

# DOR PEDIÁTRICA EM PORTUGAL: RESULTADOS DA SENSIBILIZAÇÃO E FORMAÇÃO

## PAEDIATRIC PAIN IN PORTUGAL: RESULTS OF AWARENESS-RAISING AND TRAINING

Luís Manuel Cunha Batalha<sup>1</sup>, Luísa Paula Santos Costa<sup>2</sup>, Gina Maria Rodrigues Reis<sup>3</sup>, Florinda Maria Reis Cerol Jacinto<sup>4</sup>, Rosa Machado<sup>5</sup>, Paulo Miguel Gomes Santos<sup>6</sup>

1. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem
2. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Departamento Pediátrico, Serviço de cirurgia/Queimados
3. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Departamento Pediátrico, Unidade de Cuidados Intensivos
4. Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, EPE; Unidade Hospitalar de Portimão, Serviço de Pediatria
5. Centro Hospitalar Cova da Beira, EPE - Hospital Pêro da Covilhã, Serviço de Pediatria
6. Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro E.P.E, Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica

*Acta Paediatr Port 2014;45:99-106*

## ABSTRACT

**Introduction:** Awareness-raising and training of health professionals in the area of pain has been a national strategic option since 2001, but its impact on care is unknown. The aim was to evaluate the impact of awareness-raising and training actions conducted over the past ten years on the care provided by nurses for hospitalized children, in the area of pain.

**Methods:** We performed an observational, descriptive, cross-sectional retrospective study of records over a 24-hour period, as entered by nurses in the medical records of children aged up to 18 years.

**Results:** Of the 830 cases analyzed, in 47.8% a clinical history of pain was appropriately recorded, in 94.0% of these within 24 hours of hospitalization. In an eight-hour period a pain assessment was recorded in 36.7%. The choice of pain scale was appropriate in 59.3% of cases. No pain was reported by 79.9% of the children and mild pain by 12.5%. There was good pain management in 92.5% of the children. In 42.2% of cases there were pharmacological interventions and non-pharmacological interventions in 15.8%.

**Conclusions:** The investments made in the last decade in awareness-raising and training of health professionals have proved to be an effective strategy for improving pain control.

**Keywords:** management; intervention; pain; hospitalized child.

## RESUMO

**Introdução:** A sensibilização e formação dos profissionais de saúde na área da dor têm sido, desde 2001, uma opção estratégica nacional, mas desconhece-se o seu impacto nos cuidados. O objetivo foi avaliar o impacto de ações de sensibilização e formação realizadas ao longo de dez anos nos cuidados prestados pelos enfermeiros à criança hospitalizada na área da dor.

**Métodos:** Estudo observacional, descritivo, transversal com consulta retrospectiva de registos, num período de 24 horas, efetuados pelos enfermeiros no processo clínico de crianças até aos 18 anos.

**Resultados:** Dos 830 processos clínicos analisados, a história de dor foi registada em 47,8%, sendo bem elaborada e realizada nas primeiras 24 horas de internamento. Em oito horas o registo da avaliação da intensidade da dor foi de 36,7%. A escolha da escala de dor foi adequada em 59,3% das situações. Cerca de 79,9% das crianças não manifestou ou tinha uma dor ligeira (12,5%). Houve um bom controlo da dor em 92,5% dos casos analisados. Em cerca de 42,2% dos casos houve registo de intervenções farmacológicas e em 15,8% de intervenções não-farmacológicas.

**Discussão:** Na última década os cuidados melhoraram,

mas refletem ainda lacunas ao nível da informação colhida na história de dor, na avaliação da intensidade da dor e na tomada de decisão para uma prescrição de intervenções criteriosas em função do resultado da avaliação da dor.

**Conclusões:** O investimento feito na última década na sensibilização e formação dos profissionais de saúde, revelou ser uma opção estratégica acertada face aos progressos verificados no sentido de um bom controlo da dor.

**Palavras-chave:** tratamento; intervenção; dor; criança hospitalizada.

## INTRODUÇÃO

O controlo da dor é um direito humano fundamental e universal<sup>1</sup>. Bastariam razões éticas para exigir um controlo eficaz, pois a dor não é inócua para a saúde. No plano clínico, ainda não foi demonstrado qualquer argumento que comprove que deixar evoluir uma dor seja benéfico. Bem pelo contrário, a morbidade e a mortalidade aumentam com a dor<sup>2</sup>.

Existem muito poucas publicações que caracterizem os cuidados prestados à criança hospitalizada com dor<sup>3</sup>. Os

dados conhecidos continuam a evidenciar uma baixa prevalência de registo das avaliações e tratamentos efetuados, refletindo-se em elevadas prevalências e intensidades de dor manifestadas pelas crianças<sup>3-5</sup>.

Em Portugal, tem sido feito um enorme investimento na sensibilização e formação dos profissionais de saúde na área da dor. Nesta área, a inversão da precaridade dos cuidados iniciou-se em 2001 com a publicação Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD)<sup>6</sup>. Desde então, com apoios nacionais e comunitários inúmeras ações de sensibilização e formação foram realizadas. Como marcos deste investimento estão a publicação da circular normativa da Direção-Geral da Saúde (DGS) que salienta a dor como quinto sinal vital<sup>7</sup>, o guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor<sup>8</sup>, culminando, recentemente, com as orientações técnicas emanadas pelo grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional de Controlo da Dor, sob a direção da DGS<sup>9-12</sup>.

As instituições hospitalares desenvolveram estratégias próprias de implementação de medidas que conduzissem a um efetivo controlo da dor da criança, através da realização de formações, projetos de investigação, implementação de protocolos, introdução de novos meios técnicos e terapêuticos e reestruturação dos serviços. No plano da qualidade, os processos de acreditação a que muitos hospitais se submeteram com sucesso, facilitaram o incremento destas iniciativas na cultura inerente à prática de cuidados e deram-lhes visibilidade e reconhecimento.

O primeiro trabalho que caracterizou de forma global os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança hospitalizada em Portugal foi realizado em 2003<sup>13</sup>. Os resultados descrevem uma realidade em 4355 crianças até aos 18 anos, em que a prevalência da dor foi de 56%, cerca de 33% das crianças estavam com dor ligeira, 13% com dor moderada e 9% com dor intensa. A prevalência de avaliação e registos da intensidade da dor num período oito horas foi de 5% e não havia registos de dados sobre a história de dor. A prevalência do tratamento farmacológico em oito horas foi de 30% para os não-opioides, 9% para os opioides e 6% para os adjuvantes. A prevalência de tratamento não-farmacológico foi de 79%, com destaque para o uso de técnicas como a distração (45%), posicionamentos (30%), massagem (11%) e o reforço positivo (10%).

Numa pesquisa realizada na base de dados do National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine (Pub Med) com os descritores *pain AND assessment and management AND child and prevalence AND hospital* e sem qualquer restrição, encontramos 187 artigos publicados nos últimos dez anos. A partir da análise do seu título selecionámos oito artigos

e pela leitura do resumo retivemos quatro estudos, cujos resultados corroboram uma elevada prevalência de dor, baixas prevalências de avaliação da dor e uma gestão da dor deficiente (Tabela 1).

O objetivo deste trabalho foi avaliar, em quatro hospitais e serviços pediátricos em Portugal, o impacto de ações de sensibilização e formação realizadas ao longo dos últimos dez anos visando a melhoria dos cuidados prestados na área da dor à criança hospitalizada.

## MÉTODOS

Estudo observacional, descritivo, transversal com consulta retrospectiva de registos intermitentes num período de 24 horas, efetuados pelos enfermeiros no processo clínico de crianças até aos 18 anos, internadas em nove serviços pediátricos de quatro hospitais portugueses e nos quais se desenvolveram ações de sensibilização e formação na área da dor pediátrica.

O recrutamento da amostra foi realizado entre todos os processos clínicos de crianças até aos 18 anos, internadas entre agosto e dezembro de 2011. O processo de seleção consistiu no sorteio simples de um dia em cada semana, um turno em cada dia e o número da cama. O efetivo da amostra correspondeu a 20% da lotação de cada serviço. Os dados foram colhidos por um a dois enfermeiros de cada serviço, através da análise dos registos efetuados. Estes receberam formação sobre o protocolo a seguir na colheita dos dados e foi realizado um estudo piloto com a duração de um mês, para aferir procedimentos e dissipar dificuldades na obtenção dos dados.

Recolheram-se dados de caracterização demográfica e clínica das crianças, dados sobre a história de dor, avaliação da intensidade da dor e intervenções farmacológicas e não-farmacológicas efetuadas (Tabela 2).

A melhoria dos cuidados foi avaliada tendo em conta o número e qualidade dos registos efetuados no processo clínico sobre a história de dor, avaliação da intensidade da dor e intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, segundo as recomendações da Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé (ANAES)<sup>14</sup> e DGS<sup>9</sup>, e o seu impacto na prevalência e intensidade de dor manifestada pela criança. Considerou-se que existia um bom controlo da dor sempre que a intensidade manifestada pela criança foi igual ou inferior a uma dor ligeira<sup>13,15</sup>. Considerou-se serem dados sobre a história de dor todos os elementos colhidos e registados no processo clínico com esse fim, independentemente do momento em que a mesma foi realizada. A análise dos registos foi feita por análise de conteúdo manifesto<sup>16</sup>, tendo partido da categorização feita pela DGS<sup>9</sup>. Esta colheita de informação foi

considerada bem elaborada quando estavam registados elementos de pelo menos três categorias de informação. A intensidade da dor foi categorizada numa escala de avaliação de 0 a 10 pontos em que : <1 significa sem dor; 1 – 3 dor ligeira; 3 – 6 dor moderada e 6 – 10, dor intensa<sup>2</sup>.

Para escalas que utilizam uma amplitude de pontuação diferente de 10 pontos foi usada a seguinte categorização:  
- Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN): Sem dor 0; Ligeira 1- 4; Moderada 5 - 8; Intensa ou muito intensa 9 - 15;

**Tabela 1. Resultados de estudos sobre a caracterização dos cuidados à criança com dor hospitalizada**

Referência	Zhu LM, Stinson J, Palozzi L, Weingarten K, Hogan M-E, Duong S, <i>et al.</i> Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted knowledge translation initiative. <i>Pain Res Manag</i> 2012;17:173–179.
Local	Hospital pediátrico no Canadá
População	265 crianças (0-18 anos)
Tipo de estudo	Auditoria aos processos clínicos nas últimas 24 horas
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 63% tinham registo de dor nas ultimas 24 horas;</li> <li>- prevalência de dor 44%;</li> <li>- grau de dor: ligeira 12,8%, moderada 22,8%, intensa 8,7%;</li> <li>- 83% das crianças com dor documentada receberam pelo menos uma intervenção;</li> <li>- a prevalência do tratamento farmacológico foi de 51%;</li> <li>- 100% das crianças com dor intensa receberam opióides;</li> <li>- a prevalência do tratamento não-farmacológico foi de 15%;</li> <li>- um terço das crianças que receberam opióides, em 19% deles não tinham avaliação da dor registada.</li> </ul>
Referência	Thiadens T, Vervat E, Albertyn R, Van Dijk M, Van As ABS. Evaluation of pain incidence and pain management in a South African paediatric trauma unit. <i>S Afr Med J</i> 2011;101:533-536.
Local	Unidade de trauma pediátrico na África do Sul
População	165 crianças (0 – 13 anos)
Tipo de estudo	Prospetivo observacional na admissão da unidade
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a prevalência de dor na admissão foi de 76%;</li> <li>- o grau de dor: dor moderada a grave em 13,3% das crianças;</li> <li>- a prevalência do tratamento farmacológico foi de 33%.</li> </ul>
Referência	Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, <i>et al.</i> Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada <i>J Pain</i> 2012;13:857-865.
Local	Oito hospitais pediátricos do Canadá
População	3822 crianças (0 - 18 anos)
Tipo de estudo	Auditoria aos processos clínicos nas últimas 24 horas
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a prevalência da avaliação da dor foi de 68,4%;</li> <li>- apenas 28% das avaliações foram realizadas com escalas validadas;</li> <li>- a intensidade média da dor foi de 2,6/10 (<math>\pm</math> 2,8). No entanto, 33% das crianças tiveram uma intensidade da dor moderada ou intensa;</li> <li>- as crianças mais velhas, ventiladas, ou internadas em unidades cirúrgicas eram mais propensas a ter uma avaliação da dor documentada.</li> </ul>
Referência	Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. <i>Pain Res Manag</i> 2008;13:25-32.
Local	Hospital pediátrico no Canadá
População	241 crianças (0-18 anos)
Tipo de estudo	Auditoria aos processos clínicos nas últimas 24 horas
Principais resultados	<ul style="list-style-type: none"> <li>- a prevalência de avaliação da dor foi de 27%;</li> <li>- a prevalência de dor foi de 15%;</li> <li>- 64% das crianças tinham manifestado períodos de dor moderada a grave;</li> <li>- em 58% das crianças que experimentaram a dor, apenas 25% receberam analgésicos regularmente.</li> </ul>

Tabela 2. Características demográficas e clínicas das crianças

## Características demográficas e clínicas

Idade (anos), mediana (min - max)	5 (0,1-18)
Sexo masculino, n (%)	469 (56,5)
Submetidos a cirurgia, n (%)	238 (28,7)
Dias de internamento, mediana (min - max)	3 (1-182)
Diagnósticos, n (%)	
Infeções	197 (23,7)
Doenças do sistema digestivo e órgãos anexos	150 (18,0)
Doença oncológica	106 (12,8)
Doenças do sistema músculo-esquelético	79 (9,5)
Síndrome de dificuldade respiratória	44 (5,3)
Politraumatizado	38 (4,6)
Doenças do sistema urogenital	27 (3,3)
Febre	24 (2,9)
Dor	19 (2,3)
Doenças do sistema neurológico	15 (1,8)
Doenças do sistema cardiovascular	13 (1,6)
Ferida	11 (1,3)
Outros	107 (12,9)

- The Faces Pain Scale - Revised (FPS-R) ou Wong Baker Faces Pain Scale: Sem dor 0; Ligeira 2; Moderada 4; Intensa ou muito intensa 6 - 10.

A escolha da escala para avaliação da intensidade da dor foi considerada adequada, sempre que respeitou as orientações da DGS<sup>9</sup>, ou seja, em função da idade da criança e prioridade na seleção. Foram excluídas da análise da prevalência e intensidade da dor os casos de avaliações da intensidade da dor que não respeitaram as orientações da DGS<sup>9</sup>.

Considerou-se haver tratamento farmacológico ou não-farmacológico, sempre que pelo menos uma destas intervenções foi realizada. Foi considerada uma associação na administração de fármacos, sempre que foram usados fármacos de diferentes grupos e a associação de intervenções não-farmacológicas, se foi usada mais do que uma técnica diferente. A administração do tipo de fármaco foi julgada adequada em função do último registo da intensidade da dor e respeitando as orientações da ANAES<sup>14</sup> quanto à correspondência com a intensidade da dor. Ou seja, para a dor de intensidade: ligeira - um não-opioide; dor moderada - um não-opioide ou opioide; dor intensa - um opioide ou opioide forte.

A realização de intervenções não-farmacológicas foi julgada adequada quando a intensidade da dor era ligeira a moderada em função da última avaliação da intensidade da dor registada. A seleção do tipo de técnica foi considerada adequada se a escolha recaiu na técnica identi-

ficada como preferida para a criança na história de dor. A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa IBM® SPSS® Statistics Version 19 (IBM, Armonk, NY, USA). O estudo descritivo dos dados foi feito para as variáveis categóricas pelas frequências absolutas e relativas, expressas percentualmente, e para as variáveis contínuas através da mediana e limites mínimo (min.) e máximo (max.). Esta investigação teve o parecer favorável dos responsáveis dos Serviços, Departamentos, Conselho de Administração e Comissão de Ética dos respetivos hospitais e foi realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial.

## RESULTADOS

A análise dos 830 processos clínicos incidiu em crianças com idades até aos 18 anos e uma mediana de cinco anos. O sexo masculino predominou, com 469 (56,5%) crianças. Foram submetidas a cirurgia 23 (28,7%) crianças e o período de internamento variou entre um e 182 dias com uma mediana de três dias. O principal motivo de internamento foram as infeções, representadas por 197 (23,7%) casos, seguindo-se as doenças do sistema digestivo e órgãos anexos [150 (18,0%)] e as doenças oncológicas [106 (12,8%)].

A história de dor estava registada em 397 (47,8%) dos processos clínicos, tendo sido obtida nas primeiras 24 horas de internamento da criança em 373 (94,0%) casos. Nesta colheita de informação, o enfermeiro identificou a técnica não farmacológica preferida da criança em 124 (31,2%) casos. Nestes 124 casos, a técnica não-farmacológica registada como preferida da criança foi a presença dos pais [33 (26,6%)], seguindo-se a massagem [32 (25,8%)], o colo [21 (16,9%)], a sucção não nutritiva (chupeta) [11 (8,8%)], entre outras, como a administração de substâncias açucaradas, amamentação, distração, posicionamentos e aplicação de calor ou frio em 27 (21,8%) dos casos.

Os elementos registados na história de dor focavam a forma como a criança comunicava/expressava a sua dor [339 (85,4%)], a identificação dos fatores de alívio e agravamento da dor [290 (73,0%)], a caracterização qualitativa da dor [286 (72,0%)] e os elementos relativos aos efeitos da dor na vida diária da criança [220 (55,4%)]. Em nenhum caso houve registo do impacto emocional e/ou socioeconómico da dor na criança e família (Tabela 3). O número de categorias a que dizia respeito a informação colhida variou entre uma e cinco, com uma mediana de quatro categorias de informação registada por criança. Quando foi feita, esta colheita de dados foi considerada bem elaborada em 280 (70,5%) dos casos.

Considerando três turnos de trabalho em 24 horas, apurámos que no turno das últimas oito horas a prevalência de avaliação da intensidade da dor foi de 311 (37,5%), no turno entre as últimas oito a 16 horas de 297 (35,8%) e entre as últimas 16 a 24 horas de 305 (36,7%). Nas 24 horas, verificámos que houve uma média de 304 avaliações e registos da intensidade de dor por turno, o que perfaz uma prevalência de 36,6%. Em 24 horas, a prevalência de avaliação da intensidade da dor foi de 605 (72,9%).

criança foi alvo de avaliação da intensidade da dor e de administração de um fármaco, em 88 (33,6%) das situações essa administração foi adequada à intensidade da dor registada (Tabela 4).

A prevalência de intervenções não-farmacológicas apurada foi de 131 (15,8%). O número de intervenções realizadas por criança variou entre uma e quatro, com uma mediana de uma intervenção. Os tipos de intervenção mais utilizados foram a distração [59 (45,0%)],

Tabela 3. Informação colhida na história de dor

Informação sobre a história de dor	n (%)
Formas de comunicar / expressar a dor	339 (85,4)
Fatores de alívio e agravamento	290 (73,0)
Características da dor	286 (72,0)
Efeitos na vida diária	220 (55,4)
Habilidades e estratégias de <i>coping</i>	125 (31,5)
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	93 (23,4)
Experiências traumatizantes e medos	64 (16,1)
Comportamento da criança e ambiente familiar	20 (5,0)
Impacto emocional e/ou socioeconómico	- (0,0)

As escalas de dor usadas na avaliação da intensidade da dor foram a Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em 277 (45,8%) casos, a Escala Numérica em 164 (27,1%) casos, a EDIN em 68 (11,2%) casos, a Escala Visual Analógica (EVA) em 53 (8,8%) casos, a FPS-R em 17 (2,8%) casos, a Wong Baker Pain Scale em três (0,5%) casos, a Objective Pain Scale (OPS) em dois (0,3%) casos e outras escalas em 21 (3,5%) casos. A adequação da escolha da escala de dor em função da idade da criança foi considerada correta em 359 (59,3%) das situações. A intensidade da dor manifestada pela criança variou entre 0 e 10 pontos, com uma mediana de 0 pontos.

Categorizando a intensidade de dor, verificámos que em 287 (79,9%) casos não se manifestou dor, em 45 (12,5%) sentiu-se uma dor ligeira, em 20 (5,6%) uma dor moderada e em sete (1,9%) uma dor intensa. Houve um bom controlo da dor em 332 (92,5%) dos casos analisados.

O registo das intervenções farmacológicas revelou uma prevalência de 350 (42,2%). Nestes 350 casos, o tipo de fármaco mais utilizado foi os não-opioides em 308 (88,0%) dos casos, seguindo-se os opioides em 66 (18,9%) das administrações feitas. Houve recurso à associação de fármacos em 107 (30,6%) casos. A via oral [236 (67,4%)] e intravenosa [190 (54,3%)] foram as mais utilizadas e a associação de vias verificou-se em 60 (17,1%) das situações. Num total de 262 casos em que a

os posicionamentos [21 (16,0%)] e a presença dos pais [20 (15,3%)]. Das 131 intervenções não-farmacológicas registadas, em 59 (45,0%) dos casos houve associação de intervenções. Dos 108 casos em que se realizou avaliação da intensidade da dor e houve intervenção não-farmacológica, a coerência da intervenção com a intensidade da dor verificou-se em 55 (50,9%) dos casos. Nos 49 casos em que houve identificação de intervenção não-farmacológica na história de dor e intervenção não-farmacológica, em 28 (57,1%) dos casos a intervenção respeitou a técnica preferida da criança (Tabela 4).

## DISCUSSÃO

No período em análise, a maioria dos processos clínicos revelou que a criança não estava com dor ou tinha uma dor de intensidade ligeira. Estes resultados são muito inferiores aos de estudos recentes<sup>2-4</sup> e reveladores de uma grande evolução nos cuidados, se comparados com o estudo realizado em Portugal em 2003<sup>13</sup>, em que apenas 77,2% das crianças tinham um bom controlo da dor. O investimento na formação pode ser oneroso e sem impacto imediato na prática dos cuidados mas, a médio prazo, revela ser um investimento rentável quando existe um bom controlo da dor em 92,5% dos casos analisados.

Se este investimento não for prosseguido e aprofundado, corre-se o risco de os resultados serem efémeros, uma vez que a tendência é para que os profissionais de saúde, ao longo do tempo, desvalorizem e deixem de assumir estas novas competências<sup>17</sup>.

matizantes anteriores e/ou medos e comportamentos da criança. Toda a informação é importante, mas a pesquisa tem revelado que a eficácia do controlo da dor aumenta quando se usam as estratégias de *coping* da criança e se previnem as experiências negativas da dor<sup>19</sup>.

Tabela 4. Controlo farmacológico e não-farmacológico da dor

**Controlo farmacológico e não-farmacológico da dor**

Prevalência do tratamento farmacológico (n=810), n (%)	350 (42,2)
Tipo de fármacos administrados (n=350), n (%)	
Não-opioides	308 (88,0)
Opioides	66 (18,9)
Anestésico tópico	25 (7,1)
Adjuvantes	10 (2,9)
Associação de fármacos (n=350), n (%)	107 (30,6)
Vias de administração (n=350), n (%)	
Oral	236 (67,4)
Intravenosa	190 (54,3)
Cutânea	30 (8,6)
Outra	21 (6,0)
Associação de vias de administração (n=350), n (%)	60 (17,1)
Adequação do fármaco em função da intensidade de dor (n=262), n (%)	88 (33,6%)
Prevalência do tratamento não-farmacológico (n=810), n (%)	131 (15,8)
Número de intervenções não-farmacológicas, mediana (min - max)	1 (1-4)
Tipo de intervenção não-farmacológica (n=131), n (%)	
Distração	59 (45,0)
Posicionamentos	21 (16,0)
Presença dos pais	20 (15,3)
Chupeta	18 (13,7)
Massagem	17 (13,0)
Conforto	12 (9,2)
Colo	11 (8,4)
Aplicação calor/frio	10 (7,6)
Reforço positivo	10 (7,6)
Relaxamento	8 (6,1)
Outras	20 (15,3)
Associação de intervenções (n=131), n (%)	59 (45,0)
Coerência da intervenção com a intensidade da dor (n=108), n (%)	55 (50,9)
Coerência da intervenção com a história da dor (n=49), n (%)	28 (57,1)

A história de dor foi obtida em menos de metade dos casos. Quando foi realizada, o enfermeiro recolheu dados de pelo menos três categorias de informação sobre a dor<sup>9</sup>, o que se assinala como muito positivo. Todavia, essa informação raramente identifica dados sobre os mecanismos de *coping* da criança ou sua técnica não-farmacológica preferida, experiências trau-

Como em outros estudos, as técnicas não-farmacológicas mais registadas como as preferidas pelas crianças foram a presença dos pais e a massagem<sup>18</sup> e refletem um cuidado de rotina. A massagem, apesar de há muito usada em outras realidades<sup>19</sup> só agora começa a ter a atenção dos profissionais de saúde, embora já reconhecida pelas crianças e pais<sup>20</sup>.

A avaliação da intensidade da dor é uma tarefa nuclear para o efetivo controlo da dor<sup>7-9</sup> estando a sua avaliação e registo com uma frequência de pelo menos uma vez por turno de trabalho legalmente instituída como norma de boa prática<sup>8,9</sup>. No entanto, apenas se verificou a avaliação da dor em cada turno de trabalho em pouco mais de um em cada três casos. Embora a prevalência de avaliação e registo em 24 horas seja superior à de outros estudos<sup>2-4</sup> e revelar um importante avanço nos cuidados nos últimos anos, está longe do que se encontra instituído<sup>8,9</sup>. Importa salientar que, atentos os termos em que a avaliação da dor se encontra instituída, a sua não realização deve ter um carácter manifestamente excepcional, exigindo que a mesma seja objeto de registo devidamente fundamentado. Não analisámos este dado, o que em futuros trabalhos deverá ser contemplado.

Apenas em pouco mais de metade dos casos, a seleção da escala se pode considerar adequada em função da idade<sup>9</sup>. Este resultado é de difícil interpretação, pois existem algumas situações particulares em que a escolha da escala não poderá ser feita em função da idade da criança, mas usando outros critérios (situação clínica, antecedentes de saúde ou estadios de desenvolvimento cognitivo). Todavia, sendo a escala EVA o padrão de eleição na avaliação da dor<sup>8,9,14</sup>, seria de esperar um menor uso da Escala Numérica. É certo que esta tem a vantagem de mais fácil uso, pois não exige instrumento físico, mas tem a desvantagem, em relação à EVA, de ter um efeito de memória, não ser tão precisa e exigir conhecimento dos números, o que nem sempre é seguro entre os seis e os oito anos.

Ao longo dos últimos dez anos não houve grandes alterações na prevalência de intervenções farmacológicas e forma de administração dos analgésicos, tal como se tem verificado em outros estudos<sup>5,13</sup>. Nem sempre a administração do analgésico foi coerente com a intensidade da dor registada, o que parece comprovar a necessidade de um maior investimento na sensibilização e formação de quem prescreve e administra os fármacos e de se formalizarem mais protocolos de atuação em equipa multidisciplinar.

A prevalência do registo de intervenções não-farmacológicas foi baixa, quando comparada com o estudo de 2003<sup>13</sup>, mas semelhante ao verificado num outro estudo<sup>2</sup>. Este aparente recuo na utilização das intervenções não-farmacológicas pode justificar-se pelo baixo registo, por se ter passado a usar o registo informático e apesar destas intervenções estarem parametrizadas. Por outro lado, parece existir uma cultura subjacente, frequentemente verbalizada, dos enfermeiros realizarem intervenções consideradas de rotina ou boa prática e que não são objeto de prescrição e registo.

As intervenções não-farmacológicas maioritariamente utilizadas foram técnicas simples, de fácil aplicação, que não exigem grande preparação na sua aplicação e fazem parte da prática habitual dos cuidados (distração, posicionamentos e presença dos pais) e, em quase metade dos casos, usadas em associação. Os enfermeiros, perante a ineficácia de uma primeira intervenção, utilizam outras numa tentativa de controlar a dor. As intervenções não farmacológicas são úteis no tratamento da dor ligeira a moderada, como complemento das intervenções farmacológicas, sendo que, para serem eficazes, requerem uma escolha criteriosa da técnica mais adequada para cada caso<sup>19</sup>. A associação de intervenções não-farmacológicas parece estar relacionada com uma prescrição que não contempla a informação colhida na história de dor, ou porque não é feita ou, quando o é, não valorizam a informação relevante para a prescrição destas intervenções.

A opção por um estudo retrospectivo, apesar de ter viabilizado a recolha dos dados sem interferência nos cuidados e com maior objetividade, limitou a recolha em alguns casos por os registos serem incompletos e se usarem plataformas de registo diferentes. A interpretação dos dados revelou-se difícil, dada a escassez de estudos sobre a caracterização dos cuidados prestados na área da dor da criança hospitalizada. Importa referir, que este estudo não reflete a realidade particular de cada serviço, mas dá-nos uma ideia muito concreta da evolução dos cuidados na última década.

## CONCLUSÕES

O investimento feito na última década na sensibilização e formação dos profissionais de saúde na área da dor pediátrica parece ser uma opção estratégica correta face aos progressos verificados no bom controlo da dor. A análise dos cuidados revelou bons indicadores de qualidade quando comparados com outras realidades. Todavia, refletem ainda um longo caminho a percorrer quanto a uma cultura que privilegie a metodologia científica como método de trabalho com informação para a tomada de decisão, prescrição criteriosa, registo, avaliação e reavaliação, assim como uma prescrição de intervenções orientada pela avaliação e história da dor e uma atuação orientada por protocolos multidisciplinares de atuação.

Há necessidade de prosseguir e aprofundar o investimento na formação escolar, em ações de sensibilização e formação contínua, envolvendo todos setores profissionais, em conjunto, ou seja, a equipa de saúde, e continuar a fomentar os esforços na área da recolha

de informação, avaliação da dor e uso de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

### FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

### AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos colegas Amada Nascimento,

Telma Justino, Clara Sampaio, Eduarda Mourão, Adelaide Rebelo, Olga Queirós, Dulce Carvalho e Sílvia Santos a disponibilidade, empenho e dedicação na colheita dos dados que tornou possível este trabalho.

### CORRESPONDÊNCIA

Luís Manuel Cunha Batalha  
batalha@esenfc.pt

**Recebido:** 17/05/2013

**Aceite:** 12/01/2014

### REFERÊNCIAS

1. Daher M. Pain relief is a human right. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11:97-101.
2. Zhu LM, Stinson J, Palozzi L, Weingarten K, Hogan M-E, Duong S, et al. Improvements in pain outcomes in a Canadian pediatric teaching hospital following implementation of a multifaceted knowledge translation initiative. *Pain Res Manag* 2012;17:173-179.
3. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008;13:25-32.
4. Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G, et al. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *J Pain* 2012;13:857-865.
5. Groenewald CB, Rabbitts JA, Schroeder DR, Harrison TE. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Paediatr Anaesth* 2012;22:661-668.
6. Direção-Geral da Saúde e Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Plano Nacional de Luta Contra a Dor. Lisboa: DGS; 2001.
7. Direção-Geral da Saúde. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG. Lisboa: DGS; 2003.
8. Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. Dor – guia orientador de boa prática. Cadernos OE Série 1 (1). Lisboa: OE; 2008.
9. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 14/2010. Lisboa: DGS; 2010.
10. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 24/2012. Lisboa: DGS; 2012.
11. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 23/2012. Lisboa: DGS; 2012.
12. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 22/2012. Lisboa: DGS; 2012.
13. Batalha L. *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel; 2010.
14. Agence Nationale d'Accreditation et d'Évaluation en Santé. *Evaluation et stratégies de prise en charge de la douleur aigue en ambulatoire chez l'enfant de 1 mois à 15 ans*. Paris: ANAES; 2000.
15. Vega-Stromberg T, Holmes SB, Gorski LA, Johnson BP. Road to excellence in pain management: research, outcomes and direction (ROAD). *J Nurs Care Qual* 2002;17:15-26.
16. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. Paredero W. Résistance des équipes soignantes a la prise en charge de la douleur. In: Direction Générale de la Santé, Association pour le Traitement de la Douleur de L'enfant, editors. *La douleur de l'enfant. Quelles réponses?* Paris: Astra-Zeneca; 2001:130-137.
18. McGrath PJ, Craing K. Developmental and psychological factors in children's pain. *Pediatr Clin North Am* 1989;36:823-836.
19. Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatr Clin North Am* 2000;47:513-525.
20. Post-White J, Fitzgerald M, Savik K, Hooke MC, Hannahan AB, Sencer SF. Massage therapy for children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2009;26:16-28.
21. Thiadens T, Vervat E, Albertyn R, Van Dijk M, Van As ABS. Evaluation of pain incidence and pain management in a South African paediatric trauma unit. *S Afr Med J* 2011;101:533-536.