

# Valorizar a dor na criança: uma reflexão voltada para a praxis

Manuela Amaral-Bastos<sup>I</sup>; Carina Ferreira de Sousa<sup>II</sup>

## TO VALUE PAIN IN CHILDREN: A REFLECTION ORIENTED TO PRAXIS

### ABSTRACT

**Introduction:** Pain, in Portugal, was considered the 5<sup>th</sup> vital sign in 2003, therefore the measurement, registry and implementation of proper measures to minimize it became of great importance. However, being a subjective phenomenon, it is hard to measure. Those nurses who take care of pediatric patients are faced with an added challenge on pain assesment.

**Goal:** To describe how Nurses value pain in children under their care; to compare their approach with the Guidelines of Good Practice on Pain (GGP) of the Portuguese Order of Nurses.

**Material and Methods:** Forty-one nurses of pediatric clinical practice were questioned on the meaning of pain valorization on children. It was made a qualitative analysis of the answers classifying them according to Text Units (TU).

**Results:** From the data treatment of the 41 questionnaires there resulted four categories of TU: the fifth Vital Sign (12 TU), Professional Demand (26 TU), Recognition and Personal Care (6 TU) and Practicing Excellence (18 TU), which are in conformity with the GGP of the Portuguese Order of Nurses.

**Conclusions:** We have concluded that to value pain in children as the *Fifth Vital Sign* is a *Professional Demand*, which *Recognizes* the child as a person to whom we are rendering a *Personalized Care*, so that the provided care leads to the *Way to Excellence*.

**Key-words:** Pain, Nurses, Children.

### RESUMO

**Introdução:** A dor, ao ser considerada em Portugal como 5º sinal vital em 2003, obriga à sua mensuração, registo e implementação de medidas adequadas para a minimizar. Contudo, sendo um fenómeno subjectivo, a sua mensuração é difícil. Os Enfermeiros que prestam cuidados a utentes pediátricos têm na avaliação da dor um desafio acrescido.

**Objetivo:** Descrever a forma como os Enfermeiros questionados valorizam a dor das crianças a quem prestam cuidados; confrontar a valorização da dor, expressa pelos enfermeiros questionados, com o Guia Orientador de Boa Prática (GOBP) sobre a dor, da Ordem dos Enfermeiros.

**Material e Métodos:** Foram questionados 41 Enfermeiros da prática clínica pediátrica, sobre o significado da valorização da dor na criança e efetuada uma análise qualitativa das suas respostas, classificando-as em Unidades de Texto (UT).

**Resultados:** Da análise das 41 respostas dadas pelos Enfermeiros emergiram 4 Categorias principais. Assim, a dor é afirmada como o *Quinto Sinal Vital* em 12 UT, como *Reconhecimento e Cuidado Personalizado* em 26 UT, como *Exigência Profissional* em 6 UT; e como *Caminho de Excelência* em 18 UT, sendo que estes conceitos estão de acordo com o GOBP.

**Conclusões:** Concluimos que valorizar a dor da criança como 5º Sinal Vital é uma *Exigência Profissional* que *Reconhece* a criança como pessoa a quem se presta um *Cuidado Personalizado* de forma a que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no *Caminho da Excelência*.

**Palavras-chave:** Dor, Enfermeiros, Crianças.

Nascer e Crescer 2014; 23(4): 190-194

<sup>I</sup> S. Cuidados Intensivos Pediátricos, H Santo António, CH Porto. 4099-001 Porto, Portugal. mariamanuelaamaral@gmail.com.

<sup>II</sup> Instituto Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde – Porto. 4202-401 Porto, Portugal.

<sup>III</sup> S. Internamento Médico-Cirúrgico de Pediatria, H Santo António, CH Porto. 4099-001 Porto, Portugal. karinasousa@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Em Portugal, a dor foi elevada à categoria de sinal vital em 2003<sup>(1)</sup>. Este facto implica mensuração da dor, registo e implementação de medidas adequadas para a minimizar. Sabemos que a dor é um fenómeno subjectivo, consequentemente, difícil de avaliar. Isto é mais notório quando o nosso utente, por algum motivo, não pode proceder à auto-avaliação. O cuidado à criança com dor pode traduzir-se figurativamente por vários elos de uma cadeia: reconhecimento da presença de dor, implementação de intervenções de controlo (farmacológicas ou não), reavaliação e registo. O processo poderá falhar em qualquer um dos elos comprometendo a qualidade dos cuidados prestados. Talvez o elo mais suscetível seja o reconhecimento da presença de dor e, se esta não for detetada, as intervenções consequentes não são iniciadas. Os enfermeiros são profissionais de saúde estrategicamente colocados para detetarem precocemente a presença de dor, valorizando-a como fenómeno a diagnosticar e a tratar. Para que tal aconteça precisam estar sensibilizados e alerta, procurando sinais de dor precocemente e de forma sistemática.

Os Enfermeiros que prestam cuidados a crianças têm na avaliação da dor um desafio acrescido pelo que questionamos um pequeno grupo sobre como valorizam a dor das crianças que cuidam.

## OBJETIVOS

Este estudo tem como objetivos: descrever como os Enfermeiros questionados valorizam a dor das crianças a quem prestam cuidados; confrontar a valorização da dor, expressa pelos enfermeiros questionados, com o GOBP<sup>(2)</sup> sobre a Dor, da Ordem dos Enfermeiros.

## MATERIAL E MÉTODOS

No início de uma sessão de formação sobre dor, foram questionados por escrito 41 enfermeiros da prática clínica pediátrica. A questão colocada foi: que significa para si, valorizar a dor da criança? Procedeu-se à análise de conteúdo seguindo as fases propostas por Bardin.<sup>(3,4)</sup> Inicialmente foram transcritas as respostas dadas pelos enfermeiros. Atribuiu-se um código a cada resposta global (Enf 1, ... Enf 41), construindo assim o *corpus* deste estudo. Efetuou-se uma leitura flutuante do texto. Esta leitura permitiu identificar frases relacionadas que foram sendo codificadas. Chamamos a estas frases Unidades de Texto. Estas unidades de texto (62), agrupadas pelo seu conteúdo, permitiram encontrar as Categorias Temáticas (4).

Cada uma das autoras efetuou isoladamente o percurso metodológico apresentado. Posteriormente reuniram, apresentaram e discutiram a sua análise e elaboraram um documento de consenso. Cerca de 60 dias após, reviram em conjunto todo o processo. Foram efetuados pequenos ajustes ao documento de consenso produzido anteriormente. Iniciaram então a leitura do GOBP procurando pontos comuns e dissonantes com a valorização da dor descrita pelos enfermeiros questionados e analisada pelas autoras.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise das 41 respostas dadas pelos Enfermeiros emergiram 4 Categorias principais. Assim, a dor é afirmada como o *Quinto Sinal Vital* em 12 UT, como *Reconhecimento e Cuidado Personalizado* em 26 UT, como *Exigência Profissional* em 6 UT; e como *Caminho de Excelência* em 18 UT.

### *Quinto Sinal Vital*

A circular normativa da Direção Geral da Saúde datada de 2003 que eleva a dor a Quinto Sinal Vital<sup>(1)</sup>, diz que a avaliação da dor compete aos profissionais de saúde, deve ser avaliada pelo menos uma vez por turno e em SOS, fazendo uso de escalas e ser registada na sequência dos outros sinais vitais. O uso das escalas a utilizar em pediatria é clarificado na orientação de 2010<sup>(5)</sup>.

Na categoria Quinto Sinal Vital foram incluídas 12 UT apresentadas no Quadro I, das quais destacamos:

- É um sinal vital importante cuja avaliação nos permite prestar cuidados de qualidade, dando conforto à criança. (Enf 36)
- Avaliar *score* de dor, utilizando escala adequada e registar. Actuação imediata com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Reavaliar após 1 hora. Registo das intervenções. (Enf 24)
- Conhecer bem os instrumentos de avaliação da dor para actuar em conformidade. (Enf 31)

Face a um *score* de dor, é necessário atuar implementando intervenções, farmacológicas ou não, isoladas ou em conjunto. A OE<sup>(2)</sup> diz que é "...norma de boa prática que a presença de dor e a sua intensidade sejam sistematicamente valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas." (GOBP, p. 8)

Em Portugal foram desenvolvidas normas orientadoras da prática clínica específicas para pediatria<sup>(6)</sup>, recém nascidos (RN)<sup>(6)</sup>, crianças com patologia oncológica<sup>(7)</sup> bem como para minimizar a dor causada por procedimentos.<sup>(8)</sup> Também tem sido feito um esforço no sentido de traduzir e validar instrumentos de avaliação da dor para a realidade pediátrica portuguesa, nomeadamente a Escala de EDIN<sup>(9)</sup>, FLACC<sup>(10)</sup>, FLACC-R<sup>(11)</sup>, DESS<sup>(12)</sup>, entre outras.

Para avaliar a dor é fundamental a utilização de escalas, tal como referem alguns dos participantes neste estudo. A investigação mostra que a dor não é identificada em pelo menos uma criança em cada cinco, sem o recurso a instrumentos de medida.<sup>(13)</sup> Num estudo desenvolvido no Brasil, pediram às mães dos RN e às enfermeiras para identificarem a face de dor do bebé. A identificação correta foi efetuada por 65,2% das mães e 41,7% das enfermeiras.<sup>(14)</sup>

Para além da necessidade de utilização de instrumentos de medida alguns enfermeiros apontam a necessidade de efetuar registos, o que esta em conformidade com o GOBP. Na nossa prática profissional verificamos que existe maior dificuldade nos registos da reavaliação e da avaliação em SOS que das avaliações em horários predefinidos. Ou seja, quando se deteta um *score* de dor é necessário intervir, registar *score* e

intervenção(ões) e registar também o resultado obtido com as intervenções implementadas (reavaliação), tal como para qualquer outro sinal vital. Embora pareça óbvio, quando auditamos os registos, verificamos que o procedimento nem sempre é seguido.

### **Reconhecimento e Cuidado Personalizado**

Foram agrupadas nesta categoria 26 UT que apresentamos no Quadro II. Foram ainda identificadas três subcategorias:

- Escutar e Acreditar;
- Pesquisar e Reconhecer;
- Adequar Intervenções.

Como é do conhecimento geral “a percepção e a expressão da dor variam na mesma pessoa e de pessoa para pessoa, de acordo com as características individuais, a história de vida, o processo de saúde/doença e o contexto onde se encontra inserida.” (GOBP, p. 13)

Destacamos algumas UT incluídas nesta categoria:

- Acreditar que a criança tem dor. (Enf 28)
- Ver, ouvir, sentir e intervir nas queixas que a criança manifesta. (Enf 5)
- É ir ao encontro da criança na sua doença que lhe causa mau estar. É considerar a criança como um locutor importante e respeitá-la. (Enf 8)
- É estar sensível e atenta a um sinal que pode ser evidente ao nosso olhar ou estar mascarado por uma reacção que só a criança pode evidenciar e relatar. (Enf 23)
- Significa perceber o que ela está a sentir para com isso podermos ter alterações nos nossos procedimentos de modo a diminuir o sofrimento da criança. (Enf 13)

Sabemos por experiência própria o quanto é difícil quantificar a dor. Nenhuma outra pessoa é capaz de dizer o quanto nos dói. As crianças, fazendo parte de um grupo vulnerável, têm pelo menos tanta dificuldade como os adultos... Em consequência, o enfermeiro deve “acreditar sempre na pessoa que sente dor” (GOBP, p. 15) sabendo que “toda a pessoa tem direito ao melhor controlo da dor” (GOBP, p. 13) e como cada pessoa é única e sente de forma diferente, é sinal de boa prática promover um cuidado personalizado ajustando “o plano terapêutico de acordo com os dados da reavaliação...” (GOBP, p. 17) e contribuindo “com dados relevantes sobre a individualidade da pessoa...” (GOBP, p. 17) para conhecimento de toda a equipa que lhe presta cuidados.

Dentro da idade pediátrica, as crianças que não conseguem verbalizar a sua dor, são mais vulneráveis, dependem mais de quem as cuida. Fendas palpebrais semicerradas, sulco nasolabial aprofundado, boca entreaberta, mãos cerradas, dedos dos pés em leque, para além de outros, são sinais comportamentais de dor. O enfermeiro que cuida destes utentes necessita desenvolver competências para perceber os pequenos sinais que lhe permitem valorizar efectivamente a dor do RN. As mães dos RN parecem ter uma capacidade inata para efetuar esta leitura, tal como mostra estudo já citado.<sup>(14)</sup> Num outro estudo foi pedido a

mães e enfermeiras para classificarem fotografias de recém nascidos com dor. Também neste estudo, a tarefa foi realizada com mais sucesso pelas mães.<sup>(15)</sup> Procurando identificar os conhecimentos de profissionais de saúde no controlo da dor aguda pós operatória foi desenvolvido um estudo em Portugal, através de questionário, em que os enfermeiros participantes acertaram em 70,9% das respostas.<sup>(16)</sup> Face a estes resultados, parece ser importante desenvolver competências e sensibilidade para melhor detetar sinais de dor. A necessidade de utilização de instrumentos de medida, apontada por alguns dos participantes, supõe a necessidade de formação, embora esta não tenha sido claramente expressa pelos participantes no estudo. Também não foi apontada a necessidade das organizações definirem políticas institucionais que promovam a formação na área e a avaliação da dor, tal como alerta o GOBP (p. 19-20). O facto destes aspectos não terem sido referidos parece-nos ser justificado pela questão efetuada, que se direcionava expressamente para a atuação do enfermeiro.

### **Exigência Profissional**

Foram integradas nesta categoria 6 UT apresentadas no Quadro III, das quais destacamos:

- Valorizar a dor da criança é uma das nossas exigências profissionais diárias. (Enf 7)
- Vendo a perspectiva holística do cuidar, valorizar a dor tem que estar presente no dia a dia do enfermeiro. (Enf 4).

De facto a avaliação da dor e todos os procedimentos daí decorrentes são um imperativo legal mas, antes disso e para além disso, constituem uma exigência profissional que emerge do respeito pelo outro e do dever ético, pois “...o Controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde” (GOBP, p. 9). Os enfermeiros questionados salientaram a questão do dever profissional mas não focaram o direito da criança a que lhe seja avaliada e tratada a dor.

### **Caminho de Excelência**

Prestar cuidados de excelência é intrínseco ao desenvolvimento da profissão de enfermagem. Nesta categoria foram incluídas 18 UT apresentadas no Quadro IV, das quais destacamos:

- Desvalorizar a dor, pertence ao passado em que a dor era aliviada e a sua quantificação deixada ao acaso. Para a excelência do cuidar é importante valorizar a dor sempre e cada vez mais e melhor. (Enf 3)
- Significa trabalhar para melhorar a sua qualidade de vida, diminuindo o seu incómodo e aumentando o seu conforto. (Enf 16)
- Valorizar a dor da criança para que possamos minorar o seu sofrimento aplicando várias medidas, essencialmente não farmacológicas. (Enf 18)
- Independentemente dum ajuda ser traduzida por administração de terapêutica, o toque, uma massagem, o silêncio, um apagar de luz, o “estar”... (Enf 21)
- Humanizar os cuidados. (Enf 9)

Para poder ser tratada, a dor tem de ser reconhecida. Logo é ponto alvo no plano de cuidados de qualquer doente pois "...a dor não controlada tem consequências imediatas e a longo prazo" (GOBP, p. 13). Dentre os recursos disponíveis, os enfermeiros salientam a importância das medidas não farmacológicas e estas intervenções, sendo autónomas, "...são da exclusiva iniciativa e responsabilidade do enfermeiro." (GOBP, p. 15)

Negar ou desvalorizar "...a dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional." (GOBP, p. 7) Um estudo desenvolvido em Portugal e publicado em 2013 identifica as melhorias no controlo da dor referentes a uma década. A prevalência de crianças com dor baixou significativamente, as medidas farmacológicas não sofreram alterações significativas mas o registo de intervenções não farmacológicas baixou drasticamente (de 72 para 15%)<sup>(17)</sup>. Estes resultados evidenciam uma melhoria dos cuidados prestados. O menor registo de intervenções não farmacológicas poderá ser explicado pela transição para os registos informáticos. Este facto deve ser objeto de reflexão para a prática clínica pois, a evidência dos cuidados prestados faz-se, em grande parte, pelos registos efetuados.

Encontramos apenas um enfermeiro que refere a necessidade de explicar à criança e pais a utilização de uma escala quando da admissão. Também não é explicitada a colheita da história de dor nem a inclusão dos pais na avaliação da dor, práticas recomendadas pelo GOBP (p. 16, 18). Os enfermeiros questionados, sendo da área pediátrica, têm como forma de trabalho incluir os pais/cuidador na prestação de cuidados, chamando a este modelo Parceria de Cuidados. Contudo, alguns estudos publicados, apontam para diversos níveis de parceria,<sup>(18-19)</sup> outro refere que a parceria está no pensar mas não no agir dos enfermeiros.<sup>(20)</sup> Esta é uma questão para a qual não temos resposta e deixamos à reflexão dos leitores, sobretudo enfermeiros de pediatria.

Um outro aspeto significativo relativamente à dor é que seja idealmente evitada ou prevenida e se tal não for possível, minimizada. Este aspeto também não foi explicitamente focado, provavelmente devido à formulação da pergunta que partia do suposto que a criança apresentava dor.

Apontamos como limitações do estudo o facto de não ter sido devolvida a análise efetuada a alguns participantes a fim de garantir a validade externa dos resultados.

Como sugestão para estudos futuros apontamos o confronto com as evidências da prática clínica expressas nos registos de enfermagem.

As múltiplas perspetivas apresentadas pelos enfermeiros questionados, pelo confronto com o GOBP e com algumas investigações, como que constituem um *puzzle* que deverá transparecer no agir profissional de cada enfermeiro.

## CONCLUSÕES

Da análise efetuada às respostas dos enfermeiros questionados entende-se que valorizar a dor da criança como *5º Sinal Vital* é uma *Exigência Profissional* que *Reconhece* a criança como pessoa a quem se presta um *Cuidado Personalizado* de

forma a que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no *Caminho da Excelência*.

Ao confrontar com o GOBP percebemos muitos pontos em comum. Destacamos a dor como sinal vital que necessita ser avaliado e registado recorrendo para tal a instrumentos de medida; o cuidado à criança com dor é visto como uma exigência profissional e implica acreditar na criança que refere dor, procurar sinais de evidência de dor e adequar as intervenções a implementar à criança e situação clínica, sejam elas farmacológicas e/ou não farmacológicas. Encontramos alguns aspetos referidos pelo GOBP e pouco ou nada evidenciados pelos enfermeiros questionados: o papel do enfermeiro como transmissor de informação no seio da equipa multidisciplinar de forma a adequar as prescrições farmacológicas às necessidades da criança, a envolvimento dos pais na avaliação e controlo da dor dos seus filhos bem como a necessidade das organizações de saúde desenvolverem políticas que promovam a formação, avaliação e controlo da dor.

Avaliar e controlar a dor em pediatria continua a ser um desafio para os enfermeiros enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar que tem os pais como parceiros. O GOBP é um contributo importante para melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Direcção-Geral da Saúde. Circular Normativa nº 09/DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. DGS, 14 jun 2003.
2. Ordem dos Enfermeiros. Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: OE; 2008.
3. Santos F. Análise de Conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Rev Elect Educ [periódicos na internet] 2012 mai [acesso em jan 2013]; 6:383-87. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291>.
4. Oliveira D. Análise de Conteúdo Temático-Categorial: uma proposta de sistematização. Rev Enf UERG 2008; 16:569-76.
5. Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Orientação 014/2010. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. DGS, 14 dez 2010.
6. Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Orientação 024/2012. Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nos Recém-Nascidos. DGS, 18 dez 2012.
7. Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Orientação 023/2012. Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor nas Crianças com Doença Oncológica. DGS, 18 dez 2012.
8. Direcção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Orientação 022/2012. Orientações Técnicas sobre o Controlo da Dor em Procedimentos Invasivos nas Crianças. DGS, 18 dez 2012.

9. Batalha L, Guimarães H. Avaliação de Dor e Desconforto no Recém-Nascido. *Acta Pediatr Port.* 2003;34(3):159-13.
10. Batalha L, Reis G, Costa LP, Carvalho MD, Miguens AP. Adaptação Cultural e Validação da Reprodutibilidade da Versão Portuguesa da Escala de Dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em Crianças. *Rev Enf Ref.* 2009;II Série 10:7-14.
11. Batalha L, Mendes VM. Adaptação Cultural e Validação da Versão Portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-Revised (FLACC-R). *Rev Enf Ref.* 2013; III Série 11:7-17.
12. Garcia M, Fernandes A. Avaliação da Dor nas Crianças com Deficiência Profunda: a escala DESS. *Rev Enf Ref.* 2007;II Série 5:17-2.
13. Lucas AM, Batalha L. Avaliação da Dor na Criança por Enfermeiros. XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem; 2011; Coimbra.
14. Balda RC, Almeida MF, Peres CA, Guinsburg R. Fatores que Interferem no Reconhecimento por Adultos da Expressão Facial de dor no Recém Nascido. *Rev Paul Pediatr* 2009; 27:160-7.
15. Sousa B, Santos M, Sousa F, Gonçalves A, Paiva S. Avaliação da Dor como Instrumento para o Cuidar de Recém Nascidos Pré-Termo. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15(Esp)88-6.
16. Cunha I, Romão J, Ferreira A, Vicente C. Abordagem aos Conhecimentos dos Profissionais de Saúde no Âmbito do Controle da Dor Aguda Pós-Operatória em Crianças. *Acta Pediatr Port* 2013; 44:238-8.
17. Batalha L. Avaliação e Controlo da Dor em Pediatria: uma década. *Saúde Tecnol* 2013; Sup:16-1.
18. Amaral-Bastos M. Parceria de Cuidados em Pediatria Observada à Luz da Investigação. [acesso jun 2014]. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/handle/10400.16/1441>
19. Amaral-Bastos M. Parceria de Cuidados em Pediatria: perspectiva dos enfermeiros. In: Atas e comunicações da XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem; 2011 set 18-24; Coimbra, Portugal. Coimbra: Ren Enf Ref 2011; III Série Sup 4: 423.
20. Mendes M, Martins M. Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Rev Enf Ref* 2012; III Série, 6:113-21.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos enfermeiros participantes na formação que partilharam o seu modo pessoal de valorizar a dor na criança.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Manuela Amaral-Bastos  
Centro Hospitalar do Porto  
Hospital de Santo António  
Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos  
Largo Prof. Abel Salazar  
4099-001 Porto, Portugal  
E-mail: [mariamanuelaamaral@gmail.com](mailto:mariamanuelaamaral@gmail.com)

Recebido a 29.07.2014 | Aceite a 03.10.2014