrar analgesia*, esta categoria foi referida apenas numa entrevista tendo influenciado a decisão da enfermeira para administrar analgésico a uma criança de 5 anos, que de acordo com a sua percepção tinha dor significativa.

Hamers et al (1994) identificaram que as/os enfermeiras/os pensavam que era óbvio usar informação obtida junto dos pais das crianças para avaliar a dor da criança. Afinal, ninguém conhece melhor a criança que os seus próprios pais. Contudo, também identificaram que a informação obtida junto deles nem sempre parecia ser fiável, pois quando um dos pais dizia que a criança estava com dor, esta informação era geralmente confirmada pela/o enfermeira/o. Os mesmos autores, verificaram ainda que a

informação dos pais, também, não influenciava as/os enfermeiras/os para administrarem analgésicos às crianças. Assim, Hamers et al (1994) referiram que é questionável se os pais influenciam a decisão dos enfermeiros para avaliar e intervir na dor.

Por outro lado, o papel dos pais está relacionado com a idade da criança, isto é a influência da sua informação na tomada de decisão dos enfermeiros diminui à medida que a criança cresce (Koolen e Perduijn, 1991 cit. por Hamers et al, 1994). Neste sentido, Caty et al (1995) identificaram que o recurso aos pais no processo de tomada de decisão para administrar analgesia diminui à medida que a criança cresce, tendo constatado que foi o critério menos referido pelas enfermeiras/os, relativamente às crianças de 7 anos.

No nosso estudo, não tivemos como objectivo verificar essa relação. Apenas verificámos que as/os enfermeiras/os utilizaram este critério com cinco crianças de idades diversas : 5anos (duas crianças), 7, 8 e 10 anos (1 criança).

No entanto, tal como Caty et al (1995), talvez possamos concluir que a relativa utilização dos pais na *avaliação e processo de tomada de decisão para administrar analgésicos*, sugere que a maioria das/os enfermeiras/os não consideram os pais como um recurso importante na gestão da dor dos seus filhos.

ASPECTOS FISIOLÓGICOS

A. Enfermeiras/os

No momento do “Acordar da anestesia” apenas uma enfermeira fez referência à alteração de sinais fisiológicos (tensão arterial e a frequência cardíaca) numa criança com dor significativa

"... estava com os sinais vitais...um pouco alterados ..." (E11)

No momento do “Iniciar líquidos” uma outra enfermeira utilizou este critério com uma criança que, de acordo com a sua percepção, tinha dor pouco significativa

"... palidez ... suores..." (E15)

Esta enfermeira relacionou estas alterações com uma possível baixa da Pressão arterial decorrente de se ter sentado na cama a primeira vez após a cirurgia para ingerir os líquidos.

Como vimos no enquadramento teórico, a dor aguda aumenta a actividade do sistema nervoso simpático como parte do reflexo de sobrevivência. A dor pós-operatória pode desencadear aumento da FC e da TA. Contudo, nem sempre os utentes têm estes sinais fisiológicos observáveis (Sullivan, 1994).

Por outro lado, o resultado rapidamente observável de dilatação pupilar, de aumento da sudorese palmar, de aumento da FC, TA e FR, de palidez não tem mostrado ser específico ou proporcional à intensidade da dor, pois mudanças fisiológicas similares podem ser observadas com sentimentos como revolta, ansiedade ou medo, que são emoções frequentes nas crianças hospitalizadas. Esta aparente falta de validade interna tem levado alguns a rejeitar totalmente estes parâmetros fisiológicos (Vetter, 1991).

Assim, as mudanças fisiológicas não devem ser encaradas como dados independentes, mas como elemento confirmador num esforço global de avaliação da dor (Ross e Ross, 1988, cit. por Vetter, 1991).

B. Mães

Enquanto as enfermeiras se referem a alterações de sinais fisiológicos conhecidos e referidos na literatura que podem estar presentes quando existe dor significativa, no discurso da mãe, este critério refere-se a uma alteração fisiológica que não aparece na literatura como relacionado com a presença de dor. Diz ela que:

"... deitou um bocadinho de sangue, uma coisa mínima, mas deitou ..." (E19)

O sangrar aparece aqui referido pela mãe associado à existência de dor pós-operatória, isto é, só existe sangue se existir corte e a cirurgia implica um corte, uma lesão física. Embora a mãe tenha dado a entender que utilizou este critério em conjunto com outros, mesmo assim, sentiu necessidade de o referir como se este fosse mais um sinal de que o seu filho tinha dor significativa.

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

Apenas as enfermeiras fizeram asserções que se enquadram nesta categoria.

Enfermeiras

A Experiência profissional foi utilizada na *avaliação da dor* ao “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e na *tomada de decisão para administrar analgésico* a crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor pouco significativa.

Refere-se à comparação que a/o enfermeira/o faz do comportamento face à dor da criança que cuida com o de outras crianças que cuidou, operadas pelo mesmo motivo, resultando nas seguintes asserções:

"... com base na experiência vi que não tinha dor intensa, era desconforto..." (E10)

"... aí (no iniciar líquidos) nota-se que qualquer um deles apresenta sempre o receio da dor, de ir deglutir, nunca sabem até que ponto é suportável ou não ..." (E16)

"... da experiência que eu tenho de outras crianças em que as amigdalectomias são bastante dolorosas, eu acho que esta criança está bastante bem ... o facto de não se estar a babar como é costume, porque eles nem sequer engolem a saliva, procuram deitá-la fora porque dói ao engolir e eles não vão engolir...pronto ..." (E28)

Este critério foi pouco utilizado, o que, como já vimos, talvez reflecta que a maioria das enfermeiras/os da nossa amostra pensam que a dor não pode ser comparável, porque é vivida por cada criança de uma forma única, sendo comparável apenas na mesma criança em momentos diferentes.

IDADE DA CRIANÇA

Esta é outra das categorias apenas encontrada nos discursos das/os enfermeiras/os.

Enfermeiras

A **Idade da criança** foi referida no momento “Iniciar líquidos” na *avaliação de dor* de uma criança de 10 anos que, de acordo com a percepção da enfermeira, tinha dor pouco significativa e de outra criança de 6 anos com dor significativa:

"... este já é grande já sabe avaliar..." (E10)

"... penso se lhe custa a engolir a saliva e se ele tenta fugir tendo em conta a idade dele, acho que ele já sabe avaliar a dor que tem..." (E 21)

Apesar destes resultados serem pouco representativos parece que as enfermeiras do nosso estudo consideram que, a partir da idade escolar, a criança está apta para avaliar adequadamente a sua dor.

Hamers et al (1994), verificaram que é assumido pelos enfermeiros que a avaliação da dor nas crianças mais velhas é menos complicada porque elas podem relatar verbalmente a sua dor, embora, por outro lado, tenham constatado que algumas enfermeiras se podem debater com a fiabilidade destes relatos, pois pensam que a criança pode estar a simular ou a exagerar a dor. Anteriormente, outros autores, tinham

encontraram resultados semelhantes (Koolen e Perduijn, 1991 e Vortherms et al, 1992 cit. por Hamers et al, 1994).

De acordo com Hamers et al (1994), a idade parece influenciar a implementação de intervenções farmacológicas. No nosso estudo que constatámos que a **Idade das crianças** não foi referida por nenhuma enfermeira como tendo influenciado a *tomada de decisão para administrar analgesia*.

EXPERIÊNCIA PESSOAL COM DOR PÓS-OPERATÓRIA

A. Enfermeiras/os

Utilizada apenas por uma enfermeira *na tomada de decisão para administrar analgesia* a uma criança com dor significativa (de acordo com a sua percepção) no momento “Acordar da anestesia”. A enfermeira tinha sido operada aos 16 anos e referiu ter experienciado no pós-operatório ao acordar, dor forte (face 4), referindo-se à sua experiência do seguinte modo:

"... eu achei que a criança tinha dor"... porque eu também sou muito sensível à dor e não gosto que eles tenham dor..." (E29)

A avaliação de Enfermagem é feita com base no comportamento do utente e a interpretação que as /os enfermeiras/os fazem dos seus sinais de dor é necessariamente influenciada pelas suas biografias e ideologias de dor (Strauss et al, 1985 cit. por Fernandes, 1996). No que diz respeito à influência da experiência pessoal com dor pós-operatória na avaliação da dor do utente, Holm et al (1989, cit. por Sullivan, 1994) constataram que a única dimensão da dor que influencia a percepção das/os enfermeiras/os sobre a dor do utente é a intensidade da dor que sentiu ($P < 0.05$). De facto a enfermeira que utilizou este critério na avaliação da dor da criança teve uma experiência pessoal de intensidade elevada de dor pós-operatória.

B. Mães

A **Experiência pessoal com dor pós-operatória** foi também utilizada apenas por uma mãe na *avaliação da dor* de uma criança com dor significativa no momento “Acordar da anestesia” (de acordo com a sua percepção). Tinha sido operada aos 22 anos e diz ter sentido dor pós-operatória insuportável (face 5) durante dois dias. Comparou a experiência que a filha estava a viver com a sua própria experiência de dor pós-operatória:

"... deu-me a sensação de que ela tinha uma dor... a primeira sensação que eu tive foi que ela tinha dor, se calhar pela má experiência que eu passei ..." (Mãe 7)

ESCALA DO ESTUDO

A. Enfermeiras/os

Uma enfermeira refere-se ao instrumento de colheita de dados deste estudo (Escala das faces) considerando-o um dos critério que utilizou na *avaliação da intensidade da dor* de uma criança. Foi como se, para além de todos os outros critérios utilizados na avaliação da dor, a escala fosse o último permitindo-lhe tomar consciência sobre a verdadeira dimensão da intensidade de dor da criança:

"... e depois a escala..." (E29)

Uma das consequências do trabalho de campo nos estudos empíricos é poder influenciar de algum modo as atitudes e comportamentos dos sujeitos da amostra no seu decurso. Neste caso, o instrumento de colheita de dados – Escala das faces, foi utilizado pela enfermeira como instrumento de avaliação da dor da criança que cuidava, ajudando-a nos cuidados de enfermagem que lhe proporcionou.

3.2.3 - Síntese final dos resultados das entrevistas

A **análise das entrevistas** permitiu-nos conhecer como enfermeiras/os e mães avaliam a dor. As principais semelhanças e diferenças existentes entre os critérios usados, na *avaliação da dor pós-operatória das crianças*, nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”. Conhecemos, também, os critérios que estiveram na base da *tomada de decisão das/os enfermeiras/os para administrar analgesia* às crianças no pós-operatório.

Em suma, na *avaliação da dor* as/os enfermeiras/os baseiam-se sobretudo em critérios da categoria *Comportamento da criança*, referindo-se ao seu *Conhecimento da analgesia* (específico dos discursos das/os enfermeiras/os) quando a avaliação que faziam da dor da criança os levou a administrar analgésico. Já as mães, além de terem usado critérios essencialmente daquela categoria, usavam ainda o critério, *Comparação*

da reacção da criança à dor no pós-operatório com reacções a experiências dolorosas anteriores, pertencente à categoria *Conhecimento do filho* (específica dos discursos das mães).

Quanto à riqueza da linguagem usada, de um modo geral, a das/dos enfermeiras/os é mais sofisticada, usando a maioria das vezes palavras e expressões de âmbito técnico, que reflectem o modo habitual de comunicar entre profissionais sobre esta matéria. Por seu lado, a linguagem das mães é mais simples, usando palavras e expressões comuns, que geralmente valorizam os aspectos emocionais e reflectem o seu modo de sentir a dor dos filhos.

Dentro da categoria ***Comportamento da criança*** os critérios privilegiados por ambas são semelhantes. As enfermeiras usam o critério *recusa analgesia*, que as mães não utilizam.

Apesar dos critérios referidos serem semelhantes, existem alguns aspectos que são mais específicos dos discursos de umas do que de outras.

Assim, em relação ao critério **Expressão Corporal**, verificámos que a “Tensão muscular” e o “Relaxamento muscular” são aspectos específicos dos discursos das enfermeiras, o que está relacionado com o seu conhecimento profissional. Quanto à riqueza da linguagem das/os enfermeiras/os, constatámos que é composta por termos técnicos (“posição fetal”, “região inguinal”, “postura descontraída”, “imobilizado”, “agitação motora”), enquanto que a das mães apresenta palavras mais simples (“pernas encolhidas”, “mais sossegadinho”, “irrequieta”, “já se quer levantar”), que traduzem uma linguagem do quotidiano/senso comum.

No que se relaciona com a **Expressão Vocal**, constatámos que apenas as mães se referem à ausência do choro, na percepção de dor pouco significativa. À semelhança do que verificámos com os discursos referentes aos outros critérios, as mães valorizaram mais os aspectos emocionais (“*as lágrimas caírem-lhe dos olhos*”, “*vi aflição, ele a gemer*”).

Os discursos das mães sobre o **Estado de Ânimo** foram mais intuitivos, comparativamente com os das/os enfermeiras/os. Para as mães foi fácil apreenderem o Estado de ânimo dos filhos: os seus discursos foram simples, o que reflectiu o seu conhecimento e a sua relação de proximidade com eles (“boa disposição”). Para as enfermeiras foi mais difícil concretizarem a sua percepção do Estado de ânimo da

criança, necessitando de a traduzir em comportamentos verificáveis (“respondeu sem esforço”, “respondeu a custo”).

Os discursos de enfermeiras/os e mães sobre a **Ingestão de alimentos** referem-se quase exclusivamente à capacidade de deglutição no momento “Iniciar líquidos” com crianças submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico, sobretudo amigdalectomizadas, o que é justificado pelo envolvimento directo do local a que a criança foi submetida durante a ingestão dos líquidos. Também observámos que neste critério existiu uma diferença nos termos: mais técnicos, os usados pelas/os enfermeiras/os (exemplo: “*deglutição*”, “*deglutir*”), enquanto os das mães faziam parte da linguagem comum (exemplo: “*engolir*”, “*comeu*”).

O **Apego** (pouco representado nos discursos) surgiu conotado sobretudo com a existência de dor significativa, mas, enquanto as/os enfermeiras se referem apenas à maior necessidade de afecto das crianças em relação à mãe, os discursos das mães especificavam o tipo de afecto que as crianças solicitavam. Comparativamente, tanto os discursos das/os enfermeiras/os, como o das mães usaram termos simples. Mas, enquanto os das/os enfermeiras/os se limitaram a constatar um facto observado (por exemplo, “*queria a mãe por perto*”, “*pedia apoio da mãe*”), os das mães usavam, também, por vezes, as expressões das próprias crianças, que valorizavam os aspectos emocionais traduzindo em comportamentos observáveis a maior necessidade de afecto das crianças (exemplo: “*pedir colo*”, “*mãe dá-me beijinhos*”).

Quanto à **Capacidade de Distracção**, as mães referem-se à capacidade da criança para *ouvir histórias*, que as/os enfermeiras/os não referem, facto que se relaciona com a leitura ter sido proporcionada pelas mães e as enfermeiras não terem estado junto das crianças nessas alturas.

O **Sono** foi mencionado por mães e enfermeiras, mas com significados diferentes. Enquanto os discursos das enfermeiras versaram sobre a dificuldade ou facilidade em adormecer, os das mães referiram-se sobretudo à vontade de dormir expressa pelas crianças. De acordo com a nossa percepção, o sono ou a facilidade em adormecer após um período de intensa agitação motora, choro e queixas, nem sempre significa ausência de dor. Temos verificado que algumas crianças adormecem por cansaço, enquanto que para outras, adormecer constitui uma das formas de lidar com a dor (estratégia de “*coping*”).

Como vimos na discussão das entrevistas, os restantes critérios identificados nos discursos das/os enfermeiras/os e mães sobre *avaliação da dor da criança*, pertenceram a diferentes categorias e tiveram pouca expressividade. Queremos, no entanto, realçar em relação à categoria *Quantidade de dor inerente à cirurgia*, que enquanto as enfermeiras/os se referem nos seus discursos à “quantidade de dor inerente ao tipo de cirurgia”, as mães referem-se à “quantidade de dor normal/esperada em qualquer cirurgia”, não a relacionando com o tipo. Os seus discursos permitiram-nos reconhecer o falso conceito de que a dor não pode ser totalmente aliviada, e mais ainda, que não é esperado o seu alívio total.

Os critérios pertencentes à categoria *Comportamento da criança* usados por enfermeiras/os e mães na *avaliação da dor da criança* e na *tomada de decisão para administrar analgésico* foram anteriormente apelidados por Hester (2000) de observações não-estruturadas. De facto, estas observações que as enfermeiras e mães fizeram para *avaliar a dor*, são observações não-estruturadas, pois foram mais casuais que sistemáticas (Hester, 2000). O mesmo autor encontrou, em estudos realizados por outros, que estas observações incluíam: o temperamento, o nível e o tipo de actividade, as interações verbais das crianças (Hester e Foster, 1990; Hester et al, 1992), a irritabilidade (Bureau e Kleiber, 1991), a agitação (Gordin, 1990), a dor (indefinida), os espasmos musculares, e a imobilidade (Hunt, 1990). Todos estes aspectos (excepto o temperamento, embora tenhamos identificado o *estado de ânimo*) foram referidos pelas/os enfermeiras/os da nossa amostra.

Muitas pesquisas têm vindo a enfatizar o uso destas observações pelas enfermeiras, mas a falta de pesquisas sobre elas origina um dilema importante na avaliação da dor, uma vez que, para quem avalia, a expressão não verbal pode ter maior credibilidade que a verbalização que a criança faz da dor. Deste modo, as queixas verbais podem ser ignoradas ou desvalorizadas na ausência de expressões não verbais que as suportem (Craig, 1992 cit. por Hester, 2000), dando origem a expressões comuns tais como: “ela não parece estar com dor” ou “se ela piorar então farei alguma coisa”. Para exemplificar referimos uma frase de uma enfermeira da nossa amostra “... os de 5 anos já começam a ser assim um bocadinho marotos e a dar a volta ... quer dizer eu pergunto-lhes, é como ainda aconteceu há pouco... pronto... é perguntar e eles muitas vezes não especificam a dor, dizem que têm dor, têm dor mas não dizem onde é que têm a dor...” (E1).

Além destes critérios resultantes das observações não-estruturadas e à semelhança do que foi encontrado por outros investigadores, as/os enfermeiras/os da nossa amostra usaram também o critério ***Conhecimento da analgesia*** sobretudo, na *tomada de decisão para administrar analgésico* no pós-operatório (McConnan, 1992; Caty et al, 1995).

Existem poucos estudos que falem dos critérios que as mães usam na avaliação da dor pós-operatória dos filhos. Mas, à semelhança das/os enfermeiras/os, também as mães usaram as observações não-estruturadas do comportamento da criança. Contudo, além destas, utilizaram também, o ***Conhecimento do filho***, o que resultou do seu Conhecimento do filho em situações dolorosas anteriores.

Esta visão similar dos critérios usados na *avaliação da dor*, assim como a baixa expectativa do alívio da dor, parece-nos estar relacionado com o facto das/os enfermeiras/os e mães pertencerem à mesma cultura.

3.2.4 – Análise global das OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

Metade das observações foram feitas no momento “Acordar da anestesia” (30 às/aos enfermeiras/os e 30 às mães) . A outra metade, foi feita no momento “Iniciar líquidos” (no mesmo número).

Recordamos que, no momento “Acordar da anestesia”, a maioria das/os enfermeiras/os e das mães percepcionaram dor significativa nas crianças (Escala das faces >3 , 63,3% e 70% respectivamente), enquanto que, no momento “Iniciar líquidos”, aconteceu exactamente o contrário, a maioria das/os enfermeiras/os e das mães percepcionaram que as crianças tinham dor pouco significativa ou não tinham dor (Escala das faces ≤ 2 , 83,3% e 73,3% respectivamente) .

Começaremos por apresentar em primeiro lugar a grelha de análise conjunta das observações sobre ***as estratégias não-farmacológicas utilizadas pelas/os*** enfermeiras/os e mães *no alívio da dor pós-operatória das crianças* nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” e faremos uma análise global desses dados. Em seguida,

apresentaremos e analisaremos, para cada categoria, a riqueza de algumas das estratégias utilizadas quer pelas/os enfermeiras/os quer, pelas mães.

Para a análise de conteúdo das observações sobre as *estratégias não-farmacológicas utilizadas pelas/os enfermeiras/os e mães no alívio da dor pós-operatória das crianças* nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” foram criadas duas categorias: *Estratégias Gerais* e *Específicas*. As categorias e subcategorias foram na sua maioria inicialmente construídas a partir da revisão bibliográfica sobre o tema (ver ponto 3.4.1 – Estratégias não-farmacológicas), mas também houve algumas novas subcategorias criadas a partir das observações.

Na categoria *Estratégias Gerais* foram englobadas as unidades de registo que dizem respeito a estratégias que podem ser utilizadas indiferentemente com todas as crianças hospitalizadas. Incluem perguntar, acreditar, aceitar, explicar e ensinar a criança e os pais; mas também, procurar estratégias para o controlo eficaz da sua dor, o que, indirectamente, possibilita a diminuição da sua percepção da dor. Estas estratégias podem de um modo geral ser utilizadas com as crianças hospitalizadas de qualquer idade (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997).

Na categoria *Estratégias Específicas* incluíram-se as unidades de registo que dizem respeito a estratégias cognitivo-comportamentais, cuja utilização deve ser adequada à idade da criança, intensidade da dor, e às suas habilidades que são muitas vezes determinantes para que a estratégia seja eficaz. As estratégias específicas necessitam da compreensão, cooperação e habilidades das crianças e são mais eficazes com umas crianças do que com outras (Wong, 1999; Vessey e Carlson, 1996). Por exemplo, a respiração profunda apenas é eficaz nas crianças cujo estágio de desenvolvimento as torna capazes de beneficiar desta estratégia, isto é, relaxar e distrair-se, o que acontece, na prática, a partir da idade escolar.

As categorias e subcategorias reuniram no total 311 unidades de registo, que correspondem ao número de vezes que as estratégias foram usadas pelas/os enfermeiras/os e mães, nos dois momentos de observação “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” (Quadro 26).

Quadro 26– Frequência de observações das *estratégias não-farmacológica usadas pelas/os enfermeiras/os e mães na gestão da dor das crianças* nos momentos “Acordar da anestesia” e Iniciar líquidos”.

Momentos de observação Observados Percepção da dor Categorias Subcategorias		“Acordar da anestesia”				“Iniciar líquidos”			
		Enfermeiras/os		Mães		Enfermeiras/os		Mães	
		Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)	Significativa (S) a)	Pouco significativa ou Ausente (PS/A) b)
Estratégias gerais	Permanece junto da criança	2:19	—	21:21	9:9	3:5	5:25	8:8	22:22
	Envolve a criança no processo de controlo da dor	16:19	8:11	19:21	7:9	5:5	13:25	4:8	4:22
	Proporciona conforto físico	16:19	5:11	2:21	—	1:5	4:25	1:8	1:22
	Proporciona conforto afectivo	6:19	2:11	21:21	7:9	1:5	—	5:8	3:22
	Intervém no ambiente físico envolvente	19:19	10:11	1:21	3:9	—	—	—	—
	Envolve a mãe no processo de controlo da dor do filho	14:19	4:11	—	—	3:5	4:25	—	—
Estratégias Específicas	Proporciona distração	—	—	2:21	2:9	1:5	2:25	5:8	17:22
	Respiração profunda	—	—	—	—	1:5	—	—	—
	Contrato comportamental informal	—	—	—	—	1:5	—	1:8	—
a) Significativa (S) = percepção de dor significativa (Escala das faces > 2) b) Pouco Significativa ou Ausente (PS/A) = percepção de dor pouco significativa ou ausente (Escala das faces ≤ 2)									

A leitura do Quadro 26 mostra-nos que existem algumas diferenças de estratégias entre os momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”, e entre as estratégias de Enfermeiras/os e Mães nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” que passaremos a apresentar.

3.2.4.1 - Diferenças de Estratégias entre os momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”

No momento do “Acordar da anestesia” foram utilizadas sobretudo *Estratégias Gerais*, à excepção de quatro mães (4:30) que utilizaram a *Estratégia específica Proporciona distração*, independentemente da sua percepção da dor das crianças.

No momento do “Iniciar líquidos” são utilizadas *Estratégias Gerais* e *Estratégias Específicas*. Dentre as três Estratégias Específicas identificadas, a estratégia *Proporciona distração* é quase só utilizada pelas mães (quase todas as mães), independentemente da sua percepção de dor das crianças, e as outras duas estratégias *Respiração profunda* e *Contrato comportamental informal* foram apenas utilizadas por duas enfermeiras/os e uma mãe com crianças a quem tinham percepcionado dor significativa.

Constatámos também que, enquanto a *Estratégia Geral Intervém no ambiente físico envolvente*, foi apenas utilizada ao “Acordar da anestesia”, as Estratégias Específicas *Respiração profunda* e *Contrato comportamental informal* foram apenas utilizadas no momento do “Iniciar líquidos”.

3.2.4.2 Comparação das Estratégias de Enfermeiras/os e Mães

ESTRATÉGIAS GERAIS

Permanece junto da criança

Inclui todos os registos que dizem respeito à permanência dos observados junto da criança.

A. Enfermeiras/os

No momento “Acordar da anestesia” as/os *enfermeiras/os* utilizaram esta estratégia,

apenas com duas em crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (2:19).

Apesar de pouco utilizada no momento “Iniciar líquidos” (8:30), usam-na com a maioria das crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico (8:10).

B. Mães

As *mães* utilizaram esta estratégia com todas as crianças, independentemente da sua percepção de dor das crianças, nos dois momentos de observação.

Envolve a criança no processo de controlo da dor

Inclui todos os registos que se relacionaram com dar informações/explicações sobre o momento; demonstrar preocupação pela criança, fazendo-lhe perguntas e dando-lhe algum poder na tomada de decisão; mostrar o local operado à criança; dar orientação antecipatória; orientar a criança na utilização de estratégias de controle da dor nomeadamente o apelo ao sono, o ensino e manutenção de uma posição antiálgica e modo de lidar com a dor durante a ingestão dos líquidos; e dar reforço positivo do comportamento da criança elogiando o seu comportamento perante a dor incitando-a a continuar com um dado comportamento.

A. Enfermeiras/os

Esta estratégia foi utilizada por quase todas as/os *enfermeiras/os* (24:30) no momento “Acordar da anestesia” independentemente da percepção da dor das crianças.

No momento “Iniciar líquidos” utilizaram-na com todas as crianças que, segundo a sua percepção, tinham dor significativa (5:5) e com mais de metade das que tinham dor pouco significativa (13:25).

B. Mães

Esta estratégia foi também utilizada por quase todas as mães (26:30) no momento “Acordar da anestesia” independentemente da percepção da dor das crianças.

No momento “Iniciar líquidos” foi pouco utilizada pelas mães (8:30). No entanto, usaram-na com todas crianças operadas a cirurgias do foro otorrinolaringológico que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (4:4). Também as mães das crianças com dor pouco significativa que tinham sido submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, utilizaram esta estratégia em metade dos casos (3:6).

Proporciona conforto afectivo

Diz respeito às diversas formas de contacto corporal e inclui todos os registos que se relacionaram com a expressão de afectos, nomeadamente acariciar; abraçar; dar a mão; colocar ao colo; beijar e tocar.

A. Enfermeiras/os

Apesar de pouco aplicada pelas/os *enfermeiras/os*, esta estratégia foi sobretudo usada no momento de observação “Acordar da anestesia” (8:30) com as crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (6:19).

Apenas uma *enfermeira* utilizou esta estratégia no momento “Iniciar líquidos”, com uma criança com dor significativa (1:5).

B. Mães

As *mães* utilizaram-na com todas as crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (21:21) e com quase todas as que apresentavam dor pouco significativa ou ausência de dor (7:9). Podemos assim dizer que no momento “Acordar da anestesia” a utilização desta estratégia não dependeu da percepção que fizeram da dor dos filhos.

Ao “Iniciar líquidos”, as *mães* utilizaram-na com a maioria das crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor significativa (5:8) e com algumas com dor pouco significativa ou ausência de dor (3:22).

Intervém no ambiente físico envolvente

Diz respeito à diminuição ou eliminação dos estímulos negativos e inclui todos os registos que se relacionaram com o ruído e a luminosidade excessiva, assim como os que se relacionam com o modo de transformar o ambiente físico envolvente para que se torne menos desconhecido da criança, nomeadamente, com a presença de objectos significativos. Esta estratégia foi observada apenas no momento “Acordar da anestesia”.

A. Enfermeiras/os

Utilizaram-na com a quase totalidade das crianças (29:30), independentemente da sua percepção da dor.

B. Mães

Usaram-na pouco (4:30) e sobretudo com crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa ou ausência de dor (3:9).

Proporciona conforto físico

Inclui todos os registos que se relacionaram com os cuidados que visaram aumentar o conforto físico da criança, nomeadamente, posicionar ou ajudar na mobilização, aconchegar a roupa junto ao corpo da criança e humedecer a mucosa oral.

A. Enfermeiras/os

Ao “Acordar da anestesia” as/os *enfermeiras/os* utilizaram esta estratégia com a quase totalidade de crianças em quem percepcionaram dor significativa (16:19) e também com quase metade das que apresentavam dor pouco significativa (5:11).

No momento “Iniciar líquidos” usaram-na com cinco crianças (5:30), independentemente da sua percepção da dor, mas ligada a uma característica comum – tipo de cirurgia. Todas estas crianças tinham sido operadas por diagnósticos de a cirurgia geral, o que representa um quarto de todas as crianças operadas por este tipo de cirurgia (5:20).

B. Mães

No momento “Acordar da anestesia”, as *mães* usaram esta estratégia apenas com duas crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (2:21). Também, ao “Iniciar líquidos” utilizaram-na apenas com duas crianças (2:30), mas independentemente da sua percepção da dor.

Envolve a mãe no processo de controlo da dor do filho

Diz respeito às diferentes formas de implicar as mães no processo de controlo da dor do filho, nomeadamente, dando-lhes informação sobre o estado dos filhos, estimulando-as a darem-lhes conforto afectivo e proporcionando-lhes colaboração nos cuidados.

Esta estratégia é específica das observações de *enfermeiras/os*.

Enfermeiras/os

No “Acordar da anestesia” as enfermeiras/os utilizaram-na com quase todas as crianças que, de acordo com a sua percepção, tinham dor significativa (14:19) e também com algumas que tinham dor pouco significativa (4:11).

Ao “Iniciar líquidos” utilizaram-na com mais de metade das crianças a quem perceberam dor significativa (3:5) e com algumas a quem perceberam dor pouco significativa (4:25) mas, em associação com outra característica – tipo de cirurgia. Todas estas crianças, excepto uma, tinham sido submetidas a cirurgia do foro otorrinolaringológico (6:10).

ESTRATÉGIAS ESPECÍFICAS

Proporciona distração

Diz respeito às formas utilizadas para distrair as crianças, nomeadamente, visualizar programas de TV, assistir a espectáculo de palhaços, conversar, contar histórias, ler livros, oferecer brinquedos novos e proporcionar que a criança desenhe.

A. Enfermeiras/os

As/os *enfermeiros* utilizaram esta estratégia apenas no momento de observação “Iniciar líquidos” com três crianças, independentemente da percepção que fizeram da sua dor (3:30).

B. Mães

Esta estratégia foi utilizada pelas mães, independentemente da sua percepção de dor dos filhos. No momento “Acordar da anestesia”, foi usada apenas por quatro *mães* (4:30), enquanto que ao “Iniciar líquidos”, utilizaram-na com quase todas as crianças (22:30).

Respiração profunda

Diz respeito à utilização de exercícios respiratórios com o objectivo de promover relaxamento e distrair a criança durante um procedimento doloroso.

As *mães* não utilizaram esta estratégia.

Enfermeiras/os

Esta estratégia foi apenas usada por uma enfermeira numa criança com dor significativa no momento “Iniciar líquidos”. (1:5).

Contrato comportamental informal

Inclui as unidades de registo que dizem respeito ao estabelecimento de um contrato verbal com a criança em que, como resultado da sua cooperação, lhe é dada uma recompensa. Esta estratégia foi identificada apenas no momento “Iniciar líquidos”.

A. Enfermeiras/os

Esta estratégia foi usada por uma *enfermeira*, com uma criança submetida a cirurgia do foro otorrinolaringológico, que apresentava dor significativa ao “Iniciar líquidos”(1:5).

B. Mães

Esta estratégia foi usada por uma *mãe* de uma criança submetida a cirurgia do foro otorrinolaringológico que, de acordo com a sua percepção no momento “Iniciar líquidos”, apresentavam dor significativa (1:8).

3.2.5 – Análise aprofundada das observações

De acordo com o objectivo do nosso trabalho não foi nossa preocupação observar os efeitos das estratégias não-farmacológicas (avaliar) mas apenas pretendemos conhecer as estratégias efectivamente utilizadas pelas/os enfermeiras/os e mães.

Vamos agora deter-nos sobre o conteúdo das observações.

ESTRATÉGIAS GERAIS

Permanece junto da criança

A. Enfermeiras/os

Todas/os as/os enfermeiras/os estiveram junto das crianças nos momentos do “Acordar da anestesia” e do “Iniciar líquidos”. No entanto, como já vimos, nem sempre permaneceram junto delas.

No momento “Acordar da anestesia”, esta estratégia foi utilizada apenas com duas crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico que, segundo a percepção das/os enfermeiras/os, apresentavam dor significativa

A enf^a esteve junto dela até acalmar e adormecer (E15)²⁰

Permaneceu junto da criança até à altura em que adormeceu (E28)

²⁰ Este tipo de registos são retirados do diário de campo da investigadora

A pouca utilização desta estratégia pelas enfermeiras liga-se com as exigências da sua actividade profissional, já que, cada enfermeira/o tem a seu cargo pelo menos cinco crianças o que significa que tem de utilizar racionalmente o tempo de modo a poder atender a todas as crianças e acompanhantes.

Assim, todas as/os enfermeiras/os estiveram junto das crianças várias vezes, mas só duas permaneceram junto delas no momento do “Acordar da anestesia” (classificamos como “permanecer”, quando a enfermeira não só vai junto da criança, mas aí permanece utilizando simultaneamente outras estratégias não-farmacológicas até o comportamento de dor da criança reverter ou melhorar). Nos casos referidos anteriormente permaneceram com elas até adormecerem.

Como vimos, no momento “Iniciar líquidos”, a estratégia Permanece junto da criança foi utilizada exclusivamente com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico e, neste caso, com quase todas essas crianças.

Permanece com ela e vai-lhe dando o gelado aos pouquinhos (E15)

Fica junto dela enquanto ela come o gelado sozinha (E16)

Enquanto a mãe lhe dá a água, a Enf.^a permanece junto dela (E22)

A Enf.^a permanece com ela enquanto a mãe lhe dá o gelado (E26)

A permanência das/os enfermeiras/os junto da criança durante os procedimentos dolorosos é uma das estratégias não-farmacológicas gerais. De acordo com Burr (1988) e McCaffery e Beebe (1997) a presença frequente e a disponibilidade da enfermeira asseguram confiança ajudando a tranquilizar.

A larga utilização desta estratégia no momento “Iniciar líquidos”, com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, está relacionada com o facto da ingestão de líquidos ser considerada um procedimento doloroso que envolve directamente o local operado, o que pode precipitar ou agravar a dor, mas também com a absoluta necessidade da criança iniciar a ingestão de líquidos, considerada, no caso destas cirurgias, não só como a quebra do jejum, mas também, e essencialmente, como um tratamento fundamental para a diminuição do edema e para a cicatrização.

B. Mães

Esta estratégia foi usada por todas as mães as quais, como já vimos, estiveram permanentemente junto aos filhos no pós-operatório.

Constatámos que todas as mães acompanharam as crianças desde a entrada no hospital até à alta, apenas se ausentando por curtos períodos de tempo, ou quando os filhos estavam a dormir ou, quando acordados, se apresentavam comportamento indicador de bem-estar. Algumas destas crianças também estiveram acompanhadas pelo pai (11:30). Esta disponibilidade das mães e de alguns pais para permanecerem com os filhos é tornada possível por se tratarem de “cirurgias ambulatorias” – programadas, com internamento inferior a 24 horas, isto é, a criança é internada, é operada e tem alta no mesmo dia, o que possibilita que as mães e, actualmente, também os pais organizem o seu tempo de modo a utilizar uma licença para assistência à família ou a gozar um período de férias para assim permanecerem com os filhos.

De acordo com diversos investigadores, a presença e o envolvimento dos pais faz as crianças sentirem-se mais seguras e demonstrarem mais facilmente a dor, o que lhes dá alguma forma de controlo sobre a situação que estão a viver (AHCPR, 1992; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997). Lynn (1986, cit. por Wallace, 1989), acrescenta que os pais, mas principalmente a mãe, pode ser um factor importante no alívio da ansiedade da criança, aumentando o limiar da dor e contribuindo para um recobro mais rápido.

Comparativamente, as mães permaneceram sempre junto das crianças, o que está relacionado com o seu papel; por outro lado, as/os enfermeiras/os permaneceram junto delas quase apenas no momento “Iniciar líquidos”. Neste momento, esta estratégia foi utilizada exclusivamente com as crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico e, neste caso, com todas as operadas para amigdalectomia.

Envolve a criança no processo de controlo da dor

A. Enfermeiras/os

Como vimos no momento do “Acordar da anestesia”, esta estratégia foi muito utilizada pelas/os enfermeiras/os, com a quase totalidade das crianças, independentemente da percepção da dor das crianças; e no momento do “Iniciar líquidos” foi usada com todas as crianças que segundo a sua percepção tinham dor significativa e com mais de metade das que tinham dor pouco significativa ou não tinham dor.

Foram encontradas diversas formas de **envolvimento da criança**, algumas comuns aos dois momentos de observação “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”:

I - Dar informações/explicações sobre o momento

Explica-lhe o porquê da dor e diz-lhe que vai passar. Diz que lhe vai administrar um analgésico e para que serve. Assegura-lhe que vai melhorar (E2)

Ele diz-lhe que não quer o soro no braço e a enfermeira explica-lhe porque tem de o manter. Assegura-lhe que o retira mais tarde (E4)

Explica a dor que ela está a sentir, diz-lhe que fez analgésico que está quase a fazer efeito, pede-lhe para suportar um pouco mais a dor porque o efeito do medicamento está quase a fazer-se (E13)

Diz-lhe que lhe vai fazer um supositório para a dor e explica-lhe que daqui a 1/2 h a dor fica menor (E30)

De acordo com Burr (1988) e McCaffery e Beebe (1997), o **envolvimento da criança** no processo de controle da dor implica que se explique e ensine à criança o que se passa consigo de forma a desenvolver nela o amor-próprio e a confiança (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997).

II - Demonstrar preocupação pela criança, fazendo-lhe perguntas e dando-lhe algum poder na tomada de decisão

Pergunta-lhe se consegue aguentar mais um pouquinho a dor... garante-lhe que assim que puder lhe administrará novo supositório para a dor (E7)

Pergunta-lhe como é que ele se sente, se tem sono, e ele diz que não; se quer beber e ele responde-lhe que água; se sente dor e ele responde que não (E9)

A enf.^a pergunta-lhe como se sente e ele responde que se sente “assim assim”, diz que lhe dói o local da operação e diz também que se quer ir embora. A Enf.^a responde-lhe que se vai embora mais ao fim da tarde e diz-lhe porquê. Ele aceita a explicação com muita atenção e no final acena positivamente com a cabeça (E11)

Após lhe ter perguntado quem é que queria que lhe desse o gelado, a mãe deu-lho (E10)

Pergunta-lhe se quer que seja a mãe a acabar de lhe dar o gelado e ela responde acenando positivamente com a cabeça (E15)

Perguntou quem é que ela queria que lhe pusesse o supositório e ela respondeu que queria que fosse a mãe (E29)

Segundo Burr (1988) e McCaffery e Beebe (1997), as atitudes dos profissionais devem ser de consideração da dor da criança, mostrando interesse pela verbalização de dor e dando oportunidade para que tome decisões. Este comportamento demonstra respeito pela criança e dá-lhe possibilidade de controle sobre o seu corpo (Wong, 1999).

III - Orientar o comportamento da criança perante a dor

No momento do “Acordar da anestesia” as orientações relacionaram-se tanto com o *sono* como com a *mobilização*. Quanto ao *sono* as enfermeiras fazem apelo/motivam as crianças para que durmam, o que nos pareceu ser entendido como um dos comportamentos possíveis de controle/alívio da dor. Na *mobilização* ensinam-lhes a adoptar uma posição antiálgica. Estes dois aspectos apareceram a maioria das vezes em simultâneo:

Diz-lhe para tentar dormir e ele diz que não vai conseguir, a enfª insiste dizendo-lhe que ele vai conseguir. Diz-lhe também para “encolher as pernas” porque ajuda a ter menos dor. Assegura-lhe que a mãe vai estar ao pé dele, pede-lhe para fechar os olhos e para dormir (E23)

Diz-lhe para ter as” pernas dobradas” e pede-lhe para dormir(E25)

No momento “Iniciar Líquidos”, as orientações dadas pelas/os enfermeiras/os relacionaram-se na sua quase totalidade com *o comportamento a ter durante a ingestão de líquidos* e dirigem-se às crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, independentemente da percepção da intensidade da dor

Apesar de já lhe ter explicado que o gelado ia doer um pouquinho a engolir, diz-lhe como o deve comer deixá-lo derreter na boca e só o engolir depois; aconselha-a a não desistir (E15)

Ensina-lhe que deve colocar bocados de gelado na boca e depois deve engolir rapidamente(E19)

Diz-lhe que no início lhe pode doer um pouco beber a água, mas ela não pode desistir. Tem de a beber aos poucos e no final já lhe vai doer menos (E22)

Neste momento de observação, apenas uma enfermeira orientou quanto à *mobilização*, uma criança submetida a reparação cirúrgica de Hérnia Inguinal, que apresentava dor significativa (de acordo com a percepção da enfermeira)

Diz-lhe para se manter quieto e com “as pernas encolhidas” para que a dor não aumente. (E30)

De acordo com Burr (1988) e McCaffery e Beebe (1997), orientar o comportamento da criança é uma das formas de desempenhar um papel activo na procura de estratégias para

o controlo eficaz da dor, desenvolvendo na criança o amor próprio e a confiança. Esta auto-confiança permite-lhe que utilize estratégias que lhe dão um certo controlo sobre o seu sofrimento, o que, indirectamente, irá diminuir a percepção da dor (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997). Ensinar às crianças estratégias para lidar com a situação também proporciona a eficácia de outras estratégias não-farmacológicas utilizadas, muitas vezes, em simultâneo (Broome, 1990 cit. por Vessey e Carlson, 1996).

Foram ainda identificadas formas de envolvimento das crianças, específicas da intervenção das/os enfermeiras/os e que foram utilizadas exclusivamente no momento do “Acordar da anestesia”, nomeadamente:

IV - Mostrar o local operado para que a criança se certifique das alterações corporais.

Foi usada apenas com um menino operado por fimose (cirurgia geral) que, de acordo com a percepção da enfermeira, apresentava dor significativa

Diz-lhe que já foi operado e perante o olhar surpreendido que ele fez, mostra-lhe o pénis para ele ver que está íntegro (E17)

Ao mostrar-lhe o local operado a enfermeira informou-o activamente sobre o que se passava com o seu corpo, contribuindo deste modo para o envolvimento do menino no processo de controle da sua dor.

Esta forma de envolvimento foi usada com um menino de 7 anos. É na idade escolar que as crianças começam a demonstrar preocupações relativas à incapacidade, recuperação incerta ou medo da morte. Devido às suas habilidades cognitivas em desenvolvimento, as crianças em idade escolar têm noção da importância de diferentes doenças, da indispensabilidade de certas partes do corpo, dos possíveis perigos do tratamento e do significado da morte (Wong, 1999). De um modo geral, interessam-se activamente pela sua saúde e doença e utilizam as informações como um meio de manter a sensação de controlo sobre si.

V - Dar orientação antecipatória em relação a alguns acontecimentos do pós-operatório imediato.

Foi usada quando perceberam que as crianças tinham dor pouco significativa ou ausência de dor, consistindo em explicar-lhes o decurso do pós-operatório,

nomeadamente, a introdução/início dos líquidos e, no caso das crianças operadas por fimose, a possibilidade de alguma dor na primeira micção:

Explica-lhe o ritmo da introdução dos líquidos, quando irá iniciar água e depois o leite. Preparou-o para a possível dor que possa vir a sentir quando urinar a 1ª vez. Explica-lhe como deverá reagir: continuar a urinar, sem se retrair. Ele pareceu entender, acenando com a cabeça (E6)

A maioria das crianças sentem que têm mais controlo sobre si e sobre a situação quando sabem o que podem esperar, pois o medo do desconhecido é reduzido (Wong, 1999).

O facto de algumas/os enfermeiras/os terem envolvido as crianças no processo de controlo da dor utilizando a orientação antecipatória talvez lhes tenha possibilitado algum controlo sobre si e sobre a situação.

De acordo com Wong (1999), a orientação antecipatória e a informação ajudam grandemente a diminuir o stress e previnem a falta de compreensão e de conhecimentos da criança.

Encontramos, ainda uma outra forma de **envolvimento da criança no processo de controlo da dor**, utilizada exclusivamente no momento “Iniciar líquidos”:

VI - Reforço positivo do comportamento, utilizado apenas com as crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, sobretudo com as que, segundo as/os enfermeiras/os, apresentavam dor significativa

A enfª, dá-lhe o gelado e vai reforçando positivamente o seu comportamento à medida que ele o vai comendo, diz-lhe ele se está a portar muito bem (E21)
Enquanto a mãe lhe dá o gelado, a Enf.ª vai motivando-o para continuar a ingestão dizendo-lhe quanto resta para comer (E26)

O reforço positivo do comportamento da criança incita-a a continuar com um determinado comportamento. Diz-se muitas vezes que as variações da experiência dolorosa entre as pessoas se devem a "limiares de dor" diferentes. Neste caso, ao encorajarem as crianças estiveram a aumentaram a sua tolerância à dor, isto é, incentivaram-nas a suportar níveis de estimulação dolorosa superiores.

Constatámos que as diferentes formas de envolvimento da criança no processo de controlo da dor revelaram consideração dos/as enfermeiras pela dor das crianças, o que,

além de lhes ter permitido participar activamente em todo o processo, contribuiu simultaneamente para o estabelecimento de uma relação empática entre eles.

De acordo com Strumeyer (1999) a relação que se estabelece entre o prestador de cuidados e o utente é determinante para o assumir da responsabilidade de controlo da dor.

B. Mães

À semelhança do que constatámos para os/as enfermeiras, a estratégia **Envolve a criança no processo de controlo da dor** foi também utilizada pela maioria das mães no momento do “Acordar da anestesia”, independentemente da percepção da dor das crianças.

No momento “Iniciar líquidos” foi pouco utilizada, mas como vimos, as mães utilizaram esta estratégia com a maioria das crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, sobretudo as que apresentavam dor significativa.

Esta estratégia foi apenas utilizada por uma mãe de uma criança submetida a reparação cirúrgica de hérnia.

As mães utilizaram três formas de envolver a criança no processo de controlo da dor, comuns aos dois momentos de observação:

I - Dar informações/explicações sobre o momento

Fala com ele, diz-lhe que a dor já vai passar porque fez medicamento... fala-lhe em tom de voz baixo (Mãe 5)

A mãe fala com ele, após orientação da enfermeira. Explica-lhe que a dor está quase a passar, pois o medicamento está quase a fazer efeito. Diz-lhe para ele ser valente que a dor vai passar (Mãe11)

A mãe fala com ele e diz-lhe que já foi operado, ele responde que se quer ir embora. A mãe explica-lhe que ainda não pode ir embora porque foi operado há pouco tempo (Mãe17)

Diz-lhe que o gelado o faz ficar com menos dor e que assim vai melhor para casa (Mãe26)

II - Demonstrar preocupação pela criança fazendo-lhe perguntas sobre a sua dor

A mãe e o pai debruçaram-se sobre ele....perguntaram-lhe se lhe doía e ele acenou com a cabeça que não ... (Mãe 9)

III - Orientar o comportamento da criança perante a dor foi utilizada sobretudo no momento “Acordar da anestesia” quando percepcionam dor significativa nos filhos. As orientações das mães, neste momento de observação, têm o mesmo teor das/os

enfermeiras/os e dizem respeito ao *sono* e à *mobilização*. Motivaram-nos a dormir e aconselharam-nos a evitar a mobilização, o que nos pareceu ser entendido como comportamentos possíveis de controlo/alívio da dor. Por vezes, estes dois tipos de orientação apareceram em simultâneo.

Diz-lhe para não se mexer para a dor passar mais depressa... para não doer mais (Mãe2)

Faz apelo a que durma (Mãe14)

Aconselha-a a não se mexer tanto... diz-lhe para dormir (Mãe17)

Ela não pára de se mexer na cama (e queixa-se que lhe dói), a mãe pede-lhe para estar quietinha, que a dor vai passar ...(Mãe 24)

No momento “Iniciar líquidos”, contrariamente às/aos enfermeiras/os que orientaram o comportamento das crianças submetidas a HAVA (amigdalectomia e adeniodectomia), *quanto ao início da ingestão de líquidos*, as mães não utilizaram este modo de envolvimento da criança.

VI - Reforço positivo do comportamento da criança – foi utilizado apenas no momento “Iniciar líquidos” com a maioria das crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, independentemente da percepção da intensidade da dor

(Enquanto a Enf.^a lhe dá o gelado) a mãe vai-lhe dizendo que ela é muito forte e que se está a aportar muito bem (Mãe15)

À medida que ela vai bebendo, muito queixosa, levando a mão à “garganta”, a mãe vai elogiando o seu comportamento, dizendo: “ela é valente”, “ela consegue” (Mãe 22)

A utilização do reforço positivo no momento “Iniciar líquidos” relaciona-se com o facto do início da ingestão de líquidos ser considerado doloroso para as crianças submetidas àquele tipo de cirurgias.

Ao elogiarem o comportamento das crianças as mães motivam-nas a continuar com um determinado comportamento, isto é, incentivam-nas a suportar níveis de estimulação dolorosa superiores, proporcionando-lhes, deste modo, o seu envolvimento no processo de controlo da dor.

Comparativamente, enfermeiras/os e mães usaram formas semelhantes de envolvimento da criança no processo de controlo da dor. As/os enfermeiras/os utilizaram “mostrar o local operado” e “dar orientação antecipatória em relação a alguns acontecimentos do pós-operatório”, que as mães não usaram. A “orientação do comportamento da criança

perante a dor”, foi utilizada por ambas, nos dois momentos de avaliação, mas enquanto no momento do “Acordar da anestesia” diz respeito ao *sono* e à *mobilização*, quando percebem dor significativa, no momento “Iniciar líquidos”, a orientação diz respeito ao comportamento das crianças submetidas a HAVA (amigdalectomia e adenoidectomia) *quanto à ingestão de líquidos*, independentemente da percepção intensidade da dor. Esta forma de “envolver a criança no processo de controlo da dor” não foi utilizado pelas mães, no momento “Iniciar líquidos”.

Pensamos que, pelo facto do local operado estar directamente envolvido na ingestão dos líquidos (considerada dolorosa), as mães não se sentiram aptas a orientar as crianças quanto à ingestão de líquidos, sendo essa orientação específica dos cuidados de enfermagem.

Proporciona conforto afectivo

A. Enfermeiras/os

Esta estratégia foi pouco utilizada pelas/os enfermeiros. No entanto, usaram-na a maioria das vezes no momento do “Acordar da anestesia” com crianças a quem atribuíram dor significativa.

No momento do “Acordar da anestesia” foram encontradas diversas maneiras de **proporcionar conforto afectivo**, expressas através de diferentes formas de contacto corporal:

I - Acariciar foi a mais utilizada

Faz-lhe carícias no rosto e no tronco e disse-lhe que já foi operado, que já está ao pé da mãe (E28)

Faz-lhe algumas carícias (enquanto a mãe lhe coloca o supositório) (E29)

Esta foi a única forma de **proporcionar conforto afectivo** identificada no momento do “Iniciar líquidos” tendo sido utilizada apenas com uma criança que, segundo a percepção da enfermeira, tinha dor significativa.

II - Abraçar, usaram-na apenas com duas crianças, independentemente da percepção da dor

Coloca uma das mãos sobre o seu ombro envolvendo-a com alguma firmeza (E19)

III - Tocar usaram-na num caso de percepção de dor pouco significativa. Esta forma de proporcionar conforto afectivo foi apenas observada no grupo das/os enfermeiras/os.

Enquanto fala com ele, coloca uma das suas mãos sobre o seu ombro(E20)

Constatámos que a estratégia **Proporcionar conforto afectivo** foi usada com as crianças, independentemente da sua idade. De acordo com Vessey e Carlson (1996) é uma estratégia recomendada do nascimento até à idade escolar.

De facto, as diferentes formas de proporcionar conforto afectivo utilizadas pelas/os enfermeiras/os da nossa amostra constituem uma forma de comunicação não-verbal que parece ser um método de aproximação capaz de estabelecer uma verdadeira interacção.

De acordo com Burnside (Serralheiro,1993), os/as enfermeiros/as devem estar conscientes que tocar é enviar mensagens. Assim, se a comunicação é eficaz, o tocar do enfermeiro é recebido como significando um verdadeiro cuidado para o utente. Ainda na opinião de Carpenter (cit. por Serralheiro, 1993), o acto de tocar pode transmitir mensagens significativas de: “Eu vou cuidar de ti” , “Eu desejo que te vás sentir melhor”.

A criança hospitalizada e operada vive frequentemente um estado de ansiedade e de angústia emocional, que poderão ser minimizados pela utilização do toque. O acto de tocar, feito com sinceridade e delicadeza, pode acalmar os temores, as frustrações e as dores (Serralheiro, 1993). Assim, o toque afectivo associado a sentimentos de ternura e afeição, pode ser cada vez mais, um meio de interacção positiva entre o enfermeiro e a criança e uma manifestação suplementar de respeito.

As diferentes formas de toque/contacto corporal utilizadas pelas/os enfermeiras/os da nossa amostra tiveram como objectivo minimizar a dor das crianças. Constatámos que na percepção de dor significativa, usaram o acariciar e abraçar enquanto que, na percepção de dor pouco significativa, usaram o toque com a mão.

Sem dúvida que o contacto corporal/toque confere afeição, cuidado e conforto e, simultaneamente, é um aspecto muito importante na construção da comunicação e no estabelecimento de uma relação.

B. Mães

Como vimos, esta estratégia foi quase sempre utilizada pelas mães, sobretudo quando perceberam dor significativa nos filhos, pois quem melhor do que elas para dar conforto e afeição?

As mães **proporcionaram conforto afectivo** de diversas formas, algumas comuns aos dois momentos de observação:

I - Acariciar, foi a mais utilizada no momento do “Acordar da anestesia”

Faz-lhe carícias na cabeça (Mãe12)

Fala-lhe com meiguice, acaricia-a e ela adormece(Mãe15)

Faz-lhe carícias na mão e na face (Mãe 28)

Está sentada perto dele fazendo-lhe carícias (Mãe30)

II - Abraçar

Enquanto fala com ele tem o braço por cima do seu tronco aconchegando-o (Mãe3)

Acaricia-o na face, e coloca o braço por cima dele envolvendo-o (Mãe 4)

Acaricia-o... mantém o braço por cima do seu tronco, envolvendo-o (Mãe 5)

A mãe está debruçada sobre ele, com o braço envolvendo-o(Mãe 21)

Abraça-a, passando o seu braço por cima do ombro dela (Mãe 24)

Coloca o braço sobre o seu corpo envolvendo-o, encosta a sua face à orelha dele e fala-lhe baixinho (Mãe 26)

III – Tocar (não usada pelas mães)

IV - Dar a mão, mais utilizada ao “Acordar da anestesia” nos casos de percepção de dor significativa. Esta forma de proporcionar conforto afectivo foi apenas utilizada pelas mães.

Dá-lhe a mão (após estímulo da enfermeira (Mãe 3)

Mantêm-se sempre de mão dada... (Mãe 11)

Senta-se junto dele e pega na sua mão (Mãe 23)

Está junto dela com a sua mão segura entre as suas (Mãe 29)

V - Beijar, usaram-na apenas com crianças com dor significativa. Esta forma de proporcionar conforto afectivo foi apenas utilizada pelas mães.

Dá-lhe beijinhos (Mãe 11)

Está debruçada sobre ela... dá-lhe beijinhos (Mãe 22)

Identificámos ainda uma forma de proporcionar conforto afectivo utilizada exclusivamente no momento do “Acordar da anestesia”, com crianças que, de acordo com a percepção das mães, apresentavam dor significativa:

VI - Colocar ao Colo

Colocou-o ao colo porque ele está muito agitado e queixoso (Mãe 3)

Ela não acalma e a mãe coloca-a ao colo (Mãe 24)

As mães **proporcionaram conforto afectivo** quase sempre de modo espontâneo, o que constatámos estar relacionado com o modo habitual de lidarem com os filhos quando têm dor. No entanto, observámos que algumas mães tiveram de ser estimuladas pelas/os enfermeiras/os a utilizar esta estratégia, o que nos pareceu estar relacionado com o receio que aparentavam (e algumas mesmo expressavam) de poder magoar os filhos ou interferir no tratamento. De acordo com Ahmann (1994, cit. por Wong, 1999), os pais podem sentir-se pouco importantes e impotentes nos cuidados aos seus filhos quando os profissionais “tomam conta” deles.

Constatámos que, independentemente da sua percepção da intensidade da dor das crianças, as formas de contacto corporal mais utilizadas pelas mães foram o “acariciar” e o “abraçar”. No entanto, quando a sua percepção foi de dor significativa, em alguns casos as mães utilizaram formas de contacto corporal mais íntimas: “dar a mão”, “beijar” e “colocar ao colo”. Pensamos que, tratando-se de crianças com idades entre os 5 e os 10 anos que partilham a enfermaria com outras crianças, o recurso a estas formas de contacto corporal mais íntimas pode estar condicionado pela falta de privacidade existente no espaço envolvente.

Comparativamente, a estratégia **Proporciona conforto afectivo** foi mais utilizada pelas mães do que pelas/os enfermeiras/os, nos dois momentos de observação. Na percepção de dor significativa, as/os enfermeiras/os usaram o “acariciar” e “abraçar”, enquanto que na percepção de dor pouco significativa usaram o “toque”. Estes gestos estiveram associados a sentimentos de ternura e afeição, mais concretamente, a uma autenticidade e a uma espontaneidade que não admite a programação nem a estandardização. De facto, as diferentes formas de proporcionar conforto afectivo utilizadas pelas/os enfermeiras/os da nossa amostra constituem uma forma de comunicação não-verbal que parece ser um

método de aproximação capaz de estabelecer uma verdadeira interacção com a criança, independentemente da sua idade.

As mães **proporcionaram conforto afectivo** quase sempre de modo espontâneo; contudo, observámos que algumas mães tiveram de ser estimuladas pelas/os enfermeiras/os a utilizar esta estratégia, o que nos pareceu estar relacionado com o receio que as mães aparentavam (e algumas mesmo expressavam) de poder magoar os filhos ou interferir no tratamento.

Intervém no ambiente físico envolvente

Esta subcategoria foi observada apenas no momento “Acordar da anestesia”.

A. Enfermeiras/os

As enfermeiras utilizaram esta estratégia com a quase totalidade das crianças, independentemente da sua percepção da dor.

Esta estratégia consistiu na diminuição dos estímulos luminosos e auditivos

Diminuiu a luz ambiente baixando a persiana, obscurecendo-o. Diminuiu o ruído vindo do exterior fechando a porta para o corredor. Falou sempre em tom de voz baixo (E1)

Diminui o som da TV e apaga-a de seguida. Baixa a persiana obscurecendo o ambiente(E5)

Diminuiu a luz do quarto fechando a persiana. Fala sempre em tom de voz baixo e também pediu às pessoas presentes para fazerem o mesmo. Pede aos pais para falarem baixo (E15)

Os componentes da sensação de dor compreendem o desencadeamento do impulso doloroso, a percepção da dor e a resposta à dor. Cada componente afecta os demais e esses componentes, por sua vez, influenciam a vivência que o doente tem da dor (Wong,1999).

Se a criança e a família estiverem calmas, a experiência de dor será menos intensa (Burr, 1988; McCaffery e Beebe,1997).

Cada pessoa tem o seu limiar de dor que se define pela intensidade com que a percepção algica é produzida por um estímulo, o que depende da influência de factores físicos e psicossociais. Consequentemente, o limiar de dor varia de um indivíduo para outro e, num mesmo indivíduo, também varia conforme a ocasião. Isto explica que o ambiente

envolvente possa ser susceptível de afectar a percepção da dor e especificamente o nível de tolerância à dor (limiar superior). Incluem intervenção no meio envolvente, nomeadamente: a diminuição ou eliminação dos estímulos negativos - o ruído, a luminosidade excessiva que são susceptíveis de agravar a dor; e a presença de objectos securizantes/significativos.

A utilização desta estratégia pelas/os enfermeiras/os consistiu na diminuição dos estímulos luminosos e auditivos apenas no momento do “Acordar da anestesia”, o que está relacionado com a importância que é dada pelas/os enfermeiros/as a um ambiente calmo, sem estimulação negativa, por forma a prolongar o estado de sonolência das crianças e a permitir-lhe melhor tolerância à dor.

B. Mães

Esta estratégia foi utilizada sobretudo com crianças que, de acordo com a sua percepção, apresentavam dor pouco significativa.

As mães intervieram no ambiente físico envolvente proporcionando às crianças o seu objecto significativo

A mãe dá-lhe a chupeta e a fralda de pano que ele de imediato coloca junto ao rosto enquanto chucha sofregamente (Mãe 2)

A mãe dá-lhe a sua ovelhinha de peluche, que ela mantém abraçada junto a si (Mãe 7)

A mãe dá-lhe o castor de peluche com que dorme em casa e ela agarra-o de imediato (Mãe 8)

Dá-lha a chupeta e ela chucha vigorosamente (Mãe 14)

Das quatro mães que utilizaram esta estratégia, três tinham tido entrevista de preparação para a cirurgia com a enfermeira da consulta, sendo a explicação das vantagens da presença do objecto significativo junto da criança no hospital, um dos aspectos contemplados na norma de cuidados de enfermagem na preparação da criança/pais para a cirurgia.

A idade das crianças com as quais as mães utilizaram esta estratégia variou entre os 5 e os 7 anos. Tal como refere Wong (1999) não são só as crianças mais pequenas mas também as mais velhas que beneficiam da presença destes objectos que os ajuda a sentirem-se mais confortáveis num ambiente estranho, diminuindo a sua percepção da dor.

A presença de objectos significantes junto da criança é pois também outra das formas de intervir no ambiente envolvente. Estes objectos (tais como: um cobertor, um brinquedo, uma chupeta, um biberon, uma peça de vestuário, ou outro) possibilitam a ligação da criança com o ambiente familiar, dando-lhes conforto e tranquilidade, o que por consequência, possibilita que haja um aumento do seu nível de tolerância à dor (AHCPR, 1992; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997; Wong, 1999).

Comparativamente, as/os enfermeiras/os e as mães usaram-na no momento do “Acordar da anestesia”. O tipo de intervenção que cada uma exerceu no ambiente diferiu, o que se relacionou com o domínio do mesmo. Enquanto as/os enfermeiras/os promoveram um ambiente envolvente mais calmo diminuindo os estímulos luminosos e auditivos, evitando assim a estimulação negativa da criança, algumas mães proporcionaram-lhes os seus objectos significativos para lhes dar conforto, segurança e permitir uma aproximação ao ambiente familiar.

Proporciona conforto físico

A. Enfermeiras/os

Vimos que, no momento do “Acordar da anestesia” a quase totalidade das/os enfermeiras/os utilizou esta estratégia com as crianças em quem perceberam dor significativa e com quase metade das que apresentavam dor pouco significativa.

No momento do “Iniciar líquidos” utilizaram-na exclusivamente com cinco crianças operadas a por diagnósticos de cirurgia geral: hérnia Inguinal, hidrocelo, hérnia Umbilical e fimose, independentemente da percepção da intensidade da dor.

Nesta subcategoria foram incluídos todos os cuidados que visaram aumentar o conforto físico da criança.

Foram observadas duas maneiras de proporcionar o conforto físico, comuns aos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”:

I - Ajudar a criança na mobilização foi mais utilizada ao “Acordar da anestesia”

Posiciona-o lateralmente (E 3)

Como tem dificuldade em mobilizar-se, a enfermeira ajuda-a a posicionar-se em decúbito lateral direito (E 29)

No momento “Iniciar líquidos” foi utilizada essencialmente pelas/os enfermeiras/os e consistiu, a maioria das vezes, em ajudar a criança a adquirir a posição sentada ou semi-sentada a fim de iniciar a ingestão de líquidos

(Por ele referir dor ao nível da sutura abdominal) a enfermeira eleva-lhe a cabeceira da cama para o ajudar na mobilização.(E5)

A enfermeira eleva-lhe o plano da cabeceira da cama para ela iniciar os líquidos sem necessidade de se mobilizar muito (E13)

Ajuda-o a sentar-se na cadeira (E20)

Leva-o de cadeira de rodas à sala de actividades(E 23)

II - Aconchegar a roupa utilizada sobretudo ao “Acordar da anestesia” muitas vezes associada à ajuda na mobilização

Coloca-lhe cobertores na cama por ele estar com tremores (E11)

Observámos também uma maneira de proporcionar conforto físico utilizada exclusivamente no momento do “Acordar da anestesia”

III - Humedecer a mucosa oral, para diminuir o desconforto da sede que ocorre no pós-operatório imediato

Por referir sede a enfermeira molha-lhe os lábios (E3)

Como referisse que tinha os lábios secos, a enfermeira molha-lhe os lábios com uma espátula montada (E 20)

Estas são estratégias sensoriais que inibem os estímulos nociceptivos, activam os mecanismos internos de inibição da dor (Burr, 1988; McCaffery e Beebe, 1997) e ajudam no conforto e na diminuição da dor da criança (Burr, 1988). De acordo com Vessey e Carlson (1996), a utilização desta estratégia é recomendada em todos os grupos etários ao longo do ciclo de vida.

Das medidas de conforto físico, a mais utilizada foi o “posicionamento/ajuda na mobilização”, que no momento do “Acordar da anestesia” foi usada indiferentemente do tipo de cirurgia. O mesmo já não aconteceu no momento do “Iniciar líquidos”, em que foi utilizada exclusivamente com as crianças submetidas a cirurgia geral.

Estas crianças têm grande dificuldade na mobilização, facto que está relacionado com o envolvimento directo dos músculos abdominais neste tipo de cirurgias. O simples recostar ou sentar para iniciar a ingestão de líquidos funciona como um estímulo capaz de

desencadear ou agravar a dor, daí a ajuda na mobilização ser exclusivamente usada com estas crianças no momento “Iniciar líquidos”.

B. Mães

Esta estratégia foi pouco utilizada pelas mães nos dois momentos de avaliação, independentemente da percepção de dor.

As medidas de conforto físico proporcionado pelas mães consistiram em:

I - Ajudar a criança na mobilização

Ajuda-o a posicionar-se (Mãe 5)

Ajuda-a a sentar-se na cadeira (Mãe 20)

II - Aconchegar a roupa da cama, geralmente associada à ajuda na mobilização

Aconchega-lhe a roupa para ela dormir após ter bebido (Mãe22)

Aconchega-lhe a roupa junto ao corpo (Mãe 26)

As mães usaram pouco a ajuda na mobilização, o que, de acordo com a nossa experiência, está relacionado com o facto de se sentirem pouco à vontade neste tipo de cuidado, sobretudo nas crianças submetidas a cirurgia abdominal subdiafragmática ou da parede abdominal, já que, como referimos, há envolvimento dos músculos abdominais naquele tipo de cirurgias e, conseqüentemente, as mães têm medo de magoar os filhos ou de interferir no seu tratamento. Assim, este tipo de estratégia foi quase exclusivamente usada pelas enfermeiras nesta situação específica de pós-operatório.

Comparativamente, as/os enfermeiras/os usaram mais esta estratégia do que as mães. As formas de proporcionar conforto físico foram semelhantes: as/os enfermeiras/os usaram “Humedecer a mucosa oral” e as mães não usaram.

A forma de proporcionar conforto físico mais utilizada pelas enfermeiras/os foi o “posicionamento/ ajuda na mobilização”, que no momento do “Acordar da anestesia” foi utilizada, indiferentemente do tipo de cirurgia. O mesmo já não aconteceu no momento do “Iniciar líquidos”, em que foi utilizada exclusivamente com as crianças submetidas a cirurgia geral. Contrariamente, as mães usaram pouco a “ajuda na mobilização”.

Envolve a mãe no processo de controlo da dor do filho

Como vimos, esta estratégia foi utilizada apenas pelas/os enfermeiras/os em ambos os momentos de avaliação, mas sobretudo no momento “Acordar da anestesia”.

Esta estratégia foi usada sobretudo com as crianças a quem perceberam dor significativa. O envolvimento das mães foi feito de vários modos:

I - Dando-lhes informação sobre o estado dos filhos

Fala com aos pais, diz-lhes que a cirurgia correu bem e que ele vai dormir (E6)

Explica à mãe o motivo dos tremores que ele apresenta (E11)

Explica à mãe o circuito desde a cirurgia até à alta, informa-a sobre o ritmo de introdução dos líquidos (E17)

Fala com a mãe e diz-lhe que ela fez analgésico que vai fazer efeito (E24)

II - Estimulando-as a darem conforto afectivo aos filhos

Diz à mãe para lhe dar a mão como ele tinha pedido (E3)

Coloca-o ao colo da mãe e ficam recostados no cadeirão (E3)

Diz à mãe para falar com ele, uma vez que ele está muito agitado e queixoso (E11)

III - Proporcionando-lhes que colaborem nos cuidados aos filhos

Explica-lhe que trouxe uma espátula montada para hidratar os lábios do seu filho uma vez que ele referia ter sede. Molha-lhe os lábios e pergunta à mãe se quer colaborar neste cuidado e como ela responde positivamente, então explica-lhe como o fazer (E20)

Explica à mãe como limpar as secreções sanguinolentas e quando e como irá iniciar líquidos (E21)

Após ter perguntado à criança quem é que ela queria que lhe pusesse o supositório a enfermeira passou esse cuidado para a mãe(E29)

No momento “iniciar líquidos”, esta estratégia foi utilizada quase exclusivamente com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico (excepto uma) independentemente da percepção de dor, consistindo em proporcionar-lhes colaboração nos cuidados aos filhos:

- dar-lhes a água ou o gelado (nas crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico)

A mãe dá-lhe o gelado, após a enfermeira lhe ter perguntado se o queria dar (E10)

A mãe acaba de lhe dar o gelado, após ter concordado fazê-lo(E15)

- colocar-lhe o supositório (numa criança operada a Hérnia umbilical)

Pergunta à mãe se quer colocar o supositório no filho e ela responde que sim (Mãe 7)

A presença e o envolvimento dos pais deve ser encorajada e é essencial porque as crianças se sentem mais seguras e demonstram a dor mais facilmente (AH CPR, 1992).

São os pais que habitualmente cuidam dos filhos e, de modo geral, querem ser envolvidos no alívio da sua dor (Watt-Watson et al, 1991 cit. por Caty et al, 1995). Os pais devem ser encorajados a permanecer junto à cabeceira dos seus filhos falando-lhes suavemente. O ensino de técnicas não-farmacológicas aos pais, podem ser usadas para os confortar durante os episódios de dor aguda.

Quando os pais são incluídos nos cuidados aos filhos, eles têm a certeza de que são um factor que contribui para a sua recuperação, o que lhes dá maior capacidade emocional, não só para lidar com a situação, como também para apoiar os filhos durante a crise circunstancial, que é a cirurgia programada. São habitualmente as mães que cuidam das crianças mas, nem todas se sentem bem em assumir a responsabilidade por alguns cuidados aos filhos. Algumas podem estar sob stress emocional e podem necessitar de algum tempo até conseguirem participar nos cuidados, enquanto outras podem sentir insegurança na participação em áreas especializadas de cuidados. Torna-se, então, necessário avaliar em que cuidados as mães querem participar e, de acordo com Johnson, Jeppson e Redburn (1992, cit. por Wong, 1999), devem ser preparadas e apoiadas na realização desses cuidados.

As enfermeiras da nossa amostra, antes de envolverem as mães nos cuidados aos filhos perguntavam-lhes se queriam colaborar e, após o seu consentimento, explicavam-lhes como fazer. As mães foram envolvidas nos seguintes cuidados: dar água, gelado ou colocar supositório, cuidados que, de acordo com as enfermeiras/os, podiam ser realizados pelas mães, mas sempre com o seu apoio.

O facto de ser a mãe a prestar os cuidados diminui a ansiedade da criança perante uma pessoa estranha, dá-lhe mais segurança, permite-lhe demonstrar a dor mais facilmente o que, consequentemente, contribui para um aumento do nível de tolerância à dor (AH CPR, 1992; Rodrigues, 1997; Schechter, 1997; Wong, 1999).

Proporciona distracção

A. Enfermeiras/os

Esta estratégia foi utilizada com três crianças, apenas no momento “Iniciar líquidos”, independentemente da percepção da intensidade da dor.

As formas que as enfermeiras encontraram para distrair as crianças não implicaram a sua permanência junto da criança nem o seu envolvimento directo:

I - Proporciona visualização de programas de TV

A Enfª leva-o à sala de actividades para ele visualizar um programa de desenhos animados na TV (E2)

(Como estava muito queixoso e renitente a comer o gelado), a Enfª liga a TV e ele vai-se distraíndo vendo desenhos animados (ao mesmo tempo a Enfª ia dizendo quanto lhe faltava comer de gelado) (E21)

II - Proporciona assistência a espectáculo lúdico

Transporta-o de cadeira de rodas à sala de actividades para assistir ao espectáculo de palhaços (E23)

A distracção é uma estratégia cognitivo-comportamental que combina actividades cognitivas e físicas que alteram ou suprimem a sensação dolorosa (Burokas, 1985; Hamers et al, 1994; Pederson e Harbaugh, 1995; Vessey e Carlson, 1996).

Como vimos na Revisão bibliográfica, existem diversas formas de distrair, tais como: dizer à criança para apertar a nossa mão ou a dos pais; conversar com a criança sobre o seu animal de estimação, a família, a escola, os amigos, os seus interesses, coisas engraçadas, ou cenas agradáveis; contar ou ler histórias; jogar um jogo; utilizar rádio, gravador e TV para a criança ouvir música e ver desenhos animados ou filmes.

Em geral, as formas que são utilizadas para distrair as crianças aumentam a actividade da criança, diminuem a ansiedade e reduzem os comportamentos mal adaptativos de coping, ao mesmo tempo que melhoram os comportamentos adaptativos de coping (McGrath et al, 1990 cit. por Vessey e Carlson, 1996).

No caso da nossa amostra, a distracção proporcionada não aumentou a actividade física da criança, mas permitiu desviar a sua atenção da situação dolorosa.

Apesar de ter sido pouco utilizada, encontrámos, à semelhança de outras investigadoras, que a distração foi a estratégia específica mais utilizada pelas enfermeiras da nossa amostra (Burokas, 1985; Hamers et al, 1994; Pederson e Harbaugh, 1995; Vessey e Carlson, 1996).

B. Mães

No momento “Acordar da anestesia” utilizaram-na com apenas quatro crianças, enquanto que, no momento “Iniciar líquidos”, foi utilizada com quase todas as crianças, independentemente da sua percepção da intensidade da dor.

Algumas formas de distração utilizadas pelas mães no momento “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos” implicaram o seu envolvimento directo/participação, nomeadamente:

I - Conversar sobre assuntos diversos foi a forma de distração mais utilizada pelas mães, sobretudo no momento “Iniciar líquidos”

Conversa com ele sobre os seus brinquedos e também sobre crianças que ele conhece (Mãe 2)

A mãe conversa com ela enquanto ela brinca com o seu telefone (Mãe 12)

Conversa e ri com a mãe e avó. Ele diz que tem fome e a mãe diz-lhe que amanhã ele ainda não pode comer de tudo, ele muito surpreendido pergunta porquê? A mãe ri porque diz que está a brincar com ele (Mãe 18)

A mãe acompanha-a, falando-lhe sobre factos da vida quotidiana e ela vai respondendo bem disposta e sorridente (Mãe 27)

A mãe fala-lhe em tom de voz muito baixo à medida que lhe dá a água (Mãe 28)

II - Contar histórias/ ler livros

Conta-lhe história a seu pedido e ele ouve-a com muita atenção (Mãe 2)

Lê com ele um livro com desenhos e legendas em português e chinês (Mãe 6)

Inicia a leitura de uma história e ele fica com fâcias progressivamente mais positivo (Mãe 11)

Permanece junto dele falando com ele... conta-lhe a história dos carneirinhos (Mãe 18)

Conta-lhe uma história e ele adormece (Mãe 21)

Está junto dele e lê-lhe um livro (Mãe 23)

A mãe recosta-se na cama perto dele e lê-lhe livro de banda desenhada (Mãe 23)

Encontrámos ainda no momento “Iniciar líquidos” outras formas de **Proporcionar distração** que não implicaram tanto a participação/envolvimento directo das mães, tais como:

III - Oferecer brinquedos

Dá-lhe um brinquedo novo que ele imediatamente começa a explorar (Mãe 5)

A mãe ajuda-o a retirar da caixa e a desapertar as braçadeiras que seguram o carro telecomandado (Mãe 20)

IV – Proporcionar que desenhe, utilizado com uma criança, que segundo a mãe, apresentava dor pouco significativa

Após perguntar ao filho se quer pintar, dá-lhe o material que trouxe de casa e ela senta-se na cama a escrever e a pintar (Mãe 14)

Constatámos que as mães utilizaram sobretudo formas de distrair as crianças que implicaram também o seu envolvimento. Apercebemo-nos que a sua escolha dependeu do sucesso que obtiveram com essas formas de distração, em situações dolorosas vividas anteriormente pelas crianças.

Independentemente de terem percepcionado nas crianças dor significativa ou não, as mães proporcionaram distração com dois objectivos distrair a atenção da criança da dor, aumentando assim o seu limiar de tolerância e manter a criança ocupada.

Comparativamente, as enfermeiras usaram esta estratégia apenas no momento “Iniciar líquidos”, enquanto as mães a usaram nos dois momentos, mas sobretudo no momento “Iniciar líquidos”. As formas de distrair proporcionadas pelas/os enfermeiras, não implicaram a sua participação na aplicação da estratégia. As mães utilizaram formas de distração que não implicaram a sua participação, mas usaram outras em que elas próprias participavam. Estas diferenças de actuação, relacionaram-se com o papel desempenhado pelas/os enfermeiras/os e pelas mães conforme o contexto, o tempo disponível e o conhecimento acerca do que distrai a criança.

Respiração profunda

Consiste em pedir à criança para respirar profundamente, inspirando pelo nariz e expirando lentamente pela boca. Podemos ajudar a criança na sua aplicação, respirando conjuntamente com ela.

É uma estratégia que pode ser usada em dores episódicas, tais como: a dor pós-operatória e também as dores decorrentes de procedimentos (Vessey e Carlson, 1996). Permite simultaneamente diminuir a ansiedade, promover relaxamento e distrair a criança do estímulo doloroso, o que, conseqüentemente, diminui a percepção da dor.

Apenas uma enfermeira utilizou esta estratégia no momento “Iniciar líquidos” durante o primeiro levante para o cadeirão de uma criança operada a Hérnia Inguinal que, de acordo com a sua percepção, tinha dor significativa. A enfermeira utilizou-a conjuntamente com a criança como forma de estimular a sua aplicação.

Contrato comportamental informal

Esta estratégia foi apenas identificada no momento “Iniciar Líquidos” .

A. Enfermeiras/os

Utilizaram-na apenas no momento “Iniciar Líquidos” com uma criança de 7 anos operada a amigdalectomia que, segundo a percepção da enfermeira, tinha dor significativa

Explica-lhe que ela vai beber água gelada e de seguida comer gelado. A menina responde-lhe que não gosta de gelado, então a Enf.ª combina com ela que se beber a água toda lhe dá leite em vez de gelado (E22)

Esta criança que, de acordo com a enfermeira tinha dor significativa, ia iniciar a ingestão de alimentos líquidos (água e gelado), mas não gostava de gelado. Então, a enfermeira combinou com ela que se bebesse toda a água gelada, em vez do gelado dava-lhe leite. Ela cumpriu e a enfermeira também.

De acordo com Wong (1999), reforçar a cooperação da criança com uma recompensa quando o contrato estabelecido é alcançado constitui uma das estratégias específicas que pode ser utilizada com crianças de 4 - 5 anos ou mais.

De facto, é como se estabelecêssemos uma negociação com a criança em que existe confiança entre ambas as partes. Geralmente, consegue-se fechar o “negócio” e a criança sai beneficiada, pois, deste modo, tem algum poder de decisão sobre si e sobre a situação, é estimulada a tolerar níveis superiores de dor, conseguindo com êxito ultrapassar um determinado procedimento a que tem de ser submetida.

B. Mães

Esta estratégia foi também utilizada pela mãe de uma criança de 5 anos submetida a amigdalectomia que, de acordo com a sua percepção, tinha dor significativa durante a ingestão de líquidos

Disse-lhe que ele é forte e que, se comer tudo, lhe compra um jogo para game boy (Mãe 28)

As variações da experiência dolorosa entre as pessoas devem-se a "limiares de dor" diferentes.

Esta criança estava com dor e queixava-se cada vez que a mãe lhe dava uma colherada de gelado. A utilizar esta estratégia, a mãe estimulou-a a tolerar a dor e a comer todo o gelado.

Neste caso, a estratégia utilizada incentivou a criança a suportar níveis de estimulação dolorosa superiores, sendo assim atingido o limiar da tolerância com encorajamento.

3.2.6 - Síntese final dos resultados das observações

A **análise das observações** permitiu-nos conhecer as *estratégias não-farmacológicas* utilizadas pelas/os enfermeiras/os e mães, susceptíveis de aliviar a dor pós-operatória das crianças. Vimos as principais semelhanças e diferenças existentes entre as *estratégias não-farmacológicas* usadas por ambas, nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”, e também, tomamos conhecimento dos aspectos específicos de cada uma delas.

Em suma, como vimos, tanto as *enfermeiras/os* como as *mães* utilizaram essencialmente *Estratégias Gerais*, mas privilegiaram estratégias diferentes. No momento “Acordar da anestesia” - as enfermeiras privilegiaram a Intervenção no ambiente físico envolvente, o Envolvimento da criança no processo de controlo da dor, as Medidas de conforto físico e o Envolvimento da mãe no processo de controlo da dor do filho (específica das/os enfermeiras/os), enquanto as mães privilegiaram a Permanência junto da criança, as Medidas de conforto afectivo (essencialmente usadas pelas mães) e o Envolvimento da criança no processo de controlo da dor. Isto é, as/os enfermeiras/os actuaram mais ao nível sensorial e as mães ao nível afectivo. Umas e outras envolveram a criança no

processo de controlo da dor. Pensamos que o amplo recurso a esta estratégia cognitiva neste momento de observação, considerado pela maioria das/os enfermeiras/os e das mães como sendo muito doloroso para as crianças, teve como objectivo mobilizar a compreensão das crianças, dando-lhes alguma informação por forma a alcançarem algum controlo da dor. Constatámos muitas vezes que estas estratégias foram utilizadas em associação e de modo quase simultâneo.

No momento “Iniciar líquidos” – ambas continuaram a privilegiar as *Estratégias Gerais*: Envolvimento da criança no processo de controlo da dor (as/os enfermeiras/os) e a Permanência junto da criança (as mães). Mas as mães recorreram também à *Estratégia Específica* Distracção utilizada com a maioria das crianças.

Quanto às *Estratégias Gerais*, vimos que existem algumas diferenças entre as usadas pelas enfermeiras/os e mães, assim como aspectos específicos a cada uma delas que passaremos a resumir .

A **Intervenção no ambiente físico envolvente**, foi usada sobretudo pelas/os enfermeiras/os, no momento do “Acordar da anestesia”. As formas de intervenção diferiram entre as/os enfermeiras/os e as mães, o que esteve relacionado com o domínio que detinham sobre o ambiente. Enquanto as enfermeiras/os promoveram um ambiente envolvente mais calmo, “diminuindo os estímulos luminosos e auditivos” por forma a prolongar o estado de sonolência das crianças após terem despertado da anestesia, evitando a estimulação negativa da criança e uma melhor tolerância da criança à dor; algumas mães fizeram-lhes chegar os seus “objectos significantes”, como meio de lhes proporcionar conforto, segurança e uma aproximação ao ambiente familiar.

Quanto à estratégia **Permanece junto da criança**, constatámos ter sido utilizada por todas as mães que estiveram permanentemente junto aos filhos no pós-operatório. A permanência da mãe no hospital confere à criança identidade e estatuto social e ajuda-a a integrar a experiência de dor de modo mais positivo. Esta estratégia foi usada pelas/os enfermeiras/os sobretudo no momento *Iniciar líquidos* e apenas com crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico, sendo que, neste caso, o foi com todas as submetidas a amigdalectomia, o que na nossa opinião se relacionou não só com o facto de nestas crianças a ingestão de líquidos ser considerada um procedimento doloroso, mas também, por constituir um tratamento fundamental para a diminuição do edema e para a cicatrização da zona operada. A permanência das/os enfermeiras/os junto da criança

durante este procedimento doloroso teve como objectivo dar-lhes confiança ajudando-a durante a ingestão dos líquidos e, simultaneamente, levar a bom termo aquele tratamento. No que se relaciona com a estratégia **Proporciona conforto afectivo**, vimos que foi mais utilizada pelas mães, o que se prende com o papel de mãe, como aquela que confere afecto e segurança emocional à criança. As formas de dar conforto afectivo mais usadas por ambas foram o “acariciar” e o “abraçar”. As/os enfermeiras/os usaram ainda o “toque” quando a sua percepção foi de dor pouco significativa, (que as mães não utilizaram) enquanto algumas mães que perceberam dor significativa na criança usaram formas de contacto corporal mais íntimas: “dar a mão”, “beijar” e “colocar ao colo” (que as enfermeiras não usaram). Apercebemo-nos da espontaneidade e da autenticidade dos gestos das/os enfermeiras/os no conforto destas crianças, gestos que foram aceites pelas crianças com naturalidade, constituindo uma verdadeira interacção entre elas. Também o modo espontâneo dos gestos das mães revelou-nos que esta é uma estratégia que utilizam habitualmente quando os filhos têm dor. Embora raras vezes, houve casos de mães que tiveram de ser estimuladas pelas/os enfermeiras/os a utilizar esta estratégia, o que nos pareceu estar relacionado com o receio que aparentavam (e algumas mesmo expressavam) de poder magoar os filhos acabados de operar ou de interferir no tratamento.

A estratégia **Proporciona conforto físico** foi mais utilizada pelas/os enfermeiras/os do que pelas mães, mas as formas de proporcionar esse conforto foram semelhantes. Enfermeiras/os usaram “umedecer a mucosa oral” que mães não usaram. O “posicionamento/ajuda na mobilização” foi a forma de proporcionar conforto físico mais utilizada pelas enfermeiras/os, tendo sido no momento “Iniciar líquidos” usada exclusivamente com crianças submetidas a cirurgia geral durante a mobilização para adquirir a posição de sentada, necessária para iniciar a ingestão dos líquidos. Esta forma de proporcionar conforto físico revelou-se-nos mais específica dos cuidados de enfermagem, por a criança se encontrar no pós-operatório imediato e a mobilização envolver alguns músculos abdominais da região da sutura operatória. As mães usaram raramente a “ajuda na mobilização”, o que, de acordo com as nossas observações e com a nossa experiência, se relaciona com o facto de se sentirem pouco à vontade neste tipo de cuidado, bem como, por terem medo de magoar a criança recentemente operada.

Quanto à estratégia **Envolve a criança no processo de controlo da dor**, vimos que as/os enfermeiras/os e mães usaram formas semelhantes de envolvimento da criança. As/os enfermeiras/os utilizaram “mostrar o local operado” e dar “orientação antecipatória em

relação a alguns acontecimentos do pós-operatório”, que as mães não utilizaram. Estas duas formas de envolvimento das crianças, utilizadas apenas pelas/os enfermeiras/os, são específicas dos cuidados de enfermagem, isto é, fazem parte do seu corpo de conhecimentos e da sua área de competência. Também verificámos que, durante o momento “Iniciar líquidos”, apenas as enfermeiras/os “orientaram o comportamento da criança perante a dor” *durante a ingestão de líquidos* nas crianças submetidas a HAVA (amigdalectomia e adenoidectomia). Pensamos que, pelo facto de nestas crianças o local operado estar directamente envolvido com o processo de ingestão de líquidos (considerado doloroso), as mães não se sentiram aptas a orientá-las, tendo sido específica dos cuidados de enfermagem àquelas crianças.

Quanto à estratégia **Envolve a mãe no processo de controlo da dor do filho**, constatámos que uma das formas de envolver as mães, usada nos dois momentos de observação, foi “proporcionar-lhes que colaborassem nos cuidados aos filhos”, estratégia que, no momento “Iniciar líquidos” foi quase exclusivamente usada com as mães das crianças submetidas a cirurgias do foro otorrinolaringológico. Como vimos, o momento da ingestão de líquidos, foi considerado, nestas crianças, muito doloroso e ao proporcionarem que as mães lhes dessem a água e o gelado, contribuíram para aumentar o nível de tolerância da criança à dor. As enfermeiras da nossa amostra, envolveram as mães nos cuidados após o seu consentimento e explicação sobre os mesmos, permanecendo com elas durante o seu desenvolvimento. Verificámos que as mães se sentiam úteis por ajudarem os filhos e que as crianças queriam que fossem as mães a dar-lhes aqueles alimentos, o que nos parece ter-lhes dado maior segurança e permitido demonstrar a dor mais facilmente.

Das *Estratégias específicas*, a **Distracção** foi a mais utilizada por enfermeiras/os e mães. Enquanto as formas de distrair proporcionadas pelas/os enfermeiras não implicaram o seu envolvimento e permanência junto da criança, consistindo, basicamente, em proporcionar-lhes que vissem “programas infantis na televisão”, ou que assistissem a “espectáculo de palhaços” (o que ocorreu com uma criança), as mães, além de utilizaram formas que não implicaram o seu envolvimento (“oferecer brinquedos” e “proporcionar que desenhe”), utilizarem outras em que elas próprias participavam (“conversar” e “contar histórias/ ler livros”). Estas diferenças de actuação relacionaram-se com o papel desempenhado pelas/os enfermeiras/os e pelas mães no contexto, com o tempo disponível e com o conhecimento das mães acerca do que distrai a criança. A larga utilização desta estratégia pelas mães no momento “Iniciar líquidos”, pensamos estar relacionada com o

facto das crianças apresentarem menos comportamentos relacionados com dor (tais como: agitação motora, comportamento de defesa, choro), ou estarem mais despertas e já conseguirem sentar-se na cama.

Comparativamente com as descritas na literatura, o leque das estratégias não-farmacológicas, sobretudo das específicas, usadas pelas/os enfermeiras/os do nosso estudo, é mais restrito. Este facto já tinha sido encontrado em outros estudos (Ferrell et al, 1991 cit. por Sullivan, 1994); Hamers et al, 1994). Uma das explicações para a pouca utilização das estratégias específicas com as crianças da nossa amostra pode estar relacionada com o facto de as crianças se encontrarem no período pós-operatório imediato, e, portanto, estarem sonolentas, não sendo benéfica a sua estimulação, mas sim proporcionar-lhes um ambiente calmo e envolvente física e afectivamente, que lhes permita voltar a dormir após ter acordado da anestesia. No entanto, estamos conscientes que outra das explicações, reside no facto de poucas enfermeiras serem conhecedoras e estarem familiarizadas com as estratégias não-farmacológicas e seus efeitos, sobretudo as estratégias específicas.

4 - CONCLUSÃO

Para a Associação Internacional para o estudo da Dor (IASP), a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou virtual ou descrita nesses termos. A importância desta definição reside na justaposição dos termos “sensorial e emocional”. A relação entre o sensorial e o emocional no seio da dor é extremamente estreita, sem que haja predominância de uma sobre a outra e sem que haja relação de causalidade de uma sobre a outra. Esta definição é válida para a criança.

A dor é um dos principais factores causadores de stress ao longo de toda a idade pediátrica. As crianças são particularmente vulneráveis à dor porque esta representa uma mudança do seu estado habitual de bem estar, porque o seu pensamento em relação à dor está em construção, e também porque possuem um número limitado de mecanismos de adaptação para enfrentar e superar a dor, isto é, os seus mecanismos de lidar com a dor (coping) são limitados (Whaley e Wong, 1989).

A gestão efectiva da dor da criança é da responsabilidade dos profissionais de saúde e está dependente da sua capacidade para diagnosticar com precisão a existência da dor e avaliar a sua intensidade. Sendo uma responsabilidade multidisciplinar, compete em particular aos profissionais de enfermagem a avaliação da dor, pois são os profissionais que mais tempo permanecem junto da criança, e que com ela têm maior frequência de contactos.

Sem avaliação da dor, não é possível o seu controlo.

Os estudos têm demonstrado que, independentemente dos instrumentos utilizados e do grau de correspondência entre as medições das crianças e dos seus próximos, os adultos tendem a subestimar a dor moderada a intensa na criança.

A dor pós-operatória é aguda, resulta de dor na zona operada, tem intensidade máxima nas primeiras 48 horas e cede em geral ao terceiro dia. Assim, a dor pós-operatória é programável no tempo pelos prestadores de cuidados, podendo ser prevenida. Está descrito que o tratamento da dor pós-cirúrgica diminui o stress cirúrgico, promove a cura, previne a ansiedade e o pavor de procedimentos futuros. Nesta perspectiva, o seu tratamento implica uma abordagem bio-psico-social que tem como objectivo promover atitudes e comportamentos de ajustamento à dor, contribuindo para uma melhor

participação da criança no processo de tratamento e para uma atitude e comportamentos mais positivos em relação a cuidados de saúde futuros. Devem ser usados dois tipos de intervenções: as estratégias não-farmacológicas, que incluem a estimulação sensorial e as medidas cognitivo-psicológicas; as estratégias farmacológicas, que incluem os analgésicos e outro tipo de fármacos. A utilização conjunta destas estratégias permite um aumento da sua eficácia.

Apesar do alívio da dor ser um valor ético fundamental, a terapêutica da dor continua a ser um dos aspectos dos cuidados de saúde muito mal tratado, especialmente no que se refere às crianças.

Realizámos um estudo descritivo, analítico e exploratório com o objectivo de *avaliar a intensidade da dor das crianças* (dos 5 aos 10 anos) no pós-operatório, no ponto de vista da sua auto-avaliação e das avaliações das mães e enfermeiras/os (componente cognitiva) e da investigadora (componente comportamental), pois quisemos *saber se existia subavaliação da dor das crianças por parte dos próximos*.

Pretendemos também identificar se *T.A sistólica pós-operatória* (componente fisiológica) se correlacionava com a *intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças* (componente cognitiva).

Quisemos igualmente constatar se a *intensidade da dor* pós-operatória auto-avaliada pelas crianças variava conforme os *diagnósticos cirúrgicos* a que tinham sido submetidas, e ainda, se a auto-avaliação da *intensidade da dor* variava conforme a sua *idade*.

Adicionalmente, pretendemos conhecer os *critérios utilizados na avaliação da dor das crianças* pelas/os enfermeiras/os e mães, e no caso das/os enfermeiras/os, quais os que estiveram *na base da sua decisão para administrar analgésico*; finalmente, quisemos identificar *as estratégias não-farmacológicas* usadas por enfermeiras/os e mães, susceptíveis de aliviar a dor pós-operatória da criança.

Utilizámos uma amostra não probabilística de conveniência constituída por 30 crianças, 30 mães e 29 enfermeiras/os. A média de idades das crianças foi 7,2 anos. O grupo etário com maior representatividade foi o dos “5,6,7 anos” (20), comparativamente com o grupo dos “8,9,10 anos” (10). A maioria das crianças (19) pertencia ao sexo masculino. Dois terços das crianças (20) foram operadas por diagnósticos de cirurgia geral (Hérnias Inguinais e Umbilicais, Hidrocelo e Fimose) e um terço (10) por diagnósticos de cirurgia otorrinolaringológica (HAVA, VA, VA/tubos).

Seleccionámos para local de estudo a organização de saúde onde exercemos a nossa actividade profissional, Hospital Pediátrico Central da cidade de Lisboa, para conhecermos como é feita a gestão da dor da criança e mais especificamente conhecer as capacidades dos próximos, na avaliação da dor pós-operatória das crianças.

Definimos como variáveis dependentes a *intensidade da dor pós-operatória* e a *variação da tensão arterial* (relativamente à *intensidade da dor*). Como variáveis independentes: *avaliadores da dor* (crianças, mães, enfermeiras/os e investigadora), *momentos de avaliação da dor* (Acordar da anestesia, Iniciar líquidos, Antes e Uma hora após a administração do analgésico, Primeira micção e Antes da alta); *idade das crianças* (5,6,7 anos e 8,9,10 anos) e o *diagnóstico cirúrgico* (H.I, H.U, Hid, F e HAVA, V.A, V.A/tubos), *analgesia pós-operatória* (Paracetamol rectal e Metamizol magnésico rectal) e *intensidade da dor* (esta relativa à Pressão arterial).

As hipóteses que formulámos foram: a dor da criança no pós-operatório é subavaliada pelos próximos (enfermeiras/os, mães e investigadora) (1ª hipótese); a tensão arterial (T.A) está associada à intensidade da dor pós-operatória auto-avaliada pelas crianças; a auto-avaliação da intensidade da dor varia conforme os diagnósticos cirúrgicos a que foram operadas; a auto-avaliação da intensidade da dor das crianças varia conforme a sua idade.

Os instrumentos de colheitas de dados utilizados foram:

- *observação participante*, efectuada no pós-operatório, na Unidade de internamento para: recolher dados sobre a Intensidade da dor com a Escala das faces (às crianças, mães e enfermeiras/os) e com a escala comportamental CHEOPS (realizada por nós); também para medir a tensão arterial (T.A); e ainda, para observar as estratégias não-farmacológicas utilizadas por enfermeiras/os e mães no pós-operatório com as crianças;
- *entrevista centrada*, aplicada na Consulta Externa à criança e à mãe no dia da consulta de anestesia (para explicação do estudo, colheita de dados de identificação/informação e treino da escala das faces) e também na Unidade de internamento às mães e às/aos enfermeiras/os, no pós-operatório, após o momento de avaliação “Iniciar líquidos”, para conhecer os critérios em que se basearam para

avaliar a dor da criança e, no caso das/os enfermeiras/os, ainda após a administração de analgésico, para conhecer os critérios que estiveram na base da sua tomada de decisão para o administrar;

- *consulta do processo clínico* para conhecermos a prescrição analgésica para o pós-operatório.

Fizemos análise estatística dos dados de natureza quantitativa, decorrentes da avaliação da intensidade da dor, utilizando medidas de estatística descritiva (média, desvio padrão) e de estatística inferencial: ANOVA (Two-Way); ANOVA (One-way); teste t para duas amostras emparelhadas; teste não-paramétrico U de Mann -Whitney; e o R de Pearson. Fizemos análise de conteúdo temática dos dados de natureza qualitativa.

Vamos descrever os **principais resultados**.

a) a **avaliação da Intensidade da dor pós-operatória** na perspectiva da criança, mães, enfermeiras/os (avaliação da componente cognitiva) e investigadora (avaliação da componente comportamental), revelou-nos que:

- na maioria dos “momentos de avaliação”, as médias da Intensidade da dor pós-operatória, na percepção de todos os “grupos de avaliadores” (*grupo das crianças, grupo das mães, grupo das/os enfermeiras/os e investigadora*) foram elevadas, significando existir dor significativa nas crianças;
- entre o *grupo das mães e o da/os enfermeiras/os* existiram diferenças significativas nas médias de Intensidade da dor pós-operatória, apenas no momento *acordar da anestesia*, sendo o grupo das *mães* a atribuir pontuações superiores à dor das crianças;
- os momentos *acordar da anestesia, antes da administração do analgésico e 1^a micção* foram considerados os mais dolorosos para todos “os grupos de avaliadores”, enquanto que os outros foram considerados os menos dolorosos;
- apesar de, no momento *1 h após a administração do analgésico* ter ocorrido alívio da dor, as médias de Intensidade da dor do *grupo das crianças e das mães* revelaram que as crianças ainda sentiam dor significativa. Nenhuma criança atingiu o alívio completo da dor, significando ineficácia dos analgésicos não opióides (Paracetamol e Metamizol magnésico) usados no tratamento a dor pós-operatória experimentada pelas crianças;
- existiram correlações positivas fortes entre a avaliação da Intensidade da dor das crianças, mães, enfermeiras/os e investigadora, mas as mais fortes ocorreram entre as crianças e mães, seguidas das correlações entre as crianças com a investigadora;

- as *mães*, as *enfermeiras/os* e a *investigadora* avaliaram a Intensidade da dor das crianças significativamente mais baixa em relação à auto-avaliação das crianças, mas a média de Intensidade da dor que mais se aproximou da média das *crianças*, foi a das *mães*.

Deste modo, quanto à **1ª hipótese** formulada, encontramos que: **há diferença significativa entre as médias da Intensidade da dor pós-operatória avaliada pelas mães, enfermeiras/os e investigadora e as auto-avaliadas pelas crianças**, significando isto que os **avaliadores próximos da criança subavaliam a sua dor**, confirmando os resultados dos estudos consultados.

b) **não existe associação** entre as pontuações de **Intensidade de dor** auto-avaliadas pelas crianças (avaliação da componente cognitiva) e **as variações observadas nos valores da T.A sistólica** (avaliação da componente fisiológica) nos diferentes momentos de avaliação da dor no pós-operatório, o que está de acordo com o encontrado por outros investigadores.

c) as crianças dos **grupos etários** “5,6,7anos” e “8,9,10 anos” **não diferem significativamente entre si**, relativamente às médias da auto-avaliação da **Intensidade da dor** nos diferentes "momentos de avaliação", revelando que a escala das faces de Wong e Baker é usada de modo idêntico pelas crianças, confirmando os resultados dos estudos que defendem que as crianças a partir dos 5 anos têm competências para usar eficazmente uma escala de auto-avaliação modificada como a que utilizámos.

d) **existe diferença** entre a **Intensidade da dor** pós-operatória **auto-avaliada pelas crianças**, conforme os "**diagnósticos cirúrgicos**" a que foram operadas. As crianças operadas a *fimose*, *VA* ou *VA e tubos* auto-avaliam a intensidade da sua dor significativamente mais baixa em relação às operadas a *Hérnia Umbilical*, *Hérnia Inguinal* ou *Hidrocelo* e *HAVA* ou *HAVA e Fimose*.

e) os **critérios** privilegiados pelas/os enfermeiras/os e mães **na avaliação da dor pós-operatória das crianças** pertenceram à categoria *Comportamento da criança* (Expressão Corporal, Expressão verbal, Expressão facial, Expressão vocal, Estado de ânimo e Ingestão de alimentos). As mães, além de, também usaram essencialmente critérios

daquela categoria (Expressão verbal, Expressão facial, Expressão corporal, Estado de ânimo e Expressão vocal) usam ainda o critério *Comparação da reacção da criança à dor no pós-operatório com reacções a experiências dolorosas anteriores*, pertencente à categoria *Conhecimento do filho* (específica dos discursos das mães).

g) na **tomada de decisão para administrar analgesia**, as/os enfermeiras/os privilegiaram, à semelhança do verificado na *avaliação da dor*, **critérios** pertencentes à categoria *Comportamento da criança* (Expressão corporal, Expressão verbal, Expressão facial e Expressão vocal) e referem-se ainda ao seu *Conhecimento da analgesia* quando a sua avaliação da dor da criança os leva a administrar-lhe analgésico. Este último critério é específico dos discursos das enfermeiras/os.

Estes critérios pertencentes à categoria *Comportamento da criança* foram anteriormente apelidados por Hester (2000) de observações não-estruturadas. De facto, estas observações que as enfermeiras e mães fizeram para *avaliar a dor* são observações não-estruturadas, pois foram mais casuais que sistemáticas.

Quanto à riqueza da linguagem usada, de um modo geral, a das/dos enfermeiras/os é mais sofisticada, usa palavras e expressões de âmbito técnico que reflectem o modo habitual de comunicar entre profissionais sobre esta matéria; por seu lado, a linguagem das mães é mais simples, usa palavras e expressões comuns, que geralmente valorizam os aspectos emocionais e reflectem o seu modo de sentir a dor dos filhos.

f) quanto às **estratégias não-farmacológicas** constatámos que, nos momentos “Acordar da anestesia” e “Iniciar líquidos”, tanto as *enfermeiras/os* como as *mães* utilizaram essencialmente *Estratégias Gerais*, embora tenham privilegiado estratégias diferentes. As enfermeiras utilizaram sobretudo a Intervenção no ambiente físico envolvente, seguida do Envolvimento da criança no processo de controlo da dor, das Medidas de conforto físico e do Envolvimento da mãe no processo de dor do filho, enquanto que as mães privilegiaram a Permanência junto da criança, seguida das Medidas de conforto afectivo e do Envolvimento da criança no processo de controlo da dor. As/os enfermeiras/os actuam mais ao nível sensorial e as mães ao nível afectivo. Umas e outras envolveram a criança no processo de controlo da dor. No momento “Iniciar líquidos” as mães recorreram também à *Estratégia Específica* Distracção, utilizada com a maioria das crianças. As/os

enfermeiras/os quase não utilizaram estratégias específicas, no entanto, a mais utilizada foi a Distração.

De um modo geral, os resultados obtidos estão de acordo com a nossa previsão. Porém, consideramos uma exceção: apesar de existir subavaliação da dor da criança, ficámos surpreendidas com a forte correlação positiva existente entre a intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças e a avaliada pelas enfermeiras e também por nós. Tínhamos a ideia de que existia correlação entre a auto-avaliação das crianças e as avaliações das enfermeiras, e entre a auto-avaliação das crianças (componente cognitiva) e as nossas (componente comportamental), mas não prevíamos que fosse tão forte.

De acordo com os resultados obtidos, não podemos deixar de colocar a seguinte questão: Como é possível que os avanços existentes na gestão da dor não tenham ainda sido aplicados à gestão da dor da criança operada em cirurgia ambulatória? Dito de outra forma: Porque não é ainda reconhecida e gerida convenientemente a dor pós-operatória da criança operada em regime de cirurgia ambulatória?

De acordo com Fernandes (1996), a dor tem sido, na maior parte dos casos, uma preocupação periférica na organização de cuidados, o que, aliado à ausência de um pedido de responsabilidade em relação à prevenção e alívio da dor como acontece em relação a outros cuidados, contribui para que não constitua um problema prioritário.

À semelhança do recomendado pelo ministério da saúde (Plano Nacional de luta contra a dor), isto implica uma mudança institucional face a esta problemática. A constituição de uma equipa de gestão da dor aguda pós-operatória, o desenvolvimento de protocolos, o envolvimento dos enfermeiros na política de gestão da dor e a sua formação em relação a novas técnicas analgésicas, podem vir a ser, à semelhança do que acontece noutros países, a chave para o sucesso do controlo da dor pós-operatória nas crianças.

Durante a nossa pesquisa reconhecemos que existia nos profissionais de enfermagem, um desejo muito forte, de uma maior autonomia na gestão da dor da criança. Tendo em conta os resultados do nosso estudo, é tempo dos enfermeiros, no âmbito de uma equipa de dor, assumirem parte do dever e responsabilidade de melhorar a gestão da dor da criança, especificamente no que se relaciona com a avaliação da dor. Assim **propomos que:**

- haja uma responsabilidade repartida entre a enfermeira e criança na avaliação da dor e da eficácia das medidas de alívio, para se atingir êxito no controle da dor. Dada a especificidade da criança, é necessário sugerirmos que a avaliação da dor seja multidimensional .
- se utilizem escalas de auto-avaliação adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança. Constatámos que as enfermeiras dão também grande importância à Expressão verbal da criança sobre a dor. Vimos que a criança é capaz de avaliar eficazmente a intensidade da dor, se lhe for facilitada uma escala que a ajude na comunicação.
- se envolvam as mães no processo de avaliação da dor dos filhos. Vimos no nosso estudo, que as avaliações das mães ao correlacionarem-se fortemente com as dos filhos, fazem do seu papel um relé e um parceiro integrante ao lado dos prestadores de cuidados, com a finalidade de detectar melhor os sinais de dor da criança.
- se façam avaliações sistemáticas da dor pós-operatória com recurso a escalas comportamentais, que como vimos no nosso estudo se correlacionaram fortemente com a intensidade da dor auto-avaliada pelas crianças. Constatámos que as observações não-estruturadas do comportamento da criança foram a base da avaliação da dor realizada por enfermeiras/os e mães. Torna-se, então, necessário, que se introduzam na prática dos cuidados de enfermagem à criança as Escalas de hetero-avaliação da dor, que ajudam a sistematizar a observação dos comportamentos traduzindo-os numa pontuação, o que torna a dor mais objectiva para quem cuida da criança.
- se utilizem os parâmetros fisiológicos, não isoladamente, mas em associação, no âmbito de uma avaliação multidimensional da dor. No nosso estudo, a T.A não se correlacionou a níveis significativos com a intensidade de dor auto-avaliada pelas crianças.
- se façam os registos gráficos sistematizados da avaliação de dor, assim como, das respostas das criança às intervenções efectuadas - a dor é o quinto sinal vital, com vista a uma gestão contínua e eficaz da dor, independentemente de quem esteja a cuidar da criança.

- se comuniquem ao médico as conclusões das avaliações e a necessidade de alteração nos métodos de alívio da dor.

Com base nos resultados encontrados permitimo-nos fazer algumas **sugestões**.

No âmbito da formação:

- que nos currículos da licenciatura em enfermagem sejam dispensadas mais horas de formação à gestão da dor, nomeadamente, à clarificação de conceitos errados, à avaliação da dor e às estratégias farmacológicas e não-farmacológicas (sobretudo as cognitivo-comportamentais);
- que se dinamize a discussão de situações reais, vividas pelos estudantes nos períodos de ensinos clínicos, como meio de evidenciar e promover o papel destes profissionais de saúde como intervenientes no processo de controlo da dor das crianças com dor pós-operatória;
- que se enfatize, no ensino teórico e prático, a importância da gestão da dor da criança, no sentido dos enfermeiros assumirem o papel de seus defensores, podendo deste modo contribuir para alterar o presente estado de desresponsabilização pela dor da criança.

No âmbito da prática clínica:

- que se realizem acções de formação multidisciplinares, em que se discutam conhecimentos e crenças sobre a dor da criança e se treinem os aspectos da gestão da dor pós-operatória, nomeadamente, a avaliação e as estratégias de alívio, com recurso a métodos de estudo de caso;
- que se promova a discussão dos resultados encontrados neste estudo e em outros no mesmo âmbito, para consciencializar sobre verdadeira dimensão desta problemática.

Queremos salientar que, de acordo as recomendações do Plano Nacional de luta contra a dor do Ministério da Saúde (2001), para o controlo da dor aguda pós-operatória, o Conselho de Administração da organização onde se desenvolveu este trabalho, nomeou um Grupo de trabalho de luta contra a dor (2001), multiprofissional, com a incumbência de realizar protocolos de actuação e formação dos diferentes profissionais envolvidos no processo de gestão da dor pós-operatória da criança.

Pensamos divulgar este estudo junto dos profissionais de saúde da organização onde foi realizado, como também junto do referido grupo de trabalho, com a intenção de que

possam constatar da verdadeira dimensão da dor pós-operatória experimentada pela criança em regime de cirurgia ambulatória e da capacidade das crianças, das mães e das/os enfermeiras/os na avaliação da dor das crianças. Iremos também oferecer uma cópia ao centro de documentação desta instituição, para assim ficar acessível a todos os profissionais.

Para terminar, gostávamos de mencionar que tivemos prazer na realização desta pesquisa, não só porque a temática desde sempre nos interessou, mas também porque ficámos a conhecer melhor a nossa realidade, quanto à intensidade da dor experimentada pelas crianças e percebida pelas mães, enfermeiras/os e por nós próprios no pós-operatório da cirurgia ambulatória, quanto aos critérios utilizados na avaliação da dor da criança e na administração de analgesia (no caso das/os enfermeiras/os) e, finalmente, quanto às estratégias não-farmacológicas utilizadas.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABU-SAAD, H.H; POOL, H.; TULKENS, B. (1994), Further validity testing of the Abu-Saad Paediatric Pain Assessment Tool, *Journal of Advanced Nursing*, New Jersey , 19 (6), June, pp. 1063-1071.

ABU-SAAD, Huda H.; HAMERS, Jan P. H. (1997), Decision-making and paediatric pain: a review, *Journal of Advanced Nursing*, New Jersey, 26, pp. 946-952.

Agency for Health Care Policy and Research (1992), Acute pain management in infants, children, and adolescents: Operative and medical procedures, *Quick Reference Guide for Clinicians* (AHCPR, Publication n° 92-0020), Rockville, MD, Public Health Service, US Department of Health and Human Services, Feb. 1992.

AGUILERA, Donna C.; MESSICK, Janice M.(1982), *Crisis Intervencion - Theory and methodology*, 4th ed, St. Louis, Mosby Company.

ANNEQUIN, Daniel (1997), Nociception stress, douleur et souffrance chez le fœtus et le nouveau né premature, *La lettre de pediadol*, 4, Nov, s/n
www.pediadol.org/lettrePed/lettreP4htm

ANTÓNIO, Catarina M. S. C. (1999), *Atitudes dos enfermeiros e médicos face à dor na criança em procedimentos dolorosos*, Dissertação apresentada no âmbito do Curso Superior de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Dr.Angelo da Fonseca, Coimbra.

ARAÚJO, Cláudia L. et al. (trad) (1996), *Stedman: Dicionário Médico*, 25ªed, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara.

ARIÈS, Philippe (1988), *A criança e a vida familiar no antigo regime*, Lisboa, Relógio d'água.

ASHBURN, Michael; LIPMAN, Arthur G. (1999), Keys ways to understand and asses pain, *Pharmaceutical representative*, Certified Medical Representatives Institute Inc. www.pharmrep.com/articles/Cmr.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary E. (1989) *Fundamentos de Enfermagem*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara.

BADINTER, Elisabeth (s/d), *O Amor incerto. História do amor maternal (Do séc. XVII ao Séc. XX)*, Lisboa, Relógio d'água.

BARBOSA, António (1997), A dor como experiência humana, in *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Departamento de Educação Médica da Faculdade de Medicina de Lisboa, Permanyer, pp. 9-15.

BARDAJI, Carlos; PRADO, M. L. (1997), Tratamiento del dolor postoperatorio en Pediatría, *Nacer e Crescer*, Porto, 6 (2), Julho, pp. 88-90.

Barriers to Effective Pain Management, U Iowa. Edu., <http://coninfo.nursing>.

BARROS, Luísa (1998), As consequências psicológicas da hospitalização infantil: Prevenção e controlo, *Análise Psicológica*, Lisboa, 1(XVI), Jan/Mar, pp. 11-28.

BEALES, John G. (1988), Desenvolvimento cognitivo e percepção da dor, *Nursing*, Lisboa, I (7), Agosto, pp. 23-26.

BERTOCCHI, Marie-Lou C. (1999), La douleur en chirurgie chez l'enfant, *Soins Pédiatrie Puériculture*, Paris, 187, Mars/Avril, pp. 12-15.

BESNER, G. (1991), La distraction et la relaxation à l'hôpital... quelle idée !, *Nursing Québec*, 11, 6, Nov-Déc, pp. 77-82.

BEAUMOT, Émilie; SIMON, P; SOUBROUILLARD, N. (1997), *Dicionário por imagens do corpo humano*, Paris, Éditions Fleures.

BEYER, J.E; WELLS, N. (1989), Valoración del dolor en niños, *Clinicas Pediatricas de Norteamérica*, México, Ed.Interamericana, 4, Agosto, pp. 909-927.

BIERI, D.; REEVE, R.A.; CHAMPION, G.D.; ADDICOAT, L. ZIEGLER, J. B. (1990), The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties, *Pain*, 41, pp. 139-150.

BISCAIA, Jorge (1995), A dor no bebé, in RICO, Toscano; BARBOSA, António (Eds)(1995), *Dor: Do neurónio à pessoa*, Lisboa, Permaneyer, pp. 235-243.

BOUDON, Raymond (s/d), *Os métodos em Sociologia*, Lisboa, Edições Rolim.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari (1994), *Investigação qualitativa em educação*, Porto, Porto Editora.

BOUGHTON, Kathy et al. (1998), Impact of Research on pediatric pain assessment and outcomes, *Pediatric Nursing*, Pitman, 24(1), Jan/Feb, pp.1-8
<http://www.umi.com/proquest>.

BRETON, David Le (1995), *Anthropologie de la douleur*, Paris, Métailié.

BROADMAN, Lynn M.; RICE, Linda J; HANNALLAH, Raafat S. (1988), Testing the validity of na objective pain scale for infants and children, *Anesthesiology*, Washington, V (69), N° 3^A, Sept, p. A770.

BUROKAS, Laura (1985), Factors affecting nurses' decisions to medicate pediatric patients after surgery, *Heart & Lung*, Chicago, 14 (4), July, pp. 373-378.

BURR, Sue (1988), A dor na infância, *Nursing*, Lisboa, I (10), Nov, pp. 41-45.

CARDOSO, Alice (1999), *Manual de tratamento da dor crónica*, Lisboa, Lidel.

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela M. (1998), *Metodologia Da Investigação, Guia para a Autoaprendizagem*, Lisboa, Universidade Aberta.

CATY, Susanne; TOURIGNY, Jocelyne; KOREN, Irene (1995), Assessment and management of children's pain in community hospitals, *Journal of Advanced Nursing*, 22, pp. 638-645.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino (1983), *Metodologia Científica Para Uso De Estudantes Universitários*, 3ªed, São Paulo, MacGraw-Hill.

CHAMBERS, C.T.; REID, G.J.; CRAIG, K.D.; McGRATH, P.J. & FINLEY, G.A. (1999), Agreement between child and parent reports of pain, *Clinical Journal of Pain* (Abstract), 14, 336-342, http://is.dal.ca/~pedpain/pplet/pplet_toc.

CLEVE, Lois J. Van; SAVEDRA, Marilyn C., (1993) Pain Location: Validity and Reliability of Body Outline Markings by 4 to 7-year-old children who are hospitalized, *Pediatric Nursing*, Pitman, 19(3), June, pp. 217-220.

COLLIÈRE, Marie Françoise (1989), *Promover a vida, Da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Lisboa, Ed. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

COLLIN, Elisabeth (1993), La Physiologie de la douleur, *Soins*, Paris, 568, Janvier, pp. 5-10.

COLLINS, Patricia Manda (1999), Improving pain management in your health care organization, *Journal of Nursing Care Quality*, Gaithersburg, 13 (4), April, pp.1-8 <http://www.umi.com/proquest>.

CRISTINA, Irene S; LANÇA, Carla M. M; RODRIGUES, Maria F.(1998), O Enfermeiro perante a dor, *Enfermagem em Foco*, Lisboa, VIII(31), Especial Julho, pp. 21-25.

DALE, Fiona (1995), Dor no pós-operatório do doente cirúrgico programado, *Nursing*, Lisboa, 85 (8), Fevereiro, pp.16-21.

DELICADO, Dulce J. S. (1999), *Crenças dos Enfermeiros acerca da dor na criança*, Coimbra, Dissertação apresentada no âmbito do Curso superior de Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem Dr. Angelo da Fonseca.

DENUES, Mary J.; NEUMAN, Bonnie J.; VILLARRUEL, Antónia M.(1991), Nursing actions to prevent and alleviate pain in hospitalized children, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, Detroit,14, pp. 31-48.

DIAMOND, A.W; CONIAN, S.W (1997), *Controlo da dor*, 1ª ed, Lisboa, Climepsi (Edição original de 1994).

DIAS, Teresa M. J. Barata (1998), *A Avaliação da Intensidade da Dor Pós cirúrgica na criança*, Coimbra, Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem Bissaya Barreto, no âmbito Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem Médico Cirúrgica.

COSTA, J. A; SAMPAIO E MELO, A. (1998), *Dicionário da Língua Portuguesa*, 8ª Ed., Porto, Porto Editora.

Tertúlia Edípica (1999), *Dicionário de Sinónimos*, 2ª Ed, Porto, Porto Editora.

ELAND, Joann M. (1990), Pain in Children, *The Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, 25(4), December, pp. 871-883.

ELHART, Dorothy ; FIRSICH, Sharon C; GRAGG, Shirley H; REES, Olive M. (1983), *Princípios Científicos de Enfermagem*, 8ª Ed., Lisboa, Editora Portuguesa de Livros Técnicos e Científicos Lda.

FERNANDES, Ananda (1996), *Crianças com Dor - O quotidiano do trabalho de dor no hospital*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

FERRÃO, M. Rosário Machado (1997), Dor na criança. Intervenções de Enfermagem, in *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer, pp. 183-188.

FERREIRA, J. F. David (1997), A dor na criança e no jovem. Breves reflexões introdutórias, in *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer, pp. 5-8.

FERREIRA, Maria Celeste P.D. (1993), Aspectos específicos da dor em Pediatria, *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesia*, 5, pp. 24-29.

FERRONHA, José M. (1998), A Dor vista pela psiquiatria da infância, *Nascer e Crescer*, Porto, 7(3), Setembro, pp. 168-200.

FINLEY, G.Allen et al (1996), Parents' management of children's pain following 'minor' surgery, *Pain*, pp. 83-87.

FORDHAM, Morva (1988), Teorias psicofisiológicas da dor, *Nursing*, Lisboa, I(7), Agosto, pp. 19-22.

FORDHAM, Morva (1988), Teorias neurofisiológicas da dor, *Nursing*, Lisboa, I(7), Agosto, pp. 5- 10.

FORTIN, M. et al (1989), *Introducion À La Recherche; Aute-aprentissage assisté par ordinateur*, Québec, Décarie.

FURDON, Susan Arana; PFEIL, Virginia C; SNOW, Karla (1998), Operationalizing Donna Wong's Principle of Atraumatic Care: Pain Management Protocol in the NICU, *Pediatric Nursing*, Pitman, 24(4), July/August, pp. 336-342.

GAUVAIN-PIQUARD, A. (1987), La douleur d'un enfant, *Revue de l'Infirmière*, 15, octobre, pp. 19-24.

GÉNOT-POK, Isabelle (1999), La prise en charge de la douleur de l'enfant, un droit fondamental, *Soins Pédiatrie e Puériculture*, Paris, (187), Mars /Avril, pp.7-8.

GIL, António Carlos (1989), *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*, 2ª ed, São Paulo, Editora Atlas.

GOMES dos SANTOS, Helena (1997), Anestésicos locais, in *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer, pp. 141-152.

GONÇALVES, Miroslava (1997), Manejo da dor em cirurgia pediátrica, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer, pp. 163-165.

HAMERS, J. P. H; ABU-SAAD, H.H; HALFENS, R.J.G; SCHUMACHER; J.N.M. et al (1994), Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children, *Journal of Advanced Nursing*, 20, pp. 853-860.

HELMAN, Cecil G. (1994), *Cultura, Saúde e Doença*, 2ª ed. Porto Alegre, Artes Médicas.

HERZLICH, Claudine (1996), *Santé et Maladie, analyse d'une représentation Sociale*, (1ªed.1969), Paris, Éditions de l'école des Hautes Études en Sciences Sociales.

HESTER, Nancy Olson (2000), Assessment of Pain in Children With Cancer, School of Nursing, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, 21p. www.childcancerpain.org.

Relatório da avaliação da qualidade (1999), *O Internamento do seu filho...a voz dos utentes*, Hospital D. Estefânia, Lisboa.

HOUCK, Constance S. (1997), The management of acute pain in the child, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer pp. 71-91.

IBÁÑEZ, Maria A. M.(1997), Dolor en el niño, Se precisan tratamientos más eficaces, *Rol*, 226, Junio, pp.13-19.

INÁCIO, Ana M. (2000), Registo obrigatório para a dor, in *Diário de Notícias*, Lisboa, 28 de Janeiro de 2000, pp.18.

INÁCIO, Ana M. (2000), Hospitais admitem não ter meios para tratamento, in *Diário de Notícias*, Lisboa, 28 de Janeiro de 2000, pp.18.

JACOB, Eufemia; PUNTILLO, Kathleen A. (1999), Estudo sobre a prática de enfermagem na avaliação e gestão da dor da criança, *Pediatric Nursing*, Pitman, 25(3), May/June, pp. 278-286.

JOYCE, A. Betsy et al (1994), Reliability and validity of preverbal pain assessment tools, *Issues in comprehensive pediatric Nursing*, Detroit, (17), pp. 121-135.

KELLER, Heidi; MIRANDA, Délia; GAUDA, Gudrun (1984), The naive theory of infants and some maternal attitudes – a Two country study, *Journal of cross-cultural psychology*, Washington, vol.15 (2), June, pp. 165-179.

KITSON, Alison (1993), *Nursing: Art and Science*, London, Chapman and Hall Ed.

KNIGHT, Julian C. (1994), Post-Operative pain in children after day case surgery, *Paediatric Anaesthesia*, 4, pp. 45-51.

LaFLEUR, Christopher J.; RAWAY, Beverly (1999), School-Age Child and Adolescent Perception of the Pain Intensity Associated with Three Word Descriptors, *Pediatric nursing*, 25(1), Jan./Feb, pp. 45-50.

LaMONTAGNE, Lynda L.; JONHSON, Barbara D.; HEPWORTH, Joseph T. (1991), Children's ratings of postoperative pain compared to ratings by nurses and physicians, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, Detroit, 14(4), pp. 241-247.

LE MOS, P. (1999), Cirurgia ambulatoria, a aposta do fim do século, *Enfermagem*, Lisboa, 13 (2), pp. 5-10.

LLOYD-THOMAS, A.R; HOWARD, R. F. (1994), A pain service for children, *Paediatric Anaesthesia*, (4), pp. 3-15.

LUNA, Maria Carmen Benayas (1995), A dor, *Enfermagem em foco*, Lisboa, V(17), Nov/Jan, pp. 44-46.

LUCKMANN, Joan; SORENSEN, Karen C. (1987), *Medical-Surgical Nursing. A Psychophysiologic Approach*, 3rd Ed., Philadelphia, Saunders Company.

MARGOLIUS, Francine R; HUDSON, A. Karen; MICHEL, Yvonne (1995), Beliefs and Perceptions about Children in Pain: A survey, *Pediatric Nursing*, Pitman, 21(2), March/April, pp. 111-115.

McCAFFERY, Margo; BEEBE, Alexandra (1997), *PAIN - Clinical Manual for Nursing Practice*, London, Ed. Mosby (1^a Ed. 1989).

McCONNAN, Linda (1992), Measuring - A child's Pain, *L'infirmière canadienne*, 28(6), June, pp. 20-22.

McGRATH, P. J. et al (1985), CHEOPS: A Behavioral Scale for Rating Postoperative Pain in Children, *Advances in Pain Research and Therapy*, New York, vol. 9, Raven Press, pp. 95-402.

McGRATH, P. J. et al (1995), Cues parents use to assess postoperative pain in their children, *Clinical Journal of Pain* (Abstract), vol 11, pp. 229-235 <http://is.dal.ca/~pedpain/publications/parents-cues.html>).

MEEKER, Margaret H; ROTHROCK, Jane C. (1997), *Alexander, Cuidados de Enfermagem ao paciente Cirúrgico*, 10^a ed. Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koogan.

MELZACK, Ronald; WALL, Patrick (1987), *O desafio da dor*, Lisboa, Ed. Fundação Calouste Gulbenkian

MERKEL, Sandra I.; et al (1997), The FLACC: a behavioral Scale for scoring postoperative pain in young children, *Pediatric Nursing*, 23 (3), May-June, pp. 293-297.

MILLER, Dianne (1996), Comparisons of Pain Ratings From Postoperative Children, Their Mothers, and Their Nurses, *Pediatric Nursing*, 22 (2), March-April, pp. 145-149.

MOULINIÉ, Véronique (1999), De l' autre côté du scalpel: souvenirs d' amygdalectomies enfantines, *Soins Pédiatrie Puériculture*, 187, Mars/Avril, pp. 16-20.

NIVEN, Neil (1994), *Health Psychology, An Introduction for Nurses and other Health Care Professionals*, 2ªed, New York, Ed.Churchill (1ª ed. 1989).

NUMBERS, Lorna (1988), A dor: uma introdução, *Nursing*, Lisboa, I (7), Agosto, pp. 3-4.

FERREIRA, David J. F. (1997), A dor na criança e no jovem. Breves reflexões introdutórias, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997) *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Ed.Permanyer, pp.5-6.

OSTERMUELLER, Kristin R. (1988), Comparative Study of Pain in Hospitalized Children and Parental Perception Of That Pain, s/p http://is.dal.ca/~pedpain/pplet/pplet_toc.

PEDERSON, Carol; HARBAUGH, Bonnie L. (1995), Nurses' use of nonpharmacologic techniques with hospitalized children, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 18, pp. 91-109.

PEREIRA, João dos Santos (1997), Ética e terapêutica da dor, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Ed.Permanyer, pp.17-23.

PESTANA, Maria H.; GAGEIRO, João N. (2000), *Análise de Dados Para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*, 2ª ed, Lisboa, Março, Edições Sílabo.

PIMENTA, Olímpia; BRANQUINHO, Florinda (2000), Actualização em dor aguda. Dor no pós-operatório em pediatria, Comunicação livre , 7ª. Jornadas da Unidade de dor do Hospital Garcia de Orta, pp. 9-17.

Plano Nacional de luta contra a Dor (2001), Lisboa, Ministério da saúde Direcção-Geral da Saúde, Março.

POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. (1991), *Investigacion Cientifica en Ciencias de la Salud*, 3ªed, México, Interamericana, McGraw-Hill.

PORTELA, José L; DIAS João M. (1999), Portugal e a dor crónica. “O Estado da Arte” Abordagem da dor crónica em Portugal – levantamento em termos organizativos, *Dolor - Investigación, Clínica & Terapéutica*, Publicaciones Permanyer, 14, 4, s/p.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van (1998), *Manual Investigação em Ciências Sociais, Trajectos*, 2ª ed, Lisboa, Gradiva.

RAPOSO, Matilde (1997), A criança com doença oncológica e dor crónica, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Ed.Permanyer, pp. 37-42.

READ, Jill Victoria (1994), Perceptions of Nurses and Physicians Regarding Pain Management of Pediatric Emergency Room Patients, *Pediatric Nursing*, Pitman, 20(3), May/June, pp. 314-318.

REIMÃO, Cassiano; MADUREIRA, Virgílio; MUÑOZ, Maria L.(1984), *Dicionário de Filosofia*, Lisboa, Verbo.

RIBEIRO, Pedro (1998), Organização de uma equipa de dor, *Nascer e Crescer*, Porto, 7 (3), Setembro, pp.155-162.

RICO, Toscano; BARBOSA, António (Eds)(1995), *Dor: Do neurónio à pessoa*, Lisboa, Permaneyer Portugal.

ROBERT, Gisèle (1991), Un langage oublié, *Nursig Québec*, 11, 6, Nov/Déc, pp. 28-33.

ROBERTSON, Jeanette (1993), Pediatric Pain Assessment: Validation of a Multidimensional tool, *Pediatric Nursing*, Pitman, 19 (3), June, pp. 209-213.

RODRIGUES, Gustavo (1997), Analgésicos e outros fármacos adjuvantes em pediatria, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer, pp. 137-140.

RUIZ, Javier R.; MORENO, Juan C. U.; CARRIÓN, Pilar G.(1996), Dolor en el niño, *Rol*, 220, Diciembre, pp. 57-59.

SÁ, Eduardo (1998), Deslumbramento e bom-senso: Pequeno ensaio sobre a história e os direitos da criança e da família, *Análise Psicológica*, Lisboa, 1(XVI), Jan/Mar, pp.149-153.

SALGUEIRO, Emílio (1998), A intervenção psicológica na dor da criança, *Análise Psicológica*, Lisboa, 1(XVI), Jan/Mar, pp.145-148.

SANTOS, Ana Lúcia; VALENTE, Elsa (1995), A dor e o cuidar, *Nursing*, Lisboa, 7(84), Janeiro, pp. 7-10.

SAVEDRA, Marilyn C. et al (1995), A Strategy to Assess the Temporal Dimension of Pain in Children and Adolescents, *Nursing Research*, 44(5), Sept/Oct, pp. 272-276.

SAVEDRA, Marilyn; ELAND, Joann; TESLER, Mary (1990), Pain Management, in CRAFT, Martha J.; DENEHY, Janice A. Philadelphia, *Nursing Interventions for Infants&Children*, Philadelphia, W.B.Saunders Company, pp. 304-322.

SCHECHTER, Neil L. (1989), Tratamiento insuficiente del dolor en niños: aspectos generales, *Clinicas Pediatricas de Norteamerica*, Ed. Interamericana, (4), Agosto, pp. 845-859.

SCHECHTER, Neil L. (1997), The management of pain in children, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer Portugal, pp. 95-111.

SCHECHTER, Neil L. (1997 a), Assessment of pain in children, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Permanyer Portugal, pp. 155-158.

SCHECHTER, Neil, L, et al (1997 b), The Ouchless place: no pain, children's gain, *Pediatrics*, June, 99 (6), pp. 890-894.

SCHWOB, Marc (1997), *A dor*, Lisboa, Instituto Piaget.

SERRALHEIRO, M. Encarnação (1993), Utilização do toque na interacção entre o enfermeiro e o doente idoso em Instituição, *Servir*, Lisboa, 41 (4), pp. 182-187.

SILVA, J. Ribeiro (1995), A Ética na Dor, in RICO, Toscano; BARBOSA, António (Eds)(1995), *Dor: Do neurónio à pessoa*, Lisboa, Permaneyer, pp. 279-281.

SINKIN-FELDMAN, Lisa ; Tesler, M. ; SAVEDRA, M. (1997), Word Placement on the Word-Grafic Rating Scale by Pediatric Patients, *Pediatric Nursing*, 23, 1, Jan- Feb, pp. 31-34.

STEIN, Patricia R. (1995), Indices of pain intensity: construct Validity Among Preschoolers, *Pediatric Nursing*, Pitman, 21(2), March/April, pp. 119-128.

STRUMEYER, Catherine C. (1998), Le statut de l' enfant à travers les âges, *Soins Pédiatrie*, Paris, (180), Février, pp. 28-32.

STRUMEYER, Catherina C. (1999), La prise en charge de la douleur, état des lieux, *Soins Pédiatrie e Puériculture*, Paris, (187), Mars/Avril, pp. 4-6.
www.pediadol.org/unesco98/bloch.htm

SULLIVAN, Lynn Marie (1994), Factors Influencing Pain Management: A Nursing Perspective, *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 9(2), April, pp. 83-90.

SUPER, Charles M. ; HARKNESS, Sara (1986), The developmental niche :a conceptualization at the interface of child and culture, *International Journal of Behavioral Development*, North-Holland, 9, pp. 545-569.

TAILLARD, Jeanine (1999), Le soulagement de la douleur, une priorité, *Soins Pédiatrie e Puériculture*, Paris, (187), mars/avril, pp. 10-11.

TESLER M. D.; HOLZEMER W.L; SAVEDRA M. C. (1998), Pain behaviors: postsurgical responses of children and adolescents, *Journal of Pediatric Nursing* (Abstract), February, 13 (1), pp. 41-47.

TYLER D.C. et al (1993), Toward validation of pain measurement tools for children: a pilot study, *Pain* (Abstract), March, 52 (3), pp. 301-309.

VALE, Fernando Martins (1997), Anti-inflamatórios não esteróides. Farmacodinamia e novas perspectivas terapêuticas, in GOMES PEDRO, João; BARBOSA, António (Eds.) (1997), *Dor na criança e no jovem*, Lisboa, Ed.Permanyer, pp. 125-135.

VESSEY, J. A.; CARLSON, K. L.(1996), Nonpharmacological interventions to use with children in pain, *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 19, 169-182.

VETTER, Thomas R. (1991), Acute Pediatric Pain Management, *Advances in Anesthesia*, Stoelting, (8), pp. 29-49.

VIANA,Victor; ALMEIDA, Paulo J. (1998), Psicologia pediátrica: Do comportamento à saúde infantil, *Análise Psicológica*, Lisboa, 1 (XVI), Jan/Mar, pp. 29-40.

WALDING, Mary F. (1991), Pain, anxiety and powerlessness, *Journal of Advanced Nursing*, 16 (4), pp. 388-397.

WALLACE, Mona, R. (1989), Temperament: a variable in children's pain management, *Pediatric Nursing*, Pitman, 15(2), March/April, pp. 118-121.

WATZLAWICK, P; BEAVIN, J.H; JACKSON, D. D. (1993), *Pragmática da comunicação humana*, 9ª ed., São Paulo, Editora Cultrix.

WHALEY, L; WONG, D. (1989), *Essentials of pediatric nursing*, 3ªed, St. Louis, Ed.Mosby.

WONG, Donna L. et al (1999), *Whaley and Wong's, Nursing Care of Infants and Children*, 6ª ed, St. Louis, Ed. Mosby.

WRIGHT, Alexandra (1989), A Necessidade de Evitar a Dor, in ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary E. (1989) *Fundamentos de Enfermagem*, Rio de Janeiro, Ed. Guanabara, pp. 476-488.

www.harcourthealt.com/Mosby/Wong/hcom_wong_tran.html- site que dá autorização para a utilização da Escala das Faces de Wong e Baker e respectiva tradução para Português.

Pain management center, University of Utah Health Sciences Center Web site. www_medlib.medutah.edu/pain_center/website_outline.html.

ANEXOS

ANEXO 1
ESCALA DAS FACES DE WONG E BAKER (1988)

Escala das faces (WONG E BAKER, 1988)



0
Não dói



1
Dói um pouco



2
Dói um pouco
mais



3
Dói ainda mais



4
Dói muito
mais



5
Dói mais do
que possas
imaginar

ANEXO 2
GUIÃO DA ESCALA COMPORTAMENTAL - CHEOPS (CHILDREN'S HOSPITAL
EAST ONTARIO PAIN SCALE) McGrath et al. (1985)

GUIÃO DA ESCALA COMPORTAMENTAL - CHEOPS (CHILDREN'S HOSPITAL
EAST ONTARIO PAIN SCALE), McGrath et al. (1985)

Escala de CHEOPS - Dor pós-operatória na criança			
CrITÉrios	Comportamentos observados	Pontuação	Definição
Choro	- Ausente	1	- A criança não está a chorar
	- Gemidos, lamentos	2	- A criança está gemendo ou vocalizando suave, choro silencioso
	- Chora	2	- A criança está a chorar, mas o choro é suave ou choraminga
	- Gritos fortes estridentes, soluços	3	- A criança chora fortemente, soluça, pode ser pontuado com queixas ou sem queixas verbais
Expressão facial	- Sorriso, fÁcies claramente positivo	0	- Pontuar apenas se tiver uma expressão facial positiva
	- Calmo. Expressividade nula	1	- Expressão facial neutra
	- Caretas. FÁcies claramente negativo	2	- Pontuar apenas se tiver uma expressão facial negativa
Verbalização	- Positiva	0	- Faz qualquer comentário positivo ou fala de outras coisas sem queixas
	- Nula	1	- A criança não fala
	- Outras queixas	1	- Queixa-se, mas não de dor ex. "quero ver a minha mãe" ou "estou com sede"
	- Queixas de dor	2	- A criança queixa-se de dor
	- Ambas as queixas	2	- Queixa-se de dor, e de outras coisas, ex. dói-me; quero a minha mãe"

Critérios	Comportamentos observados	Pontuação	Definição
Tronco/ Atitude corporal	- Neutro	1	- O corpo (e não os membros) está em repouso; o troco está inactivo
	- Agitação, mudança frequente de posição	2	- O corpo muda de posição constantemente, movimentos descoordenados
	- Tenso	2	- O corpo está arqueado ou rígido
	- Trémulo	2	- O corpo tem tremores ou sacudidelas involuntárias
	- Na posição vertical	2	- A criança eleva o tronco à posição vertical.
	- Contido	2	- O corpo está a ser contido
Tocar a ferida	- Não toca	1	- A criança não toca ou mexe na ferida
	- Procura alcançar	2	- Tenta alcançar a ferida, mas não lhe toca
	- Toca	2	- Está a tocar suavemente na ferida ou na sua área
	- Palpa	2	- Está a palpar/mexer vigorosamente na ferida.
	- Contido	2	- Os braços da criança estão a ser contidos
Membros inferiores/ Posição	- Neutro	1	- As pernas podem estar em qualquer posição mas estão relaxadas; movimentos suaves
	- Contorção/pontapear	2	- Movimentos constantes das pernas, dá pontapés
	- Encolhidas / tensos	2	- Pernas tensas/encolhidas mantendo essa posição
	- Em pé	2	- De pé, de cócoras ou ajoelhado
	- Contidos	2	- As pernas da criança estão a ser contidas

ANEXO 3
GUIÃO DE COLHEITA DE DADOS

A) CONSULTA EXTERNA - GUIÃO DO INQUÉRITO POR ENTREVISTA À CRIANÇA E À MÃE

Nº _____

• **CRIANÇA**

IDADE _____ SEXO _____ DIAG. _____ ANO DE ESCOLARIDADE _____ CONSULTA ANESTESIA ____/____/____

PREPARAÇÃO PARA A CIRURGIA ____/____/____ T.A. _____ mmHg PESO _____ ACOMPANHADO POR _____

TREINO DA ESCALA DAS FACES: _____

• **MÃE**

Idade _____

Escolaridade _____ Profissão _____

EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM DOR PÓS-OPERATÓRIA? Própria ☐ Filho ☐ INTENSIDADE DA DOR ao Acordar da anestesia _____

HISTÓRIA DA EXPERIÊNCIA DE DOR - Criança

Já tiveste / sentiste dor?	
Com o quê / o que te fez ter dor?	
Quando tens dor o que fazes?	
Pedes ajuda? A quem?	

B) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica – GUIÃO DOS DADOS DO PROCESSO CLÍNICO N° _____

PRÉ-OPERATÓRIO	INTRA-OPERATÓRIO
• SERVIÇO DE INTERNAMENTO _____ • ACOMPANHADO POR _____ • PRÉ - MEDICAÇÃO SEDATIVA, SIM ☐ NÃO ☐ QUAL ? _____ HORA _____ • COMPORTAMENTO _____ • HORA DE CHAMADA PARA O B.O _____ • HORA DE ENTRADA NO B.O _____	• ANESTESIA: GERAL _____ COMBINADA _____ - INFILTRAÇÃO DOS BORDOS DA FERIDA OPERATÓRIA: DOSE _____ HORA _____ - BLOQUEIO PERIFÉRICO DOS NERVOS: DOSE _____ HORA _____ • ANALGESIA REALIZADA (DOSE E VIA): - NA INDUÇÃO _____ - NO FINAL DA CIRURGIA _____ - NOUTRO MOMENTO _____ • PRESCRIÇÃO ANALGÉSICA PARA O PÓS-OPERATÓRIO: SIM ☐ NÃO ☐ ANALGÉSICO _____ DOSE _____ VIA _____ HORÁRIO _____ • HORA DE SAÍDA DO B.O _____

C) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica

Nº _____

REGISTO DA AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR DA CRIANÇA (Escala CHEOPS, 1985)

Momentos de Avaliação CHEOPS Critérios	Acordar da anestesia Hora _____	Iniciar líquidos Hora _____	Antes da administração de analgésico Hora _____	1 hora após a administração de analgésico Hora _____	Antes da alta Hora _____	1ª Micção* Hora _____
Gritos, choros	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
Expressão facial	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Verbalização	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2	0 1 2
Atitude corporal	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
Desejo de tocar a ferida	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
Membros inferiores	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
TOTAL						
Administração de analgésico: qual e dose						
T.A mmHg (Hannalah /1988)						

*intensidade da dor durante a 1ªmicção no caso das crianças submetidas a circuncisão.

D) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica

Nº _____

REGISTO DA INTENSIDADE DA DOR PÓS-OPERATÓRIA
AUTO-AVALIAÇÃO DA CRIANÇA E AVALIAÇÕES DA MÃE E ENFERMEIRA/O
(Escala das faces de Wong e Baker, 1988)

Momentos de Avaliação Sujeitos de Estudo	Acordar da anestesia Hora _____	Iniciar líquidos Hora _____	Antes da administração de analgésico Hora _____	1 hora após a administração do analgésico Hora _____	Antes da alta Hora _____	1ªMicção* Hora _____
Criança	NÃO					
Mãe						
Enfermeiro						

*medição da dor experimentada durante a 1ªmicção no caso das crianças submetidas a circuncisão.

Observações: _____

E) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica

Nº _____

GUIÃO DA ENTREVISTA À/AO ENFERMEIRA/O

(Após o 2º momento de avaliação e pós administração de analgésico)

Idade _____ sexo _____

Formação profissional _____ Tempo de exercício prof. _____ Tempo de exercício em pediatria cirúrgica _____

Como adquiriu conhecimentos sobre a dor :

No curso de enfermagem ☐ Na especialização em enfermagem ☐ Em encontros científicos ☐ Lendo sobre o tema ☐

Na experiência profissional ☐ Com colegas mais velhas ☐ Outras _____

Experiência pessoal com dor pós-operatória _____

1ª - EM QUE SE BASEOU PARA AVALIAR A DOR DA CRIANÇA?

2ª - O QUE A/O FEZ DECIDIR-SE A ADMINISTRAR ANALGÉSICO À CRIANÇA?

FACTORES REFERIDOS NA LITERATURA:

Alteração dos S.V.;

Expressão vocal: choro, gemido, gritos;

Comunicação verbal;

Comportamento: agitado, brincando/distraído, calmo, dormindo, postura, tremores...;

Recurso à informação/percepção dos pais;

Tipo de cirurgia;

Tempo da cirurgia;

Prescrição médica;

Hora última medicação;

Outros: idade...

F) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica

Nº _____

GUIÃO DA ENTREVISTA À MÃE

(Após o 2º momento de avaliação)

EM QUE SE BASEOU PARA AVALIAR A DOR DO SEU FILHO?

FACTORES REFERIDOS NA LITERATURA:

Expressão vocal: choro, gemido, gritos;

Comunicação verbal;

Comportamento: agitado, expressão facial, brincando/distraído, calmo, dormindo, postura, tremores...;

Conhecimento da criança;

Tipo de cirurgia;

Tempo da cirurgia;

Outros...

Observações: _____

GUIÃO DA OBSERVAÇÃO**ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS PELA/O ENFERMEIRA/O**

Momentos de avaliação	Acordar da anestesia	Iniciar líquidos
------------------------------	-----------------------------	-------------------------

ESTRATÉGIAS REFERIDAS NA LITERATURA:

Proporciona acompanhamento;
Proporciona medidas de conforto afectivo: embalar, abraçar...;
Proporciona medidas de conforto físico: posicionar; aplicar calor ou frio
Proporciona medidas de relaxamento: exercícios respiratórios profundos e outras... ;
Proporciona distração;
Explica a dor
Intervém no ambiente: luz, som, arejamento...;
Outras...

Acordar da anestesia _____

Iniciar líquidos _____

H) UNIDADE DE INTERNAMENTO – dia da intervenção cirúrgica

Nº _____

GUIÃO DA OBSERVAÇÃO

ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS PELA MÃE

Momentos de avaliação	Acordar da anestesia	Iniciar líquidos
----------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------

ESTRATÉGIAS REFERIDAS NA LITERATURA:

Acompanha;

Medidas de conforto afectivo: embalar, abraçar, acaricia...;

Proporciona objecto securizante

Proporciona distracção;

Explica a dor

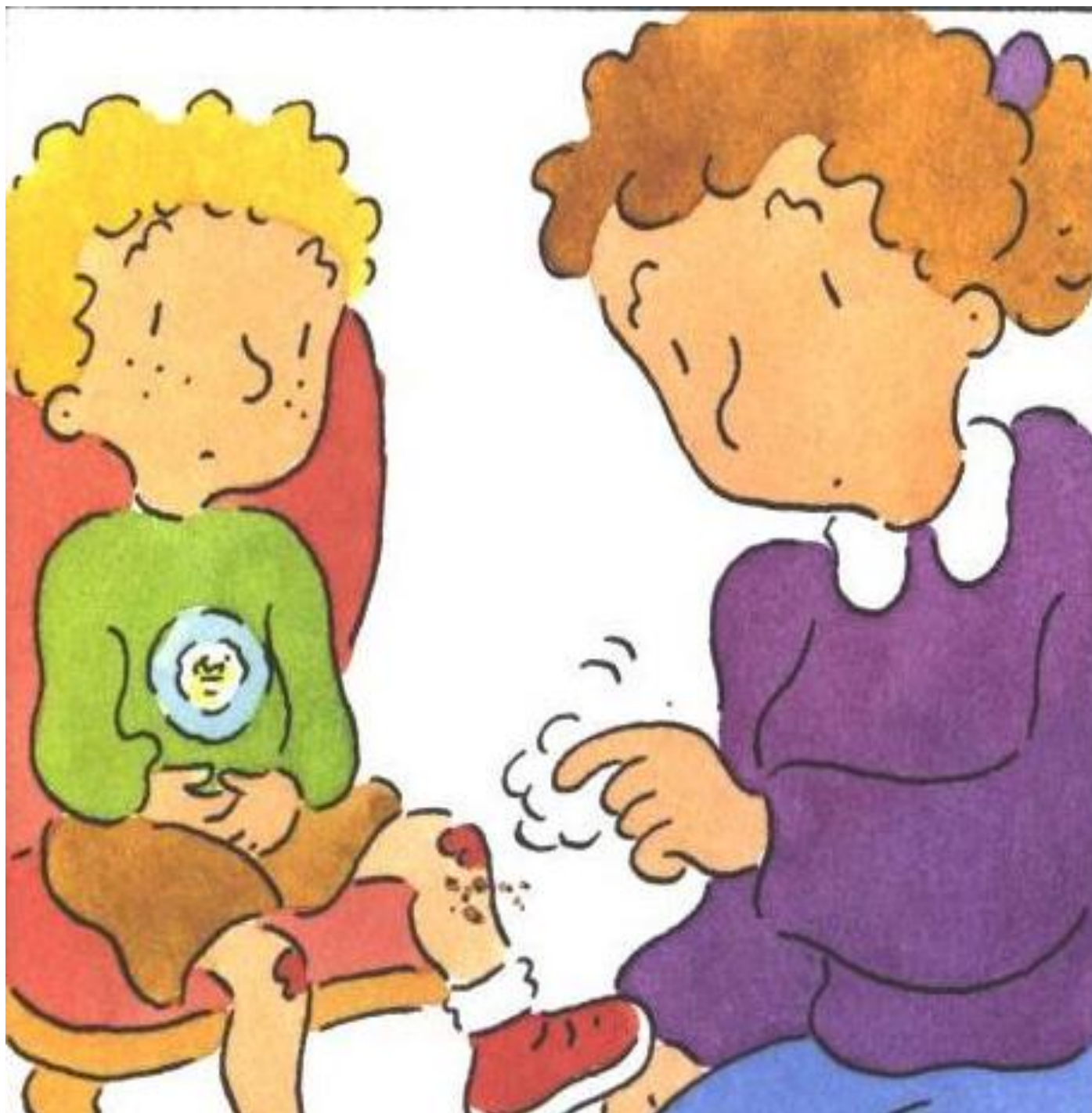
Outras: fala com a criança...

Acordar da anestesia _____

Iniciar líquidos _____

ANEXO 4

**DESENHO USADO PARA INTRODUIR O TEMA DA DOR E COLHER AS
EXPERIÊNCIAS ANTERIORES COM DOR DA CRIANÇA**



BEAUMOT, Émilie; SIMON, P; SOUBROUILLARD, N. (1997),
Dicionário por imagens do corpo humano, Paris, Éditions Fleures.

