

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO**

ANALI MARTEGANI FERREIRA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Porto Alegre

2009

ANALI MARTEGANI FERREIRA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eneida Rejane Rabelo da Silva

Porto Alegre

2009

ANALI MARTEGANI FERREIRA

**VALIDAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA EM
CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA

Porto Alegre, 04 de maio de 2009

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Eneida Rejane Rabelo da Silva

Membro –PPGENF/UFRGS Prof.^a Dr.^a Eva Néri Rubin Pedro

Membro – UFCSPA Prof.^a Dr.^a Márcia Koja Breigeiron

Membro – USP Prof.^a Dr.^a Diná de Almeida Lopes Monteiro da Cruz

A Deus, que permitiu minha história de vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me dar o discernimento e a tranquilidade necessários e por ter colocado ao meu lado pessoas leais e incentivadoras.

À Prof.^a Dr.^a Eneida Rejane Rabelo da Silva, orientadora desta dissertação, por compartilhar comigo seus conhecimentos, confiar e acreditar na concretização deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pela oportunidade e pelos ensinamentos ao longo desta trajetória.

À enfermeira Caroline Predebon, uma das peritas deste estudo, pela competência e responsabilidade assumidas no decorrer do projeto.

À Prof.^a Helena Issi, pelos conselhos, ensinamentos e por fazer parte da minha trajetória acadêmica e profissional.

À Prof.^a Nair Ribeiro, pelo apoio, pelos ensinamentos e pela motivação para a realização deste projeto.

À enfermeira Simone Pasin, enfermeira consultora em Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pela amizade; e pelo apoio e sugestões durante a realização deste estudo.

Às Prof.^{as} Miriam Abreu Almeida, Eva Néri Rubin Pedro e Márcia Koja Breigeiron, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação da dissertação.

Aos meus pais, Marciorides e Tereza, pelo amor, carinho e pela compreensão em todos os momentos da minha vida. Nenhuma palavra de agradecimento seria capaz de descrever a importância dessas duas pessoas em minha vida.

À minha irmã, Mariana, exemplo de força e atitude, e ao meu cunhado Frederico – leais amigos nos momentos mais difíceis.

Ao meu querido Alexandre, companheiro e incentivador em todas as horas, pelo amor e pela dedicação. Agradeço por toda a compreensão.

Aos meus sogros, Clarice e Altair, pelo carinho e incentivo.

Às Equipes de Enfermagem do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio e auxílio no desenvolvimento deste trabalho.

À Equipe de Enfermagem do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

À Prof.^a Lourdes Busin, pelo apoio e incentivo ao projeto.

Às enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo apoio e pela compreensão.

Às minhas colegas, Elisabete Lima, Elisabeth Cachafeiro, Thaís e Mirna, pelo apoio, carinho e pela compreensão.

À enfermeira Maria Buratto, pelo carinho e pelos ensinamentos, que me fazem acreditar no desenvolvimento e crescimento da enfermagem enquanto ciência.

Às amigas Quênia, Caroline, Luciana, Maria, Adriana e Cinthia, pelo carinho que sempre tiveram comigo.

A todas as crianças e suas famílias que participaram da concretização deste trabalho, por acreditar que algo poderia ser feito em benefício delas e de outras crianças.

RESUMO

Introdução: Dor Aguda é um diagnóstico de enfermagem (DE) que apresenta índice de ocorrência significativamente elevado entre crianças hospitalizadas. A validação clínica das características definidoras (CD) objetivando estabelecer este diagnóstico com acurácia permanece inexplorado no contexto de crianças hospitalizadas. **Objetivo:** Validar clinicamente as características definidoras do DE Dor Aguda em crianças hospitalizadas. **Método:** Estudo transversal contemporâneo realizado de julho a dezembro de 2008, em um hospital universitário de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para a validação clínica (modelo proposto por Fehring) utilizou-se um instrumento contendo as CD em estudo, aplicado por duas enfermeiras peritas no cuidado a criança com dor. Incluiu-se crianças de ambos os sexos de três a 12 anos de idade, que estiveram internadas nas unidades pediátricas, e que apresentaram Dor Aguda. **Resultados:** Incluiu-se 65 crianças com diagnóstico de Dor Aguda, com idade média $7,16 \pm 3,17$. De acordo com a taxa de fidedignidade (R) entre as peritas, as CD consideradas maiores ($R \geq 0,80$) foram comportamento expressivo (R=1), mudança do estado mental (ansiedade e agitação) (R=0,96), relato verbal (R=0,96), evidência observada de dor (R=0,96), foco estreitado (R=0,91), foco em si próprio (R=0,91), gestos protetores (R=0,90), posição para evitar dor (R=0,90), distúrbio do sono (R=0,89), comportamento de proteção (R=0,88), mudança na frequência cardíaca (R=0,84), alteração no tônus muscular (R=0,83), mudança na frequência respiratória (R=0,81) e expressão facial (R=0,81). As características definidoras indicadas como menores ou secundárias foram: alteração na pressão sanguínea (R=0,78), relato codificado (R=0,78), mudança no padrão respiratório (R=0,78), comportamento de distração (R=0,63) e mudança no apetite (R=0,52). **Conclusão:** Das 19 CD do DE Dor Aguda presentes na literatura utilizada, validou-se 17, duas foram excluídas e duas novas foram acrescentadas, totalizando 19 validadas.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem. Dor. Criança Hospitalizada. Estudos de validação.

ABSTRACT

Introduction: Acute pain is a nursing diagnosis (ND) that presents a high occurrence index among hospitalized children. The clinical validation of defining characteristics (DC) aiming to establish the diagnosis with accuracy remains unexplored in the context of hospitalized children. **Objective:** Clinically validate the defining characteristics of Acute Pain ND in hospitalized children. **Method:** Contemporaneous cross-sectional study carried out from July to December, 2008, in a college hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul. In order to achieve the clinical validation (model proposed by Fehring), we used a tool containing studied the DCs, applied by two nurses expert on child care with pain. We included children of both sexes, 3 to 12 twelve years old, intern in pediatric units, and presenting Acute Pain ND. **Results:** We included 65 children with Acute Pain diagnosis, of 7.16 ± 3.17 average age. According to the reliability tax (R) amongst the experts, the DCs considered bigger ($R \geq 0,80$) were expressive behavior ($R=1$), change of mental state (anxiety and agitation) ($R=0.96$), verbal report ($R=0.96$), narrowed focus ($R=0.91$), self focus ($R=0.91$), position to avoid pain ($R=0.90$), sleeping disorder ($R=0.89$), observed pain evidence ($R=0.96$), protection behavior ($R=0.88$), change of cardiac frequency ($R=0.84$), change of muscle tone ($R=0.83$), change of breathing frequency ($R=0.81$) and facial expression ($R=0.81$); amongst the defining characteristics shown as minors or secondary, and which assisted this diagnosis validation, are change in blood pressure ($R=0.78$), encoded report ($R=0.78$), change in breathing pattern ($R=0.78$), distracted behavior ($R=0.63$) and appetite change ($R=0.52$). **Conclusion:** Of 19 DC's of Acute Pain in the literature, was validated 17, two were excluded and two more were added, totaling 19 validated.

Keywords: Nursing Diagnosis. Pain. Hospitalized Child. Validation Studies.

RESUMEN

Introducción: El dolor agudo es un Diagnóstico de Enfermería (DE) que presenta índices de ocurrencia significativamente elevado entre niños hospitalizados. La validación clínica de las Características Definidoras (CD) objetivando establecer este diagnóstico con acuracia permanece inexplorado en el contexto de niños hospitalizados. **Objetivos:** Validar clínicamente las características que definen DE Dolor Agudo en niños hospitalizados. **Métodos:** Estudio transversal contemporáneo realizado de julio a diciembre de 2008, en un hospital universitario de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Para la validación clínica (modelo propuesto por Fehring) se utilizó un instrumento conteniendo las CD del estudio, aplicado por dos enfermeras perito en el cuidado del niño con dolor. Se incluyeron niños de ambos sexos de 3 a 12 años de edad, internados en unidades pediátricas y que presentaban dolor agudo. **Resultados:** se incluyeron 65 niños con diagnóstico de Dolor Agudo, con media de edad de $7,16 \pm 3,17$. De acuerdo con la tasa de fidedignidad (R) entre las perito, las CD consideradas mayores ($R \geq 0,80$) fueron el comportamiento expresivo ($R=1$), cambios del estado mental (ansiedad y agitación) ($R=0,96$), relato verbal ($R=0,96$), evidencia observada de dolor ($R=0,96$), foco estrecho ($R=0,91$), foco en sí propio ($R=0,91$), gestos protectores ($R=0,90$), posición para evitar dolor ($R=0,90$), disturbios del sueño ($R=0,89$), comportamiento de protección ($R=0,88$), cambios en la frecuencia cardiaca ($R=0,84$), alteración del tono muscular ($R=0,83$), cambios en la frecuencia respiratoria ($R=0,81$) y expresión facial ($R=0,81$). Las características definidoras indicadas menores o secundarias fueron: alteración de la presión sanguínea ($R=0,78$), relato codificado ($R=0,78$), cambios del patrón respiratorio ($R=0,78$), comportamiento de distracción ($R=0,63$), cambios en el apetito ($R=0,52$). **Conclusión:** En este estudio fueron validadas 17 de las 19 CD de DE Dolor Agudo presentes en la literatura utilizada, siendo dos excluidas e dos acrecentadas totalizando 19. **Predictores:** Diagnóstico de Enfermería. Dolor. Niños hospitalizados. Estudios de validación.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Critérios de Fehring adaptados para escolha das peritas.....	29
Quadro 2 – Definições conceituais e operacionais das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda	35
Figura 1 – Fluxograma de crianças avaliadas para participação no estudo de validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda	37
Tabela 1 – Características clínicas da amostra de crianças com Dor Aguda	38
Tabela 2 – Taxa de Fidedignidade e Teste Kappa entre as peritas para as características definidoras maiores e secundárias de Dor Aguda	40
Tabela 3 – Taxa de fidedignidade entre as peritas para as características definidoras de Dor Aguda e origem da dor.....	41
Tabela 4 – Relação entre os tipos de dor de maior ocorrência em crianças com problemas clínicos ou cirúrgicos submetidas a procedimentos invasivos.	42

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLOGIA.....	12
1.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA DOR AGUDA.....	13
1.3 DOR AGUDA.....	13
1.4 DOR CRÔNICA.....	15
1.5 PERCEPÇÃO DA DOR PELA CRIANÇA.....	16
1.6 AVALIAÇÃO DA DOR.....	16
1.7 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS.....	17
1.8 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA COM DOR.....	19
2 OBJETIVO	24
2.1 GERAL.....	24
2.2 SECUNDÁRIOS.....	24
3 MÉTODOS	25
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	25
3.3 POPULAÇÃO.....	27
3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	27
3.5 MÉTODO DE VALIDAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E ESCOLHA DAS PERITAS.....	28
3.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	29
3.7 INSTRUMENTO.....	30
3.8 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA NESTE ESTUDO.....	30
3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	35
3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	36
4 RESULTADOS	37
5. DISCUSSÃO	43
6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	53

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	54
8 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	546
REFERÊNCIAS.....	577
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....	666
APÊNDICE B - FICHA CLÍNICA.....	68
APENDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA.....	69
ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	72

1 INTRODUÇÃO

1.1 ASPECTOS CONCEITUAIS E EPIDEMIOLOGIA

A dor é um fenômeno multifatorial composto de variáveis fisiológicas e psicológicas que sofre influência de vários componentes: sensoriais, afetivos, sociais, culturais, cognitivos. Para a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos deste dano [1]. Entretanto, por ser uma experiência pessoal e subjetiva, o seu conhecimento é dado pelo relato ou pela demonstração pessoal daquele que a sofre. Nesse sentido, uma definição útil na prática clínica é a citada por McCaffery e Pasero. De acordo com esses autores, dor é aquilo que a pessoa que sente refere sentir e existe sempre que esta disser que existe [2,3].

Atualmente esse sintoma afeta cerca de 30% dos indivíduos durante algum momento de sua vida, e 10 a 40% desses sintomas têm duração superior a um dia [4]. Não existem dados estatísticos oficiais sobre a dor no Brasil, mas a sua ocorrência tem aumentado substancialmente nos últimos anos [5]. Os dados disponíveis no Brasil sobre as taxas de ocorrência de dor relacionam-se ao estudo epidemiológico realizado no Centro de Dor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Esse estudo descreve a presença da dor como motivo para consultas a um terço dos doentes, sendo 50% desses por dor aguda. Nos hospitais, sua prevalência varia de 45% a 80% nos pacientes internados, havendo relação entre faixas etárias e afecções dolorosas. Em 15% das crianças e adolescentes predominam doenças otorrinolaringológicas (otalgias), faciais, odontológicas, abdominais (síndrome da dor abdominal recorrente em até 25% das crianças e 10% dos adolescentes) e dor do crescimento. Aproximadamente 57% das crianças hospitalizadas entre quatro e 14 anos de idade apresentam história de dor moderada a intensa [4].

1.2 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA DOR AGUDA

A sensação dolorosa ocorre devido ao desencadeamento de um conjunto de eventos que envolvem o sistema nervoso periférico e o sistema nervoso central. Na dor aguda, o impulso doloroso inicia nas terminações nervosas específicas das fibras aferentes primárias, localizadas na pele, nos órgãos, nos músculos e nas articulações. Esse estímulo é transmitido ao cérebro pelas fibras de transmissão lenta (fibras C) e pelas fibras de transmissão rápida (A-delta, e A-beta). Os estímulos físicos, térmicos ou químicos provocados pela lesão tecidual promovem uma reação inflamatória, liberando substâncias algio gênicas que agem sobre a membrana neuronal, transmitindo o estímulo doloroso ao tálamo e cérebro [4,5]. Esse tipo de dor está associado a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias [4].

1.3 DOR AGUDA

A dor aguda produz respostas neurovegetativas, como o aumento da pressão arterial, a taquicardia, a taquipneia, a agitação psicomotora, a sudorese e a ansiedade. Na avaliação clínica comportamental observa-se verbalização, expressões faciais e postura de dor [1,3]. Sua etiologia pode ser de origem inflamatória, visceral, neuropática, somática, entre outras [4].

A dor de origem inflamatória resulta da interação entre o tecido danificado e os neurônios sensoriais nociceptivos periféricos por meio de mediadores inflamatórios; porém, alguns mediadores apenas sensibilizam a resposta nociceptiva. Dessa forma, esse tipo de dor ocorre pela ação de um estímulo (mecânico, químico ou térmico) ou de um mediador, que ativa os neurônios periféricos sensibilizados. Na maioria das vezes, com a resolução do processo inflamatório, a dor continua ou reaparece algum tempo depois, como se existisse uma memória da dor [4].

A dor visceral é transmitida pela via visceral, propriamente dita, que leva à percepção da sensação dolorosa em regiões distantes do órgão de origem da dor no ponto do segmento medular em que ela se insere, no corno posterior da medula. É sentida como se fosse

superficial, porque essa via faz sinapse na medula espinhal com alguns dos mesmos neurônios de segunda ordem que recebem fibras de dor da pele. Assim, quando são estimuladas as vias viscerais para a dor, os sinais de dor das vísceras são conduzidos por pelo menos alguns dos mesmos neurônios que conduzem sinais de dor procedentes da pele [4, 5, 6]. Esse tipo de dor pode ser descrito com intensidade variável, com períodos de piora, que correspondem aos períodos de contração do músculo liso, seguidos de melhora. Episódios de dor visceral relacionam-se com respostas neurovegetativas, tais como sudorese e mal-estar. Exemplos de dor de origem visceral ocorrem em processos inflamatórios e em situações clínicas, como apendicite, infecções urinárias, esofagite, úlceras gástricas e cólicas [4, 5].

A dor neuropática é considerada a dor relacionada à lesão primária do sistema nervoso periférico ou central. Esse tipo de dor inclui sintomas sensitivos que podem persistir além do período de cura, podendo evoluir para o grupo de condições dolorosas crônicas. Sua prevalência, entretanto, ainda não está bem estabelecida, com estimativas que vão de 1,5 a 20%, [7] tendo sido mais estudada em condições específicas, como no herpes-zóster, na neuropatia diabética e na dor lombar [7]. A dor de origem neuropática classifica-se em dois tipos: periféricos e centrais [4, 6, 7]. A *dor periférica* relaciona-se a lesões neurais de várias origens: traumática, isquêmica, compressiva, metabólica, infecciosa, tóxica, por lesão de plexo, compressão de raízes, amputação, neuralgias, neuropatias de origem oncológica e terapias associadas; e a dor neuropática de origem *central* relaciona-se à etiologia vascular, desmielinizante, traumática, tumoral, compressiva, degenerativa, e imunológica [4].

A dor de origem somática ocorre quando os estímulos que vão produzir a sensação de dor provêm da periferia do corpo (pele, músculos, periósteo, articulações) ou de tecidos de apoio do organismo. Esse tipo de dor pode ser descrito como uma sensação dolorosa que se torna exacerbada pelo movimento e aliviada pelo repouso. Caracteriza-se por ser bem localizada e variável, conforme a lesão básica, que pode ser decorrente de lesão tecidual resultada de cortes, traumatismos diversos ou isquemias, dores ósseas, dores músculo-esqueléticas, dores artríticas e em pós-operatórios [4, 5, 6].

Nesse cenário de dor aguda, uma situação importante é exatamente a dor relacionada ao pós-operatório, pois ocorre com 10 a 50% dos pacientes [8, 9]. Esses procedimentos provocam lesões teciduais, modulando receptores sensitivos periféricos e centrais o que leva à redução do limiar de excitação e da sensibilidade central. Assim, esse tipo de dor passa a ser

reconhecida como dor inflamatória e regride à medida que ocorre o processo de cicatrização [4]. A dor em pós-operatório torna-se reconhecida como neuropática quando, no processo cirúrgico, há envolvimento e lesões em nervos periféricos e após a sensibilização central. Traumatismos e inflamações geram estímulos mecânicos, térmicos e químicos que ativam os nociceptores das fibras mielinizadas A delta e amielinizadas C do sistema nervoso periférico (SNP) e conduzem a informação nociceptiva à medula espinhal. Dessa forma, após procedimentos cirúrgicos, as lesões teciduais provocam respostas inflamatórias e sensibilizam nociceptores, provocando o aumento das respostas dos sistemas nervosos periférico e central [4, 9]. A dor, portanto, é resultado do excesso de estímulos nociceptivos [10].

1.4 DOR CRÔNICA

A dor crônica apresenta início súbito ou lento, de intensidade leve à intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível, podendo ter duração de mais de seis meses [11]. Esse tipo de dor não representa apenas um sintoma, e sim se caracteriza por ser um estado patológico, uma disfunção do sistema somatossensorial que persiste além da solução do processo etiológico que a causou [4].

A literatura atual descreve que aproximadamente um terço das dores crônicas são originárias de lesões nociceptivas agudas (trauma e pós-operatório). A intensidade da ansiedade e o grau de somatização também influenciam na incidência de dor crônica após uma lesão tecidual aguda. Outra particularidade importante é que lesões neuronais periféricas resultam em alterações de condução nervosa que determinam o desenvolvimento de dor crônica. Esse processo geralmente pode ser desencadeado por dores do tipo neuropática, como os traumas periféricos (lesões cirúrgicas), as invasões carcinomatosas (locais ou metástases), as infecções virais, as lesões por patologias, como o diabetes, e por consequência de medicamentos como a quimioterapia [10].

1.5 PERCEPÇÃO DA DOR PELA CRIANÇA

A forma como a dor é percebida pela criança é influenciada pelos aspectos sócio-culturais e afetivos. A família interfere no aprendizado da criança no que diz respeito à dor, à sua expressão e ao seu enfrentamento, de acordo com seus valores culturais. Por exemplo, os meninos são estimulados a reprimir mais as queixas de dor, enquanto as meninas podem liberar suas angústias. Assim, a criança aprende a avaliar e a entender o significado e a relevância dos fenômenos por meio das reações e estímulos de seus familiares (pais, irmãos, avós) [12].

O desenvolvimento cognitivo é outro aspecto importante, uma vez que esse é determinante para a forma como a criança demonstra dor. Embora os mecanismos sejam semelhantes em adultos e crianças, a imaturidade cognitiva faz com que haja diferenças na forma de manifestação desse sintoma nas diferentes faixas etárias [12]. Devido a essas especificidades relacionadas à faixa etária pediátrica, é importante ressaltar que as dores não tratadas podem causar ansiedade, tristeza, depressão, irritabilidade e exaustão. Além disso, também podem desencadear problemas relativos à alimentação e ao sono, ou ainda tornarem a criança medrosa. Contudo, esses sintomas podem ser relacionados a outros motivos que não a dor, dificultando seu tratamento [4].

1.6 AVALIAÇÃO DA DOR

Avaliar a dor em crianças é um desafio. Existem, todavia, formas de quantificar a dor que a criança está sentindo de acordo com o que ela diz, com o que ela faz e pelo modo como seu corpo reage [13]. Com ‘o que a criança diz’, referimo-nos à maneira de avaliar a dor, considerando aquilo que a criança manifesta sobre sua dor. Quanto a ‘o que a criança faz’, entendemos referir-se à observação do comportamento da criança, uma vez que quando está com dor chora, faz caretas, aperta ou esfrega o lugar onde dói e, frequentemente, fica menos ativa, come e dorme menos que o usual. A respeito de ‘o corpo da criança reage’, relaciona-se a respostas neurovegetativas. No entanto, essas alterações neurovegetativas são de curta duração, e não se relacionam exclusivamente com a presença de dor. Dessa forma, essas

indicações biológicas também podem estar alteradas em função de outros fatores, devendo ser avaliadas juntamente à observação das alterações comportamentais [13].

1.7 INSTRUMENTOS PARA A AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS

Avaliar a presença de dor inclui quantificá-la e, para isso, podem-se utilizar escalas para a avaliação do nível de dor. Considera-se como padrão-ouro para a avaliação da dor o autorrelato; são necessárias, porém, capacidades cognitivas e de verbalização, exigindo da criança a capacidade de compreender o conceito e a existência de graus variados de dor. Essa compreensão ocorre a partir da segunda infância, período que inicia a partir dos três ou quatro anos de idade, quando as crianças apresentam avanços cognitivos e tornam-se capazes de usar símbolos; não precisam estar em contato com um objeto, evento ou com uma pessoa para pensar sobre ele. Nessa fase, são capazes de imaginar que objetos e pessoas possuem propriedades diferentes, dão-se conta de que eventos possuem causas, organizam acontecimentos em categorias com significado, sabem contar e lidar com quantidades [14].

Em contraste com décadas anteriores existe uma consciência crescente entre enfermeiros de que a dor em crianças deve ser prevenida e tratada, tornando-se necessária à utilização de instrumentos confiáveis que possam ser incorporados à prática diária para auxiliar na avaliação da dor. Para isso, várias escalas foram desenvolvidas utilizando parâmetros comportamentais para avaliação de dor em crianças pequenas, tais como: escala para avaliação da dor em recém-nascidos em pós-operatório (CRIES – *Crying Requires Oxygen Increased Vital Signs Expression Sleepless*) [15], escala para avaliação da dor em neonatos (LIDS – *Liverpool Infant Distress*) [16], escala de dor do *Children's Hospital of Ontario* (CHEOPS - *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*) [17], escala para avaliação da dor pós-operatória em crianças pequenas e pré-escolares (TPPPS - *Toddler-Preschooler Postoperative Pain Scale*) [18], escala para avaliação da dor em crianças (CHIPPS – *Children's and Infant's Postoperative Pain Scale*) [19, 20], escala para avaliação da dor pós-operatória em crianças (POPS – *Postoperative Pain Scale*) [21], escala objetiva de dor (OPS – *Objective Pain Scale*) [22], escala para avaliação de dor pós-operatória (FLACC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*) [23] e escala modificada para avaliar dor em crianças pequenas (MIPS – *Modified Infant Pain Scale*) [24]. Para avaliar a dor em crianças em uso de

sedação e ventilação mecânica, foi construída uma escala de avaliação da sedação, a escala de conforto (*COMFORT Scale*) [25].

Entre os instrumentos construídos baseados em autorrelato para avaliar dor destacam-se as escalas de Faces [26], de Fichas de Pôquert [27], de Oucher [28], de Classificação Verbal-Gráfica [29], Numérica [30], por Instrumentos de Cor [31] e a Escala Analógica Visual (*VAS – Visual Analogue Scale*) [32]. Esses instrumentos oferecem uma medida de autorrelato quantitativo de dor. Entretanto, embora a utilização de escalas de acordo com a faixa etária das crianças auxilie na avaliação da dor, nem sempre a criança compreende a aplicação do instrumento ou deseja utilizá-lo. Dessa forma, é exigida a avaliação do enfermeiro para detectar a presença de sinais de dor. Torna-se, por conseguinte, fundamental a avaliação clínica para auxiliar na definição, confirmação ou exclusão do diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda.

Mesmo com os avanços no conhecimento da neurofisiopatologia da dor, que vêm constantemente proporcionando o surgimento de novas estratégias de tratamento, a taxa de pacientes que referem medo e a ansiedade como desconfortos relacionados à sensação de dor durante a internação e no período em que aguardam procedimentos cirúrgicos é considerável [4, 33]. Neste contexto torna-se importante a identificação dos sinais de dor nas crianças [12, 13].

Entre os profissionais que estão vinculados à assistência direta às crianças, são encontradas dificuldades para avaliar e tratar a dor. Entre essas dificuldades destacam-se conceitos profissionais equivocados acerca da dor, complexidades e especificidades sobre a avaliação de crianças, desconhecimento de medidas não farmacológicas, avaliação sobre a eficácia do tratamento medicamentoso, dificuldade de compreender os aspectos culturais que envolvem a dor e de realizar a avaliação comportamental da criança [12, 13].

Nesse sentido, com o intuito de favorecer a avaliação da dor por enfermeiros, um estudo de revisão realizado em 1999 mostrou estratégias para verificar a presença ou não de dor sob aspectos qualitativos e quantitativos, por exemplo: verbalização – que se refere ao relato oral do paciente sobre a existência e a intensidade da dor; condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor – relaciona-se a situações em que os pacientes estão impossibilitados de relatar a presença ou não de dor, assim, exigindo prever-se a dor

diante da existência de condição patológica ou na execução de procedimento que possa ser doloroso; comportamento – pode ser avaliado considerando-se expressões faciais (tristeza, choro, contração muscular ao redor da boca e olhos), expressões corporais (descanso, movimentos lentos e cuidados, posição fetal) e vocalizações (gemidos, choro, respiração ruidosa); relato de dor do paciente por familiares ou pessoas próximas – relaciona-se aos relatos referidos por amigos e familiares, uma vez que pessoas próximas são mais sensíveis às alterações comportamentais que sugerem dor; parâmetros fisiológicos – as alterações resultantes da estimulação autonômica [34].

Alguns estudos demonstram que, de acordo com a faixa etária, as crianças apresentam diferentes formas de compreender e expressar a dor. Em crianças maiores, estímulos elaborados, como a visão de uma agulha ou o cheiro de álcool, podem provocar ansiedade, e esta agravar a dor. Nas crianças menores, especialmente nos recém-natos, estímulos isolados como luz e sons podem exacerbar reações de dor, exigindo cuidados que minimizem esses fatores [4, 12] Considerando esses aspectos, torna-se necessária atenção à dor na criança em todas as faixas etárias e nos diferentes momentos, vivenciados durante a internação [35].

1.8 PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA COM DOR

Considerando esse contexto de vulnerabilidade para dor, a admissão de pacientes pediátricos exige, por parte da equipe de saúde, uma avaliação eficiente e segura, visando à determinação de condutas baseadas nas melhores evidências para minimizar a experiência de dor. Crianças internadas em instituições hospitalares em algum momento do tratamento sentirão algum tipo de dor ou desconforto relacionado ao tratamento ou ao medo da internação [4]. Nesse sentido, uma importante ferramenta para o diagnóstico e manejo da dor é a anamnese e o exame físico, uma metodologia de avaliação capaz de fornecer informações que servem de base para individualizar o plano terapêutico, incluindo as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas à criança.

Por meio do exame clínico e sua interpretação contemporânea (diagnóstico de enfermagem), podemos identificar com razoável confiabilidade a origem ou o fator desencadeante da dor em crianças com problemas de saúde favoráveis ou desencadeantes do

seu aparecimento. A identificação da dor nessas crianças por meio do exame clínico permite a implementação de intervenções de enfermagem que corroborem com as estratégias farmacológicas prescritas [12, 35, 36].

Na perspectiva da assistência de enfermagem, o Processo de Enfermagem consiste em um conjunto de ações sistematizadas e dinâmicas, intimamente ligadas, que visam contemplar a assistência ao indivíduo [37]. O Diagnóstico de Enfermagem é uma das fases do Processo de Enfermagem, que consiste na avaliação clínica, na qual a validade das associações entre as manifestações apresentadas (dados subjetivos e objetivos) e o diagnóstico atribuído é ponto fundamental para embasar o plano de cuidados e resultados esperados [38]. Segundo a Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*), os diagnósticos de enfermagem são compostos por título, definição, características definidoras, fatores de risco e fatores relacionados. Para sustentar a escolha de um diagnóstico de enfermagem adequado a cada situação clínica, é necessário que as bases para essa decisão estejam fortemente ligadas às características definidoras. Essas podem ser definidas por um conjunto de padrões clínicos (sinais e sintomas) que são agrupados a fim de assegurar a presença da categoria diagnóstica [11].

A avaliação por meio do exame clínico é parte integrante do processo diagnóstico, estando contemplado na fase de coleta de dados. O conceito de diagnóstico de enfermagem foi aprovado no ano de 1990, na 9.^a Conferência da NANDA e foi definido como uma decisão clínica sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Este constitui a base para a escolha das intervenções de enfermagem adequadas para a obtenção de resultados, pelos quais o enfermeiro é responsável [11].

A avaliação clínica do enfermeiro visando estabelecer o diagnóstico de enfermagem mais acurado, baseado nos dados subjetivos e objetivos (características definidoras), é denominado raciocínio clínico, que possibilita ao enfermeiro tomar decisões em relação aos resultados esperados do paciente e realizar as intervenções necessárias à obtenção destes [39].

O desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, entretanto, tem indicado que existem variações nas interpretações dos enfermeiros e que as respostas dos pacientes aos problemas de saúde são facilmente mal interpretadas [39]. Dessa forma, essas inferências

demonstram a necessidade da realização de estudos visando melhorar o nível de acurácia dos diagnósticos de enfermagem implementados [39]. Entretanto, a acurácia é pouco trabalhada na temática dos diagnósticos e ainda não há critérios sistematizados para desenvolver nos enfermeiros o papel de diagnosticadores [41]. A acurácia diferencia o diagnóstico que melhor expressa os dados analisados de outros diagnósticos que possam ser cogitados, tendo como base aqueles coletados. É uma variável que consiste na capacidade de representar realmente o que ela deve representar, dentre a ampla variedade de diagnósticos possíveis nas situações clínicas. Além dos altamente acurados, poderão existir outros aceitáveis, estando também baseados em dados existentes [42, 43].

Atualmente, a taxonomia desenvolvida pela NANDA é muito conhecida e utilizada por enfermeiros, e em sua última atualização, traduzida para o português, conta com a descrição de 187 diagnósticos [11]. Entre esses, o diagnóstico de enfermagem de Dor que foi inserido em sua versão de 1978. Desde então passou por modificações e adaptações em sua estrutura e características definidoras. Atualmente, no livro da NANDA 2007-2008, encontram-se dois diagnósticos voltados ao atendimento de pacientes com dor: o diagnóstico de enfermagem Dor Crônica e o diagnóstico contemplado nesse estudo, Dor Aguda, que apresenta 19 características definidoras [11]. Mesmo com vários diagnósticos incluídos em sua taxonomia, a NANDA tem estimulado e apoiado a realização de estudos que contemplem as situações encontradas na prática clínica para que seja possível investigar a validade dos diagnósticos [44]. Tais estudos de validação são fundamentais para que se solidifiquem os conceitos embasados nos focos clínicos presentes na prática de enfermagem [45].

A validação de um diagnóstico indica o grau para cada conjunto de características definidoras que descrevem a realidade evidenciada pela observação da interação cliente/ambiente [46]. Nessa perspectiva, as características definidoras são consideradas válidas quando sua ocorrência pode ser verdadeiramente identificada como um agrupamento dentro de uma situação clínica [47].

Na literatura, destacam-se alguns modelos metodológicos para validação de diagnósticos. Existem três modelos descritos por Fehring que têm sido os mais utilizados nas investigações. Entre esses, o da validação de conteúdo vem sendo o mais aplicado. Esse processo tem por base opiniões de enfermeiros peritos a respeito do grau indicador de características preditoras da ocorrência de um diagnóstico. Outro método descrito é o de

validação clínica. Esse se baseia na busca de evidências em ambiente clínico real, no qual os dados são obtidos por meio da observação direta das respostas do paciente [47]. A relevância de estudos que contemplem essa abordagem de validação consiste na importância de fornecer subsídios ao desenvolvimento de ferramentas necessárias à prática assistencial envolvida diretamente nas atividades diárias do processo de assistência de enfermagem. Fehring descreve ainda o modelo de validação diferencial de diagnósticos, que pode ser utilizado tanto para validar diferenças entre diagnósticos semelhantes quanto para caracterizar diferentes níveis de ocorrência para um diagnóstico de enfermagem em específico [47].

No contexto da dor, existem poucos estudos de validação. Entre esses, destaca-se o estudo conduzido para validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem Dor em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca. As características definidoras avaliadas foram classificadas conforme a frequência de ocorrência nos pacientes com dor: maiores, entre 120 e 100%; menores, entre 50 e 79%; e irrelevantes, inferior a 50%. Para cada característica definidora foi construída uma definição operacional com critérios para sua mensuração, que foram validados por juízes. As características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, evidenciadas por esse estudo, contribuíram para a inclusão de novos achados às características descritas na literatura sobre dor até aquele momento [48].

Entre os diagnósticos de enfermagem que foram validados para crianças, encontram-se Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas de Crianças e Adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita [49], Alteração no Padrão Respiratório na criança hospitalizada [50] e Nutrição Alterada: ingestão menor do que as necessidades corporais na criança validação e proposta de intervenções que apresenta dor como uma das características definidoras [51]. Nesse contexto, destaca-se ainda o diagnóstico Amamentação Ineficaz, que também apresenta a dor como uma das características definidoras; essa característica, porém, não se relaciona diretamente com a avaliação da criança [52]. Nesse contexto, tornou-se importante validar o diagnóstico de enfermagem de Dor em crianças, pois até o momento este está contemplado em características definidoras de outros diagnósticos [51, 52].

Outros estudos foram conduzidos com pacientes pediátricos e adultos que possibilitaram avaliar a Dor, porém sem a pretensão de realizar validação clínica ou de conteúdo. Entre os estudos que possibilitaram avaliar o diagnóstico de Dor, um estudo

desenvolvido em 1994 encontrou Dor como diagnóstico de enfermagem em mais de 50% dos pacientes internados em unidade de terapia intensiva. Nesse estudo, esse diagnóstico pareceu central, em torno do qual ocorrem outras respostas, semelhantes ao diagnóstico de enfermagem Mobilidade Física Prejudicada, em estudo realizado com pacientes internados também em unidade de terapia intensiva [53, 54].

Diante destas evidências e baseada na revisão extensa da literatura, a validação clínica do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda continua inexplorada no contexto da criança hospitalizada. A importância de realizar a validação desse diagnóstico ocorre pela necessidade de se promover uma assistência de enfermagem baseada em intervenções individualizadas que auxiliem na promoção do conforto à criança e minimizem a dor.

Nesse sentido, a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados prevê que toda criança e adolescente hospitalizados possuem o direito de não sentir dor quando existem meios para evitá-la [55]. Estratégias que busquem uma abordagem eficaz em unidades pediátricas passam pela avaliação clínica diagnóstica acurada dos enfermeiros em identificar e implementar intervenções individuais e eficientes no manejo desse sintoma.

Considerando esse cenário, delineou-se este estudo para validar clinicamente o diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda em crianças hospitalizadas.

2 OBJETIVO

2.1 GERAL

Validar clinicamente as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda em crianças hospitalizadas.

2.2 SECUNDÁRIOS

- a) Definir conceitual e operacionalmente as características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda;
- b) Relacionar as características definidoras do diagnóstico em estudo com a etiologia de dor;
- c) Relacionar a etiologia da dor com o motivo de internação das crianças (cirúrgico ou clínico).

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal contemporâneo. Este delineamento consiste em um tipo de estudo no qual todas as aferições são realizadas em um único momento, sem período de acompanhamento [42]. É um tipo de estudo especialmente apropriado para descrever uma situação ou fenômeno em um ponto fixo, tendo como uma das principais vantagens a facilidade de controlar e o baixo custo [42].

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido nas seguintes unidades pediátricas: Unidade de Internação Pediátrica 10° Norte, Unidade de Internação Pediátrica 10° Sul, Unidade de Oncologia Pediátrica -3° Leste, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) e Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

As unidades pediátricas caracterizam-se por concentrar sua atenção no desenvolvimento do cuidado centrado na criança e na família, tendo como premissas norteadoras o Sistema de Permanência Conjunta Pais e Filhos, a Declaração dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados e a humanização do atendimento da criança hospitalizada e da sua família. A Unidade de Internação Pediátrica (10° Norte) consta de 37 leitos, sendo distribuídos em 07 enfermarias e 02 quartos de isolamento. O quadro de pessoal é composto por 12 enfermeiras e 51 auxiliares de enfermagem. Atende crianças na faixa etária de 30 dias a seis anos incompletos, neonatos com patologias pediátricas, crianças com idade de até 14 anos que necessitam de isolamento ou crianças com estatura menor que 110 cm, desde que permaneçam seguras e confortáveis nos berços. Predominantemente internam crianças com doenças respiratórias, distúrbios eletrolíticos, doenças gastrintestinais, distúrbios nutricionais, imunológicos e neurológicos, além de problemas ortopédicos, cirúrgicos, e fibrose cística.

A Unidade de Internação Pediátrica (10º S) possui 34 leitos, distribuídos em 11 quartos semiprivativos, uma enfermaria, três leitos de isolamento e dois leitos destinados a outros convênios e privativos. A unidade conta com uma equipe de enfermagem composta de 12 enfermeiras, dois técnicos e 48 auxiliares de enfermagem. Nessa unidade internam crianças de dois meses a 14 anos de idade incompletos, sendo por vezes necessária a internação de crianças com menos de dois meses e mais de 14 anos, dependendo de particularidades inerentes à faixa etária infantil. Preferentemente internam crianças das especialidades Clínica Pediátrica, Gastropediatria, Ortopedia, Psiquiatria Infantil, Pneumologia Infantil e Cirurgia Pediátrica.

A Unidade de Oncologia Pediátrica (3º Leste) possui 25 leitos, sendo 18 leitos para a Oncologia Pediátrica, cinco para a Hematologia Pediátrica e dois destinados à realização de Transplante de Medula Óssea Autogênico. A unidade conta com 14 enfermeiras e 48 técnicos de enfermagem. A faixa etária atendida corresponde a crianças de dois meses a 18 anos incompletos. As crianças são distribuídas em seis enfermarias, cinco quartos individuais (isolamentos e convênios) e dois quartos na área restrita para as crianças do Transplante de Medula Óssea. Caracteriza-se como unidade de cuidados semi-intensivos.

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, classificada em nível três pelo Ministério da Saúde, conforme a Portaria n.º 3432, de 12 de agosto de 1998 [56], possui 13 leitos divididos em duas áreas físicas contíguas: UTIP1, com cinco leitos individuais, sendo dois destinados à precaução com doenças infecto-contagiosas ou à proteção ao paciente, e um com estrutura para receber crianças no pós-operatório imediato de Transplante Hepático Infantil; e UTIP2 com oito leitos agrupados em uma sala. A UTIP conta com uma equipe composta por 19 enfermeiras e 49 técnicos de enfermagem. A faixa etária das crianças compreende de 28 dias a 14 anos, atendendo também crianças com menos de 28 dias e adolescentes de até 18 anos, em função de particularidades das enfermidades pediátricas. Atende crianças com doenças agudas, de causas infecciosas, respiratórias, metabólicas, neurológicas, as quais comprometem sistemas e órgãos vitais; pacientes em pós-operatório imediato de cirurgias de grande porte ou que necessitam de monitorização hemodinâmica; pacientes em hemodiálise venovenosa contínua. Também recebe crianças portadoras de doenças crônicas, de origem genética, hematológica e oncológicas, em situação crítica de saúde. A UTIP atende crianças provenientes das unidades de internação pediátricas e de outros serviços de atendimento pediátrico de Porto Alegre, interior do Estado e de outros estados. A unidade conta com uma

equipe móvel para atendimento às crianças em situação de parada cardiorrespiratória em qualquer área ou unidade da instituição.

A Emergência Pediátrica é composta por oito leitos, sendo dois para atender pacientes imunodeprimidos (neutropênia), um para isolamento respiratório e um para atender a situações de urgência. A área física também apresenta uma sala para procedimentos e uma sala de espera para acompanhantes e dois consultórios. O quadro de pessoal de enfermagem é composto por um enfermeiro e dois técnicos de enfermagem por turno.

3.3 AMOSTRA

Essa amostra foi constituída por crianças que referiram dor em algum momento da sua internação e que estavam nas unidades avaliadas.

3.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Incluíram-se no estudo crianças com dor aguda e que apresentaram episódio de dor aguda durante a avaliação pelas peritas, de ambos os sexos, de três a 12 anos de idade. Essa faixa etária foi escolhida uma vez que já são capazes de compreender eventos e os organizam em categorias de significado, sabem contar e lidar com quantidades [14]. Todas as crianças incluídas tiveram autorização de seus responsáveis legais expressa por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias (APÊNDICE A).

Excluíram-se as crianças em uso de medicações sedativas de forma contínua e/ou intermitente nas últimas seis horas que antecederam a avaliação e àqueles com sequelas neurológicas graves, em que tal situação clínica pudesse confundir a avaliação das características definidoras.

3.5 MÉTODO DE VALIDAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS E ESCOLHA DAS PERITAS

O método escolhido para a validação das características do diagnóstico de enfermagem proposto segue o modelo de validação clínica descrito por Fehring [47]. A validação clínica se baseia na busca de evidências de um determinado diagnóstico a partir do ambiente clínico real, no qual os dados são obtidos por meio da avaliação direta das respostas do paciente. Os passos do modelo de validação clínica em ambiente clínico real seguem as seguintes etapas: primeiro, duas enfermeiras clínicas peritas avaliam determinado número de pacientes com diagnóstico pré-estabelecido que está sendo testado; segundo, para cada um dos pacientes, as duas peritas avaliam de modo individual a presença ou a ausência de cada uma das características definidoras do diagnóstico; terceiro, calcula-se a taxa de fidedignidade entre os observadores para cada característica definidora por meio da fórmula abaixo:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{F1 \div N + F2 \div N}{2}$$

Em que A é o número de concordâncias, D é o número de discordâncias, F1 indica a frequência das características observadas pelo primeiro observador, F2, a frequência das características observadas pelo segundo observador, N é o número de sujeitos observados e R significa a taxa de fidedignidade entre os observadores [47].

Para a validação clínica das características, duas enfermeiras participaram do estudo na qualidade de peritas. Para a escolha dessas enfermeiras, o autor descreve alguns critérios para que essas possam ser consideradas peritas [47]. Os critérios sugeridos por Fehring foram adaptados neste estudo, com a finalidade de incluir enfermeiras com prática assistencial consistente, experiência clínica na área de interesse para o diagnóstico em estudo e conhecimentos sobre a temática da sistematização da assistência. Esses critérios estão demonstrados no quadro abaixo:

Critérios	Pontuação
Título de especialista em enfermagem pediátrica e/ou intensivismo pediátrico	2
Pesquisa com publicações na área pediátrica sobre o tema dor em crianças	2
Participação em curso de extensão sobre dor com no mínimo 40h	1
Participação em grupo de estudos sobre dor em pediatria há no mínimo dois anos	1
Participação em grupo de estudo sobre diagnóstico de enfermagem	2
Prática clínica atual mínima de cinco anos em linguagem do diagnóstico de enfermagem	3
Experiência de ensino de graduação na área de pediatria	3

Quadro 1 – Critérios de Fehring adaptados para escolha das peritas

As enfermeiras participantes do estudo obtiveram 14 pontos nos critérios adaptados citados no quadro acima. Essa pontuação é superior a cinco pontos, valor mínimo proposto por Fehring para determinação de peritas [47]. Portanto, essas enfermeiras foram classificadas como peritas por apresentarem pontuação acima do proposto e demonstrarem experiência no cuidado à criança hospitalizada.

3.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

Inicialmente foi realizada a busca ativa pela pesquisadora da história e vulnerabilidade à dor das crianças internadas nas unidades citadas, por meio de questionamento às enfermeiras assistenciais das referidas unidades sobre o motivo que determinou a internação da criança, suas condições de saúde e história de dor. Nos casos em que as enfermeiras assistenciais confirmaram um dos critérios indicativos de dor, tais como verbalização da dor, condições patológicas ou procedimentos que geralmente causam dor, comportamento, relato

de dor do paciente por familiares ou pessoas próximas e alterações dos parâmetros fisiológicos, a criança foi avaliada. Aqueles que preenchiam todos os critérios de inclusão foram avaliados pelas peritas nas unidades em que estavam internados, em ambiente calmo, com iluminação adequada, que dispusesse de cama, poltrona ou maca. Aplicaram-se os instrumentos para cada criança de forma individual, e as avaliações ocorreram concomitantemente em um período inferior a cinco minutos. A avaliação ocorreu após autorização dos pais ou responsáveis legais e concordância da criança quando em condições clínicas e de entendimento para responder. Todas as crianças do estudo estavam acompanhadas de familiares ou responsáveis no período da internação e da avaliação.

3.7 INSTRUMENTO

A coleta de dados foi realizada por meio de instrumento elaborado para este estudo e contemplou dados demográficos e clínicos, além de questões do exame clínico (características definidoras) do diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda (APÊNDICE B).

3.8 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA

Características definidoras do DE Dor Aguda	Definição conceitual e operacional
Alterações na pressão sanguínea	É definida como a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso, cuja finalidade é promover a perfusão tissular adequada, possibilitando as trocas metabólicas [58]. A pressão arterial sistólica e diastólica nas crianças varia de acordo com a faixa etária. Dos dois aos 12 anos, a pressão sistólica permanece em torno de 95 a 128 mmHg e a diastólica em torno de 53 a 80 mmHg [59-62]. A verificação desse parâmetro vital deve ser realizado em ambiente tranquilo, com a criança sentada ou deitada (em repouso), com as costas apoiadas e pernas e

	braços descruzados [63].
Comportamento de distração	Comportamento de distração é entendido como um lapso de consciência e de falta de atenção. Estado em que a atenção está dividida entre várias ações. Pode ser caracterizado por comportamentos, tais como andar de um lado para o outro, procurar outras pessoas e/ou realizar atividades repetitivas [11, 64]. A avaliação deve ser realizada com a utilização de técnica observacional.
Comportamento de proteção	Caracteriza-se por apresentar postura que minimize a dor, como deitar imóvel, contrair as pernas, retraindo-se quando tocada, segurar ou proteger a área dolorida [11]. A avaliação deve ser realizada por meio de técnica observacional do comportamento da criança [65].
Comportamento expressivo	Refere-se às reações e à forma de agir em face da presença de um estímulo recebido. São reações comportamentais observáveis que incluem mudanças posturais, gestuais e faciais, tais como choro, vigilância, estado de dependência, medo e agitação (estado emocional desencadeado por desprazer ou ameaça de alguma parte do corpo) [4]. As manifestações subjetivas de dor podem ser observadas nas respostas comportamentais, como expressão facial, postura e agitação. Alguns comportamentos podem ser demonstrados e são indicadores de dor, tais como irritabilidade, isolamento social, choro, gemido, vigilância, suspiro, redução do apetite e lazer, e diminuição da atenção [11, 65]. A avaliação deve ser realizada por meio de técnica observacional do comportamento da criança [65].
Diaforese	Caracteriza-se por sudorese profusa, que ocorre como uma resposta do sistema nervoso simpático, que pode ser associada à dor leve ou moderada. A presença de diaforese deve ser avaliada por meio da observação da presença de sudorese profusa na pele [66].

<p>Dilatação pupilar</p>	<p>Resposta do sistema nervoso simpático que pode ser associada à dor [66, 67].</p> <p>A presença desse sinal deve ser confirmada pela avaliação clínica do diâmetro pupilar [68].</p>
<p>Distúrbio do sono</p>	<p>Distúrbios do sono constituem uma manifestação frequente em situações em que a dor exerce papel importante. Nos distúrbios do sono, além da sonolência diurna, ocorrem outras manifestações, tais como a fadiga, os distúrbios de humor e o raciocínio mais lento, a alteração na quantidade e na qualidade do sono em função da situação dolorosa [64]. Diversas patologias causam dor e apresentam piora dos sintomas à noite ou ao despertar. A alteração do padrão de sono pode ser decorrente dessas disfunções do organismo tanto em crianças como em adultos [69].</p> <p>Alguns sinais de alterações no padrão do sono são: olhos sem brilho, aparência abatida, movimento fixo, ou disperso, careta, insônia [11].</p> <p>A avaliação do distúrbio do sono deve ser através da observação do padrão do sono e de sua relação com os sinais apresentados pela criança, considerando-se os relatos da família [70].</p>
<p>Evidência observada de dor</p>	<p>Situação na qual o paciente demonstra estar sentindo dor por meio de gestos ou mímica, o que a torna observável [2,11]. A observação de evidência de dor deve ser avaliada pela observação do comportamento da criança. Para isso, devem-se considerar todos os componentes envolvidos no processo doloroso (sensoriais, comportamentais, sócio-culturais, cognitivos e fisiológicos) [71].</p>
<p>Expressão facial</p>	<p>Refere-se a expressões, alterações na mímica facial que demonstram dor, entre essas a expressão do rosto que indique dor, como testa, boca torcida, face de choro, reação de contração da sobancelhas, aprofundamento da prega nasolabial, abertura dos lábios, reação de língua esticada e tremor no queixo [11, 71].</p> <p>Alterações na expressão facial podem ser constatadas através da observação de alterações</p>

	na mímica facial [68, 72, 73].
Foco em si próprio	Refere-se a situações em que a pessoa mostra-se centrada na situação dolorosa enfrentada [72]. A avaliação dessa característica ocorre pela observação do comportamento [12, 65].
Foco estreitado	Refere-se à situação em que a criança apresenta desinteresse por estímulos ambientais, podendo apresentar percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com as pessoas e o ambiente em função do processo doloroso [11]. A avaliação dessa característica deve ser realizada por meio da observação do comportamento [65].
Gestos protetores	Gestos realizados pela criança como forma de proteger-se da situação dolorosa, retraindo-se quando tocada [11]. Algumas alterações podem ser observadas, tais como permanecer estático, rigidez, flexão em posição fetal, tocar ou segurar a região dolorosa [35]. A avaliação dessa característica deve ser realizada por meio da observação [65].
Mudanças na frequência cardíaca	<p>Caracteriza-se por alterações na frequência cardíaca. Consideram-se valores de normalidade para crianças durante o sono e repouso as seguintes variações:</p> <p>Crianças pequenas: 75 – 160 bpm</p> <p>Crianças de 2 –10 anos: 60 – 90 bpm</p> <p>Maiores de 10 anos: 50 – 90 bpm.</p> <p>Para crianças acordadas e ativas:</p> <p>2 –10 anos: 60 – 140 bpm</p> <p>Maiores de 10 anos: 60 – 100 bpm [42, 45].</p> <p>A avaliação desse parâmetro vital deve ser realizada pela ausculta e avaliação dos batimentos cardíacos [62, 68].</p>
Mudança na frequência respiratória	Refere-se a alterações na frequência respiratória. Consideram-se valores de normalidade para crianças as seguintes variações:

	<p>Crianças pequenas: 24 – 40 mpm</p> <p>Pré-escolar: 22 – 34 mpm</p> <p>Escolar: 18 – 30 mpm</p> <p>Adolescentes: 12 –16 mpm</p> <p>A avaliação desse parâmetro vital deve ser realizada por meio da ausculta e inspeção do tórax [68].</p>
Mudança no apetite	<p>Refere-se a alterações na ingestão alimentar que iniciaram durante o processo de internação (doença e dor). A criança não aceita ou aceita pouco a ingestão de alimentos suficientes para atender às suas demandas metabólicas necessárias [11].</p> <p>A avaliação deve ser realizada por meio da observação da aceitação e da ingestão alimentar (devem-se considerar os alimentos que a criança gosta e costuma comer), valorizando os relatos da criança e da família.</p>
Mudanças no tônus muscular	<p>Refere-se à variação do tônus muscular, em decorrência do processo de dor, o qual pode variar de relaxado a rígido [27]. A avaliação dessa característica deve ser realizada por meio da observação [65, 68].</p>
Posição para evitar dor	<p>Posição adotada pela criança visando evitar ou minimizar a dor [11]. A avaliação dessa característica deve ser realizada por meio da observação [68]</p>
Relato codificado de dor	<p>Caracteriza-se pela informação fornecida pela criança por meio da comunicação não verbal de dor. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e pode referir aspectos sensoriais, emocionais, ou cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa [13, 72]. A avaliação dessa característica deve ser realizada por meio da observação, escuta e análise do discurso da criança [65].</p>

<p style="text-align: center;">Relato verbal</p>	<p>Caracteriza-se pelo relato sobre a dor, realizado pela pessoa que a sente. A resposta verbal pode ser espontânea ou solicitada e pode referir aspectos sensoriais, emocionais ou cognitivos para caracterizar a experiência dolorosa [11, 13, 72, 74]. Deve ser avaliado por meio da escuta sobre o que a criança refere sobre sua dor [2].</p>
<p style="text-align: center;">Mudança no estado mental (acrescentada neste estudo)</p>	<p>Trata-se de reação, com comportamento diferente daquele habitualmente apresentado pelo paciente. As crianças podem apresentar ansiedade, irritabilidade e agitação.</p> <p>Ansiedade: estado emocional angustiante [75].</p> <p>Irritabilidade: estado de impaciência [75].</p> <p>Agitação: estado de inquietude.</p> <p>Por ser uma avaliação subjetiva, o estado mental deve ser confirmado com informações de familiares ou do próprio paciente [76, 77].</p>
<p style="text-align: center;">Mudança no padrão respiratório (acrescentada neste estudo)</p>	<p>Caracteriza-se por alterações no padrão respiratório, tais como respiração curta e dispneia, variando entre respiração superficial ou profunda [11, 68, 78]. A avaliação do padrão respiratório deve ser feita por meio da inspeção e ausculta do tórax, observando-se o tipo de respiração apresentada pela criança [68].</p>

Quadro 2 – Definições conceituais e operacionais de 21 características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (19) presentes no livro da NANDA [11] e de duas características definidoras incluídas neste estudo. As características definidoras estão ordenadas conforme a sequência descrita no livro da NANDA 2007–2008.

3.9 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados com o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences*, versão 14.0. As variáveis categóricas foram descritas com frequências absolutas e relativas, e as variáveis contínuas, com média e desvio-padrão ou mediana e intervalo interquartis, conforme seguissem ou não distribuição similar à normal. O teste Exato de

Fischer foi utilizado para relacionar a etiologia da dor e o motivo de internação das crianças (cirúrgico ou clínico).

Para avaliar a concordância das respostas entre as peritas, foi utilizado o coeficiente Kappa. Para calcular a taxa de fidedignidade entre as peritas para cada característica definidora avaliada, foi utilizada a seguinte fórmula:

$$R = \frac{A}{A + D} \times \frac{F1 \div N + F2 \div N}{2},$$

em que: A é o número de concordâncias; D é o número de discordâncias; F1 indica a frequência das características observadas pelo primeiro observador; F2, a frequência das características observadas pelo segundo observador; N é o número de sujeitos observados; e R significa a taxa de fidedignidade entre os observadores [21]. Um valor de P bicaudal menor que 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

3.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição em que o estudo foi desenvolvido (ANEXO A). As crianças e seus responsáveis legais receberam informações completas sobre os objetivos do estudo e só foram incluídas após a concordância e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). As crianças maiores foram convidadas a participar e se concordassem o convite era realizado aos seus pais ou responsáveis e se estes também concordassem a criança era incluída no estudo.

4 RESULTADOS

Neste estudo, 120 crianças preencheram critérios de inclusão. Dessas, 55 foram excluídas. A principal causa de exclusão foi decorrente do fato de a criança não estar apresentando episódio de dor aguda no período da avaliação. Outro motivo relevante para exclusão foi à ausência de pais ou responsáveis legais, no momento da busca ativa nas unidades, para que autorizasse a participação da criança por meio da assinatura do TCLE. Ao todo, incluíram-se 65 crianças que estavam apresentando episódio de dor aguda no momento da avaliação pelas peritas. Esses dados podem ser observados na figura 1.

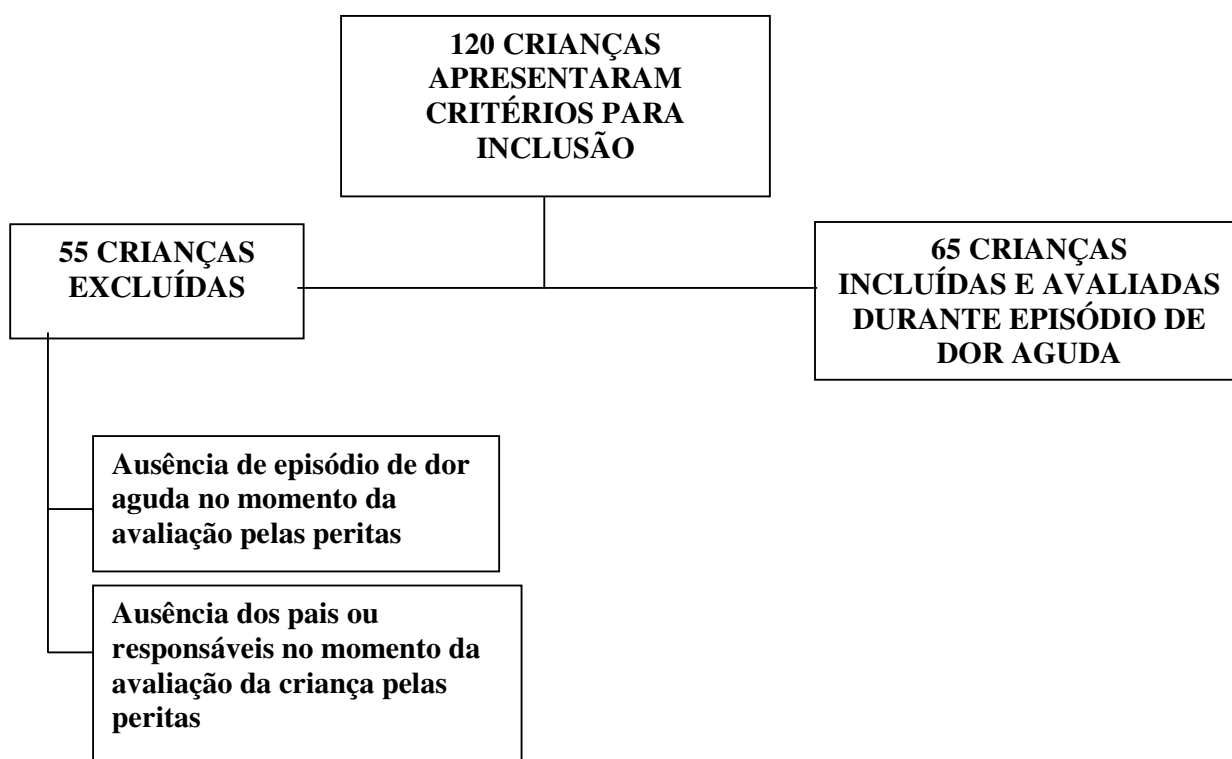


Figura 1 - Fluxograma de crianças avaliadas para participação no estudo de validação das características definidoras do diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda

As 65 crianças com Dor Aguda que foram incluídas neste estudo apresentaram idade média de $7,16 \pm 3,17$. Dessas, 34 (53,1%) são do sexo feminino; 35 (55,6%), procedentes do interior do Estado do Rio Grande do Sul. A mediana dos anos de estudo foi de 1 (0 – 3) anos. O maior percentual de crianças apresentou dor de etiologia inflamatória 35 (54,7%) e periférica 21 (33,3%) seguidas de dor de origem visceral 21 (32,8%). A Tabela 1 ilustra estes resultados.

Tabela 1 – Características demográficas e clínicas da amostra de crianças com Dor Aguda

Características	n= 65
Idade (anos)*	7,16 ± 3,17
Sexo (feminino)	34 (53,1)
Escolaridade (anos) †	1 (0 – 3)
Procedência	
Porto Alegre	28 (44,4)
Interior Rio Grande do Sul	35 (55,6)
Motivo das internações	
Clínico	42 (64,6)
Cirúrgico	23 (35,4)
História prévia de dor crônica	18 (28,1)
Etiologia da dor	
Inflamatória	35 (54,7)
Periférica	21 (33,3)
Visceral	21 (32,8)
Somática	21 (32,8)
Neuropática	14 (22,2)
Central	2 (3,1)
Outras etiologias não esclarecidas	3 (4,7)
Exposição a procedimentos invasivos	38 (59,4)

*Variável expressa com média ± desvio-padrão; † Variável expressa em mediana e percentis. Variáveis categóricas expressas em n (%).

Entre os principais problemas de saúde observados nas crianças hospitalizadas com Dor Aguda, destacaram-se situações clínicas, tais como infecções respiratórias; situações dolorosas com diagnóstico em investigação: cefaleia, dor abdominal e dor durante deambulação; anemia falciforme, artrite reumatoide, lesões corporais disseminadas (psoríase e varicela); meningite e doenças crônicas com dor aguda. Entre as principais situações cirúrgicas (pós-operatório imediato até o 5.º dia), destacaram-se: ampliação de bexiga, anastomose bilio-digestiva, angioplastia, nefrectomia, inserção de drenos, punções de acessos

venosos centrais, retirada de corpo estranho, traqueostomia, vaginoplastia, transplante hepático, apendicectomia, correções ortopédicas e cirurgias oncológicas.

A Tabela 2 demonstra a taxa de fidedignidade entre as peritas para cada uma das características definidoras de Dor Aguda. Das 19 características presentes no livro da NANDA (2007-2008), 17 foram validadas, duas características (*Diáforese* $R=0,49$ e *Dilatação pupilar* $R=0,43$) foram excluídas e duas novas características definidoras foram acrescentadas neste estudo ao diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (*Mudança do estado mental* $R=0,96$ e *Mudança no padrão respiratório* $R=0,78$), totalizando 19 características validadas. Utilizando a fórmula proposta por Fehring, evidenciaram-se 14 características definidoras consideradas principais ou maiores ($R \geq 0,80$): maiores ($R \geq 0,80$): *Comportamento expressivo*, *Mudança do estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação)*, *Relato verbal*, *Evidência observada de dor*, *Foco estreitado*, *Foco em si próprio*, *Gestos protetores*, *Posição para evitar dor*, *Distúrbio do sono*, *Comportamento de proteção*, *Mudança na frequência cardíaca*, *Alteração no tônus muscular*, *Mudança na frequência respiratória* e *Expressão facial*. Cinco características definidoras foram indicadas como menores ($R \geq 0,50-0,79$): *Alteração na pressão sanguínea*, *Relato codificado*, *Mudança no padrão respiratório*, *Comportamento de distração* e *Mudança no apetite*. Duas características definidoras: *Mudança no estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação)* e *Mudança no padrão respiratório* não estão contempladas no diagnóstico de enfermagem Dor Aguda; entretanto, mostraram-se presentes durante a avaliação clínica da criança, sendo incluídas. A característica definidora *Mudança no estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação)* foi influenciada pelo diagnóstico de enfermagem Ansiedade que apresenta dor como uma de suas características definidoras e pelas características definidoras *Agitação* e *Irritabilidade* encontradas no diagnóstico de enfermagem Dor Crônica e [11]. A característica definidora *Mudança no padrão respiratório* foi influenciada pelo diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas em crianças, o qual contempla essa característica e pelo diagnóstico de enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz da criança hospitalizada que apresenta dor como um dos fatores relacionados.

Tabela 2 – Taxa de Fidedignidade e Teste Kappa entre as peritas para as características definidoras maiores e secundárias de Dor Aguda

Características definidoras	Taxa de Fidedignidade (R)
Comportamento expressivo	1
Mudança no estado mental	0,96
Relato verbal	0,96
Evidência observada de dor	0,96
Foco estreitado	0,91
Foco em si próprio	0,91
Gestos protetores	0,90
Posição para evitar dor	0,90
Distúrbio do sono	0,89
Comportamento de proteção	0,88
Mudança na frequência cardíaca	0,84
Alteração no tônus muscular	0,83
Mudança na frequência respiratória	0,81
Expressão facial	0,81
Alteração na pressão sanguínea	0,78
Relato codificado	0,78
Mudança no padrão respiratório	0,78
Comportamento de distração	0,63
Mudança no apetite	0,52

$R = (A/A+D) \times [(F1/N) + (F2/N)] / 2$ (A = número de concordâncias; D = número de discordâncias; F1 = frequência das características observadas pelo primeiro observador; F2 = frequência das características observadas pelo segundo observador; N = número de sujeitos observados; e R = taxa de fidedignidade entre os observadores).

A Tabela 3 contempla as características definidoras para as seguintes etiologias de dor observadas: origem visceral, neuropática, inflamatória, somática e central. Algumas características definidoras não foram observadas quando relacionadas à origem da dor, além da presença de características definidoras que foram excluídas na avaliação geral e, quando analisadas isoladamente quanto à origem da dor, mostraram-se validadas.

Tabela 3 – Taxa de fidedignidade entre as peritas para as características definidoras de Dor Aguda e origem da dor

<i>Características definidoras</i>	<i>R total</i>	<i>R visceral</i>	<i>R neuropática</i>	<i>R inflamatória</i>	<i>R periférica</i>	<i>R somática</i>	<i>R central</i>
Alteração PA *	0,64	0,64	**	0,82	0,84	**	**
Comportamento de distração	0,63	0,58	**	0,58	**	**	**
Comportamento de proteção	0,88	0,95	**	0,95	**	**	**
Comportamento expressivo	1	**	**	**	**	**	**
Diaforese	0,49	0,33	0,57	0,33	0,46	0,38	**
Dilatação pupilar	0,43	**	0,37	0,43	0,55	**	0,5
Distúrbio do sono	0,89	**	**	**	**	**	**
Evidência observada de dor	0,96	**	**	**	**	**	**
Expressão facial	0,81	**	0,76	**	**	0,95	**
Foco em si próprio	0,89	**	**	**	**	**	**
Foco estreitado	0,91	**	0,92	**	**	**	**
Gestos protetores	0,90	0,88	0,79	0,88	**	**	**
Mudança na FC [†]	0,7	0,56	0,67	**	0,9	0,84	**
Mudança na FR [‡]	0,76	0,62	0,53	0,62	0,86	0,78	**
Mudanças no apetite	0,52	0,42	0,65	0,42	0,61	0,65	**
Mudanças no tônus muscular	0,83	0,77	0,72	0,77	0,76	0,75	**
Posição para evitar dor	0,89	0,95	**	0,95	**	**	**
Relato codificado	0,78	0,66	0,69	0,66	**	0,74	**
Relato verbal de dor	0,96	0,36	0,75	**	**	**	**
Mudança no padrão respiratório	0,78	0,71	**	0,72	0,88	0,88	**
Mudança no estado mental	0,96	**	**	**	**	**	**

** As respostas referentes a essa característica não permitiram realizar cálculo do R.

Pressão arterial*, Frequência cardíaca[†], Frequência respiratória[‡]. A tabela apresenta as 21 características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda (19) presentes no livro da NANDA [11] e de duas características definidoras incluídas neste estudo. As características definidoras estão ordenadas conforme a sequência descrita no livro da NANDA 2007–2008.

A Tabela 4 contempla os tipos de dor observados: dor de origem visceral, neuropática, inflamatória, central, periférica e somática, e suas relações com o motivo pelo qual a criança internou: cirúrgico ou clínico. Essa relação sugere tendência à ocorrência de dor visceral naqueles que internaram por razões cirúrgicas, da mesma forma que a relação é significativamente diferente para que as crianças com problemas cirúrgicos apresentassem mais dor de origem somática.

Tabela 4 – Relação entre a etiologia da dor e o motivo de internação das crianças (cirúrgico ou clínico)

Etiologia da Dor	Cirurgia n=23	Clínica n=42	*P
Visceral	11 (47,8)	10 (23,8)	0,06
Neuropática	5 (21,7)	9 (22,0)	0,99
Inflamatória	12 (52,2)	24 (57,1)	0,80
Central	0	2 (4,8)	0,54
Periférica	9 (40,9)	12 (28,6)	0,40
Somática	16 (69,9)	5 (11,9)	<0,001

* Teste Exato de Fisher.

5 DISCUSSÃO

Entre as 65 crianças avaliadas neste estudo, validou-se um grupo de 14 características definidoras maiores ($R \geq 0,80$): *Comportamento expressivo*, *Mudança do estado mental* (ansiedade, irritabilidade e agitação), *Relato verbal*, *Evidência observada de dor*, *Foco estreitado*, *Foco em si próprio*, *Gestos protetores*, *Posição para evitar dor*, *Distúrbio do sono*, *Comportamento de proteção*, *Mudança na frequência cardíaca*, *Alteração no tônus muscular*, *Mudança na frequência respiratória* e *Expressão facial*. Cinco características definidoras foram indicadas como menores ($R \geq 0,50-0,79$): *Alteração na pressão sanguínea*, *Relato codificado*, *Mudança no padrão respiratório*, *Comportamento de distração* e *Mudança no apetite* – estas serviram como adjuvantes na validação desse diagnóstico.

Neste estudo, a característica definidora *Comportamento expressivo* ($R = 1$), tais como choro, agitação, vigilância e medo, refere-se às reações e à forma de agir em face da presença de um estímulo recebido. São reações comportamentais observáveis que incluem mudanças posturais, gestuais e faciais [4, 10]. As manifestações subjetivas de dor podem ser observadas por meio de respostas comportamentais, como expressão facial ou mímica facial, postura e agitação. Alguns comportamentos podem ser demonstrados e são indicadores de dor, tais como irritabilidade, isolamento social, choro, gemido, vigilância, suspiro, redução do apetite e lazer, e diminuição da atenção [74]. Essa característica é considerada em alguns estudos como um dos sinais que demonstram, pela criança, a presença da dor [73, 79]. Os movimentos expressivos podem ser tomados como indicadores de estados internos, pois os fatores emocionais afetam a capacidade da criança de entender o que está acontecendo, a habilidade do enfrentamento e a resposta comportamental [73]. O gesto comunicativo é uma reação a um estímulo que se torna evidenciado sob forma de reações posturais, faciais ou fisiológicas [73, 79]. Outros estudos destacam a agitação como um comportamento relacionado à dor e ao medo [33]. Além disso, as emoções infantis variam, dessa forma a dor é percebida com maior intensidade quando alguns sentimentos são mais acentuados [80]. Estudos revelam também a associação dessa característica com outra, também validada e denominada no presente estudo de *Alteração do estado mental* (ansiedade, irritação e agitação) ($R = 0,96$). Esses estudos indicam que a ansiedade é a sensação mais frequentemente associada à dor aguda, sendo reconhecida como responsável pelo aumento da percepção dolorosa [81]. A ansiedade pode provocar alterações no ambiente familiar, e a conduta tomada para auxiliar a criança irá

definir a maneira como vão expressar e enfrentar a experiência dolorosa. Fatores estressantes que modificam e perpetuam a sensação dolorosa, como a falta de entendimento sobre o porquê da dor, a ansiedade quanto à continuidade e a incerteza da possibilidade de alívio e controle da dor estão presentes em crianças que vivenciam dores intensas, recorrentes ou crônicas [74]. Em estudo exploratório conduzido para identificar as reações físicas e emocionais apresentadas por crianças durante a internação hospitalar a irritabilidade também foi identificada como uma reação frequente [70]. No estudo de validação clínica do diagnóstico de Dor, a irritabilidade foi relatada por 80% dos pacientes e considerada uma característica definidora maior [48]. No presente estudo, a irritabilidade foi incluída na característica definidora alteração do estado mental, pois em crianças essa alteração emocional é demonstrada em conjunto com outras, como choro, ansiedade e inquietação, sendo considerada indicativo comum de dor. Autores ressaltam que esse sintoma é considerado um mecanismo de defesa desencadeado pelo medo, em busca de afastar situações desagradáveis [76]. O sintoma inquietação foi considerado uma característica maior no estudo de Corrêa. No presente estudo, avaliou-se como *agitação*, demonstrando-se um sinal presente nas crianças em episódios de dor. Esse sinal também auxilia na avaliação de dor, pois está presente nos episódios dolorosos [82].

A característica definidora *Relato verbal* ($R = 0,96$) é considerada padrão-ouro para a avaliação da dor, pois, a partir dos 18 meses de idade, a maioria das crianças é capaz de descrever a dor por meio de palavras. Já as crianças com três e quatro anos de idade apresentam, em sua maioria, conhecimento cognitivo para descrever os graus de dor. Outro fator que reforça a importância do autorrelato é a faixa etária da criança, pois pré-escolares demonstram menos alterações comportamentais em relação a um estímulo doloroso, ou seja, mantêm um maior controle do comportamento, possivelmente devido a fatores psicológicos que envolvem a dor, porém isso não significa que não sintam dor [35]. Essa característica foi avaliada no estudo conduzido para validação de dor em que foi conceituada como comunicação de descritores de dor, sendo considerada maior em função de sua ocorrência [48]. Em outro estudo realizado para identificação e validação clínica do diagnóstico de enfermagem, Amamentação Ineficaz, a característica definidora Dor foi identificada por meio do relato das mães sobre o que estavam sentindo [52]. Em estudo conduzido para identificar os diagnósticos de enfermagem de pacientes adultos em pós-operatório de colecistectomia laparoscópica, *Relato verbal* foi descrito como a característica definidora identificada em todos os pacientes com diagnóstico de Dor Aguda [40].

A característica definidora *Evidência observada de dor* ($R = 0,96$) corresponde a situações em que o paciente demonstra estar sentindo dor por meio de comportamentos (expressão corporal, facial e vocalização) que se tornam observáveis por meio da avaliação do enfermeiro [82]. Na avaliação clínica, deve-se considerar a causa da doença, os procedimentos diagnósticos e terapêuticos que a criança está enfrentando e todos os componentes envolvidos no processo doloroso (sensoriais, comportamentais, sócio-culturais, cognitivos e fisiológicos) [71]. Em conduzido para identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes adultos em pós-operatório de colecistectomia o diagnóstico de Dor Aguda ocorreu em 33,3% dos pacientes avaliados e identificou a característica definidora *Evidência observada de dor* em segundo lugar em ocorrência [40]. Resultado semelhante foi encontrado em pacientes adultos no período perioperatório de cirurgia cardíaca [80]. Este estudo demonstrou a ocorrência de 52,9% do diagnóstico de Dor Aguda, apresentando *Evidência observada de dor* como a segunda característica definidora identificada [83]. Em nosso estudo, essa característica foi avaliada, considerando-se o comportamento apresentado pela criança nos períodos de dor aguda relacionado à doença, ao estado clínico geral e às intervenções clínicas e cirúrgicas, tendo também apresentado ocorrência elevada. A avaliação dessa característica exige uma visão geral da criança e contempla dados de avaliação contidos em outras características definidoras.

Outra característica validada neste estudo foi *Foco estreitado* ($R = 0,91$), a qual se refere a situações em que a criança apresenta desinteresse por estímulos ambientais, podendo apresentar percepção do tempo alterada, processos de pensamento prejudicados, interação reduzida com as pessoas e com o ambiente em função do processo doloroso [11]. Em estudo realizado para validação clínica do diagnóstico de Dor em pacientes adultos em pós-operatório de cirurgia cardíaca, foi validada a característica focalização limitada, sendo identificada em pacientes com maior concentração em si e com perda de interesse pelo ambiente [48]. Nesse estudo, essa característica, quando avaliada em pacientes com dor, apresentou frequência de ocorrência significativamente superior, quando comparada a do grupo de pacientes sem dor. Em situações de dor persistente, os pacientes podem preferir o isolamento, pois se tornam mais centrados em si devido à situação dolorosa vivenciada [82]. No presente estudo, ao avaliar essa característica, foi possível observar a interação reduzida com as pessoas e com o ambiente como reação ao estímulo doloroso; entretanto, não foi possível discernir percepção do tempo alterada e processos de pensamento prejudicados. Ressalta-se que a natureza do pensamento da criança é qualitativamente diferente da do adulto

em decorrência das restrições impostas pela estrutura infantil, pois a maturação neuronal ainda está em desenvolvimento. Os estudos relacionados à percepção da dor e ao desenvolvimento cognitivo são escassos [12].

A característica definidora *Foco em si próprio* ($R = 0,91$) é caracterizada quando a criança mostra-se centrada na situação dolorosa enfrentada [72]. Nesse caso, a criança, em função do sofrimento da doença e da dor, focaliza-se na situação que está enfrentando. As emoções afetam a sua capacidade de compreender o que está ocorrendo. Assim, a reação comportamental e emocional pode variar desde a aceitação, a ansiedade, o medo, a raiva, a depressão e os sentimentos específicos relacionados ao impacto dessa situação em sua vida, pois lhe falta controle para enfrentar a dor [12]. Na literatura revisada, não se encontraram estudos de validação de diagnóstico que validassem essa característica em crianças. Entretanto, em estudo descritivo realizado para levantamento de ocorrência de Dor Crônica em idosos, essa característica foi observada em uma pequena amostra dos pacientes avaliados em seu domicílio, sendo considerada menor [84]. As diferenças nos resultados podem ter ocorrido devido às especificidades psicossociais e comportamentais nas faixas etárias em investigação, pela diferença dos tipos de dor em estudo. Em nosso estudo, investiga-se Dor Aguda, propriamente pelo fato de o presente estudo ser realizado em ambiente hospitalar.

A característica definidora *Gestos protetores* ($R = 90$) caracteriza-se por gestos apresentados pela criança como forma de proteger-se da situação dolorosa [35]. Algumas alterações podem ser observadas, tais como permanecer estático, rigidez, flexão em posição fetal, tocar ou segurar a região dolorosa [35]. Atitudes antálgicas ocorrem diante da ocorrência de dor com o intuito de minimizar esse sintoma quando as crianças enfrentam afecções dolorosas [68].

A característica definidora *Posição para evitar dor* ($R = 0,90$) refere-se à posição corporal adotada pela criança, visando evitar ou minimizar a dor [11]. Em nosso estudo, essa característica apresentou frequência de ocorrência elevada, demonstrando ser relevante para a avaliação de dor na faixa etária do estudo. Essa característica foi observada em uma amostra de pacientes adultos no estudo conduzido para identificar a ocorrência de diagnósticos de enfermagem em pacientes com diabetes [85]. No estudo conduzido por Lacerda e colaboradores, essa característica também foi descrita em pacientes idosos [84]. Entretanto, nessas investigações essa característica apresentou pequena frequência de ocorrência quando

avaliada em pacientes adultos. Na NANDA, até 2002, essa característica também foi denominada de posição antálgica. Outros autores também utilizaram esse conceito em seus estudos [48, 86]. Atitudes antálgicas ocorrem em crianças frente à ocorrência de dor com o intuito de minimizar esse sintoma quando estas enfrentam afecções dolorosas [68]. Esse comportamento pode ser denominado de comportamento de evitação, o qual ocorre em situações em que a pessoa impede ou previne a ocorrência de uma ação ou atitude que possa lhe causar dor [87].

A característica definidora *Distúrbio do sono* ($R = 0,89$) constitui-se em manifestações frequentes em situações em que a dor exerce um papel importante. Nessas situações, ocorrem alterações no padrão do sono: além da sonolência diurna, ocorrem outras manifestações, tais como fadiga, distúrbios de humor e do raciocínio, que se torna mais lento, alteração na quantidade e qualidade do sono em função da situação dolorosa. Diversas patologias causam dor e apresentam piora dos sintomas à noite ou ao despertar. A alteração do padrão do sono pode ser decorrente dessas disfunções do organismo tanto em crianças como em adultos [48]. A privação do sono em pacientes graves contribui para a deterioração de sua condição [86]. Em estudo de caso conduzido para identificar o diagnóstico Distúrbio no padrão do sono em pacientes idosos vítimas de queimaduras, essa característica foi identificada e relacionada a dores e à dificuldade de assumir a posição habitual [87]. Essa característica também foi identificada com referência a parte dos pacientes adultos quanto à presença de dificuldade para dormir, ao acordar cansado, a pesadelos e ao sono interrompido, e os resultados indicaram que pacientes com dor apresentam alterações do padrão do sono [48]. Em outro estudo, realizado em 2004 para levantamento de diagnósticos de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca, houve concordância entre enfermeiros quanto à identificação da categoria diagnóstica Distúrbio do Padrão do Sono, o que foi relacionado ao ambiente hospitalar, pois esse lugar apresenta situações peculiares que se tornam estranhas e assustadoras para os pacientes, gerando ansiedade e medo [88]. Na presente investigação, essa característica (distúrbio do sono) foi avaliada em crianças, considerando-se o comportamento durante o período de sono, tais como sono fragmentado (não dorme alguns períodos da noite devido à presença de dor), troca de turnos, dificuldade para dormir, aparência abatida ao acordar e irritabilidade, a qual foi relacionada à presença de dor. Crianças, na presença de dor, apresentam distúrbios do sono e da alimentação como indicativos de um quadro álgico [89, 90].

A avaliação desse sinal no contexto da dor é importante para conduzir às melhores condutas a serem tomadas, pois a privação do sono em pacientes graves desencadeia consequências sérias e contribui para a piora de sua condição de saúde [86].

A característica definidora *Comportamento de proteção* ($R = 0,88$) caracteriza-se pela presença de postura que minimize a dor, como deitar imóvel, contrair as pernas, retraindo-se quando tocada, segurar ou proteger a área dolorida [11]. Essa característica foi observada em 100% dos pacientes com dor avaliados em estudo de validação [48]. No presente estudo, essa característica também se mostrou válida, sendo avaliada pela observação do comportamento apresentado pela criança visando proteger-se da dor, mantido por determinado tempo [48]. Comportamento protetor, com postura de guarda sobre a área do corpo em que a dor está localizada, é observado em pacientes com dor aguda; em casos de dor crônica, essa postura passa a ser incorporada à mecânica corporal [91].

A *Mudança na frequência cardíaca* ($R = 0,84$) caracteriza-se por alterações na frequência cardíaca de acordo com a faixa etária pediátrica e os padrões de comportamento (acordado, em repouso e dormindo). Na presente investigação, as crianças foram avaliadas comparando-se a frequência cardíaca durante o episódio doloroso e em períodos sem dor, durante o sono ou repouso, considerados valores de normalidade de acordo com a faixa etária. Em estudo de validação do diagnóstico de Dor o resultado obtido pela verificação da frequência cardíaca indicou aumento dos batimentos cardíacos nos pacientes com dor, tendo sido essa considerada uma característica maior para esse diagnóstico [48]. Em nosso estudo, essa característica também apresentou frequência de ocorrência significativa, quando comparada ao estudo acima citado, sendo considerada uma característica definidora maior para avaliação de dor em crianças na faixa etária de três a 12 anos de idade. No entanto, é importante considerar a avaliação de medidas fisiológicas associadas a medidas comportamentais, pois mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo podem acontecer e interferir na variação dos parâmetros, tais como a pressão arterial, a frequência cardíaca e a frequência respiratória. Dessa forma, tais parâmetros não estão especificamente relacionados ao estímulo doloroso, e sim a diversos outros estímulos, como as alterações causadas pela doença de base. Esses mecanismos de acomodação e adaptação que ocorrem com as respostas fisiológicas podem interferir nas variações dos parâmetros vitais de pacientes que se encontram em situações de doenças. Nesses casos, essas respostas autônomas

podem voltar ao normal, porém se associam e são mais úteis para se avaliarem experiências dolorosas relacionadas a procedimentos de curta duração [92].

A característica definidora *Alteração no tônus muscular* ($R= 0,83$) refere-se à variação do tônus muscular em decorrência do processo de dor, o qual pode variar de relaxado a rígido [11]. Em nosso estudo, observou-se que a frequência de ocorrência dessa característica foi significativa quando avaliada em crianças. Entre as alterações comportamentais relacionadas ao tônus, podem-se citar as reações específicas e as físicas localizadas, entre as quais estão flexão e tremores de extremidades, resposta motora com finalidade de afastar o estímulo doloroso [93].

A característica definidora *Mudança na frequência respiratória*, que se caracteriza por alterações na frequência respiratória de acordo com a faixa etária pediátrica, apresentou $R = 0,81$. No estudo transversal conduzido por Rocha e colaboradores para identificar os diagnósticos de enfermagem em pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, 68,2% dos pacientes apresentaram o diagnóstico de Padrão Respiratório Ineficaz, com a presença da característica definidora Taquipneia relacionada à dor e a ansiedade [94]. A característica *Mudança na frequência respiratória* esteve presente em 22% das crianças avaliadas no período de recuperação pós-anestésica, quando estavam retomando a respiração espontânea, e em ventilação mecânica apresentou $R=1$, conforme o estudo de Pileggi, em 2007 [49]. No presente estudo, essa característica foi avaliada durante o repouso e na presença de dor. Essa característica apresentou frequência de ocorrência significativa, porém cabe ressaltar que, nessa investigação, foram avaliadas crianças em condições clínicas diferentes, quando comparadas ao estudo acima citado. Em crianças, a frequência respiratória é sensível a estímulos externos, apresentando variações, principalmente durante estados de doenças e emoções, quando comparada a adultos [95]. Entretanto, a alteração na frequência respiratória deve ser avaliada em combinação com outras medidas, uma vez que esta responde rapidamente ao estímulo nociceptivo, mas não é específica [96].

A característica definidora *Expressão facial* ($R = 0,81$) refere-se a alterações na mímica facial durante episódios dolorosos, podendo-se observar mudanças da expressão facial do rosto como indicativo de dor, entre essas, testa enrugada, boca torcida, face de choro [11, 71]. Autores descrevem que movimentos faciais e choro demonstraram um padrão consistente de resposta associado à estimulação nociceptiva [97]. Em estudo prévio, essa característica

foi considerada maior, sendo avaliada durante o período do episódio doloroso, indicando que está diretamente relacionada com a presença de dor [48]. Em nosso estudo, essa característica ainda esteve presente e mostrou-se relevante, sendo considerada também maior para o diagnóstico de Dor Aguda em crianças. Resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos [40, 83].

Cinco características definidoras indicadas como menores ($R \geq 0,50-0,79$) – *Alteração na pressão sanguínea*, *Relato codificado*, *Mudança no padrão respiratório*, *Comportamento de distração* e *Mudança no apetite* – foram consideradas adjuvantes na validação do diagnóstico de Dor Aguda em crianças hospitalizadas.

A característica definidora *Alteração na pressão sanguínea* ($R = 0,78$) foi evidenciada como uma das características menores. A pressão sanguínea é definida como a força exercida pelo sangue sobre a parede do vaso com a finalidade de promover a perfusão tissular adequada, possibilitando as trocas metabólicas [58]. Na presente investigação, esse sinal também foi considerado uma característica definidora menor. Em estudo prévio foi encontrado resultados semelhantes quanto a essa característica [48]. Alterações nas respostas fisiológicas, como a pressão arterial e pulso, auxiliam na avaliação da dor; entretanto, a exemplo de outras alterações fisiológicas citadas, a pressão sanguínea deve ser avaliada em combinação com outros parâmetros, pois, de uma forma geral, a validade das medidas fisiológicas fica diminuída pelos mecanismos homeostáticos que tendem a se opor a essas mudanças e vão ter seu valor reduzido com o passar do tempo [96]. Essa alteração varia consideravelmente por estar também relacionado à ansiedade ou ao medo [71].

A característica definidora *Relato codificado* ($R = 0,78$) caracteriza-se pela informação fornecida pela criança por meio da comunicação não verbal de dor. Os comportamentos não verbais de dor são reações comportamentais observáveis que incluem mudanças gestuais e posturais, diferentes da resposta verbal, que pode ser espontânea ou solicitada e pode incluir as queixas expressas verbalmente e a expressão escrita [87]. Em um estudo transversal desenvolvido em 2005 para identificar os diagnósticos de enfermagem que mais acometem as crianças com doenças respiratórias, foi destacado o diagnóstico de Dor e observada a característica *Relato codificado*; no entanto, esta foi identificada em uma pequena amostra de pacientes e avaliada em associação com a característica definidora *Relato verbal*. No presente

estudo, essa característica se mostrou válida para auxiliar na avaliação da Dor Aguda nas crianças.

A característica definidora *Mudança no padrão respiratório* ($R = 0,78$), caracteriza-se por alterações no padrão respiratório, variando entre respiração superficial ou profunda. A avaliação dessa característica foi influenciada pelo comportamento observado durante o exame clínico e pela característica definidora *Alterações na profundidade respiratória* do diagnóstico de enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz [11]. Essa característica mostrou-se válida para auxiliar na avaliação da dor em crianças. O padrão ventilatório sofre influência da dor, pois durante episódios dolorosos a ventilação dos pacientes torna-se restritiva, induzindo a uma respiração profunda [5].

Comportamento de Distração ($R = 0,63$) foi caracterizado como um lapso de consciência e de falta de atenção [64]. Pode ser caracterizado por comportamentos específicos, como andar de um lado para o outro, procurar pessoas e/ou realizar atividades repetitivas [11]. Crianças que vivenciam situações dolorosas podem mostrar-se desatentas a estímulos ambientais. Ao avaliar essa característica, foi possível observar restrições para avaliar o comportamento de distração na criança, pois há dificuldades para discernir esse comportamento – que se relaciona com a natureza do pensamento da criança, que é qualitativamente diferente da do adulto. Esse comportamento deve-se às restrições impostas pela estrutura infantil, pois a maturação neuronal ainda está em desenvolvimento. Situação semelhante à que ocorre com a característica *Foco estreitado* ocorreu com esta, onde os estudos relacionados à percepção da dor e desenvolvimento cognitivo são escassos [12].

A característica definidora *Mudança no apetite* ($R = 0,52$) refere-se a alterações na ingestão alimentar que iniciaram durante o processo de hospitalização (doença e dor). A criança não aceita ou aceita pouco a ingestão de alimentos suficientes para atender às suas demandas metabólicas [11]. Em estudo prévio, essa característica mostrou-se válida para auxiliar na avaliação da dor, sugerindo que a dor interfere na aceitação de alimentos; com base na avaliação da frequência de ocorrência, no entanto, foi considerada menor [47]. Resultado semelhante foi encontrado em nosso estudo, sendo essa característica também considerada menor.

Durante o processo de validação desse diagnóstico, tornou-se necessário incluírem-se duas características definidoras observadas nas crianças durante os episódios de dor.

As duas características incluídas foram *Mudança no estado mental* e *Mudança no padrão respiratório*, as quais não estão contempladas no diagnóstico de enfermagem Dor Aguda, entretanto mostraram-se presentes durante a avaliação clínica da criança hospitalizada. A característica definidora *Mudança no estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação)* foi influenciada pelo diagnóstico de enfermagem Ansiedade que apresenta dor como uma de suas características definidoras e pelas características definidoras *Agitação* e *Irritabilidade* encontradas no diagnóstico de enfermagem Dor Crônica [11]. Enquanto a característica definidora *Mudança no Padrão Respiratório* foi influenciada pelo diagnóstico de enfermagem Desobstrução Ineficaz de Vias Aéreas em crianças, o qual contempla essa característica, e pelo diagnóstico de enfermagem Padrão respiratório ineficaz que apresenta a dor como um dos fatores relacionados [11].

Ao analisarmos a etiologia de dor com o motivo das internações cirúrgicas ou clínicas, foi possível observar que houve uma tendência à ocorrência de dor visceral naqueles que internaram por razões cirúrgicas, da mesma forma que a relação é significativamente diferente para que as crianças com problemas cirúrgicos apresentassem mais dor de origem somática.

Essa tendência de ocorrência maior de dor visceral e somática pode ser em decorrência desse tipo de dor ser causa prevalente de sofrimento agudo ou crônico. Esse tipo de dor ocorre em processos inflamatórios e em situações clínicas, como apendicite, infecções urinárias, esofagite, úlceras gástricas e cólicas [4, 5]. Enquanto a dor de origem somática pode ser decorrente de lesão tecidual resultante de cortes, traumatismos diversos ou isquemias, dores ósseas, dores músculo-esqueléticas, dores artríticas e dor em pós-operatórios [4, 5, 6]. Situações essas encontradas nas crianças cirúrgicas em nosso estudo.

Em nosso estudo observou-se também a existência de crianças com história de dor crônica, o que vem ao encontro da literatura que destaca a ocorrência de dor visceral e somática em pacientes com dor aguda e crônica [4, 5, 6].

6 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Durante a avaliação das crianças com dor, algumas foram excluídas em decorrência das peritas não estarem disponíveis para avaliação no momento em que ocorreu o episódio de dor aguda. Outra situação relevante para exclusão foi à ausência de pais ou responsáveis legais, no momento da avaliação da criança pelas peritas. Ressalta-se também a escassez de estudos de validação de diagnóstico de enfermagem relativos a dor para que este estudo pudesse ser comparado.

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo concluiu-se que 14 características definidoras do diagnóstico de enfermagem Dor Aguda foram consideradas principais ou maiores ($R \geq 0,80$, entre essas o *Comportamento expressivo*, *Mudança no estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação)*, *Relato verbal Evidência observada de dor*, *Foco estreitado*, *Foco em si próprio*, *Gestos protetores*, *Posição para evitar dor*, *Distúrbio do sono*, *Comportamento de proteção*, *Mudança na frequência cardíaca*, *Alteração no tônus muscular* e *Mudança na frequência respiratória* e *Expressão facial*. As cinco características definidoras com ($R \geq 0,50-0,79$) consideradas secundárias ou menores foram *Alteração na pressão sanguínea*, *Relato codificado*, *Mudança no padrão respiratório*, *Comportamento de distração* e *Mudança no apetite*. As demais características definidoras consideradas não representativas foram *Diaforese* e *Dilatação pupilar*, que atingiram escores inferiores a 0,50. Desse modo, o estudo considerou que as características com $R \geq 0,50$ foram validadas para o diagnóstico de enfermagem Dor Aguda em crianças hospitalizadas.

As crianças que internaram por motivos cirúrgicos apresentaram uma tendência a apresentar mais dor de origem visceral, embora, de forma mais significativa apresentaram dor de origem somática, quando comparadas às crianças que internaram por motivos clínicos.

A utilização dos diagnósticos de enfermagem tem sido estimulada e, com isso a necessidade do incremento de oportunidades para uma interpretação dos dados com acurácia, uma vez que alguns enfermeiros declaram suas interpretações na forma de diagnósticos; outros têm a oportunidade de discutir ou, até mesmo, de fazer mudanças, contribuindo para a precisão das decisões. Entretanto, para que seja possível construir diagnósticos precisos e com acurácia, torna-se necessário compreender a necessidade de que os enfermeiros possam estar devidamente instrumentalizados do ponto de vista científico e semiotécnico. Portanto, é possível compreender que a precisão dos diagnósticos de enfermagem embasados nas respostas dos indivíduos é capaz de se traduzir com sucesso, solidificando as bases de intervenções bem-sucedidas [100].

Considerando o cenário hospitalar, crianças expostas a situações dolorosas ou que sofrem com dor constituem um grupo de indivíduos vulneráveis que necessitam de medidas de cuidado durante a hospitalização. Para isso, sinais e sintomas relacionados a situações

dolorosas precisam ser identificados e tratados rapidamente, favorecendo a manutenção da estabilidade clínica e psíquica durante a internação e o tratamento [101].

Nesse contexto, estudos têm demonstrado que intervenções multidisciplinares, especialmente de enfermagem, podem reduzir significativamente o sofrimento causado pela dor, pois esta equipe permanece junto com o paciente, acompanhado-a durante sua recuperação e observando seu comportamento diante da terapêutica implementada [99]. Para isso, é necessário que as intervenções estejam baseadas na resposta comportamental da criança com dor frente às medidas de controle, incluindo as medidas farmacológicas e não farmacológicas. Essas medidas precisam ser incorporadas ao cuidado desses pacientes no espaço hospitalar, pois diferentes meios para aliviar a dor interferem positivamente na recuperação dos pacientes [99].

8 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA CLÍNICA

Entre as 14 características definidoras maiores ($R \geq 0,80$): Comportamento expressivo, Mudança do estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação), Relato verbal, Evidência observada de dor, Foco estreitado, Foco em si próprio, Gestos protetores, Posição para evitar dor, Distúrbio do sono, Comportamento de proteção, Mudança na frequência cardíaca, Alteração no tônus muscular, Mudança na frequência respiratória e Expressão facial, observa-se que há semelhanças conceituais entre algumas dessas características. A característica definidora Comportamento expressivo apresenta um conceito bastante amplo o qual inclui definições encontradas em outras características, tais como, Mudança do estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação), Expressão facial, Gestos protetores, Posição para evitar dor e Comportamento de proteção. Assim sugere-se que as características Mudança do estado mental (ansiedade, irritabilidade e agitação), Expressão facial, Gestos protetores, Posição para evitar dor, Comportamento de proteção sejam agrupadas em uma definição conceitual única. Também se sugere que todas essas sejam reunidas na característica definidora Comportamento expressivo. O agrupamento dessas características semelhantes possibilitará a acurácia da avaliação clínica no estabelecimento deste diagnóstico.

Este estudo também busca contribuir para aperfeiçoar a acurácia da avaliação clínica da criança com dor e oferecer subsídio para atualização das características definidoras constantes no sistema de prescrição informatizado do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e após as CD incluídas serão encaminhadas para avaliação da NANDA-I.

Entretanto, sugere-se que novas pesquisas sejam conduzidas com esse tema em outros contextos para confirmação desses resultados.

REFERÊNCIAS

1. IASP - Associação Internacional para Estudo da Dor [homepage na Internet]. [acesso em 2009 Jan]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org>
2. McCaffery M, Herr K, Manworren R, Merkel S. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nurs.* 2006;7(2):44-52.
3. Pasero C. Pain control epidural analgesia in children. *Am J Nurs.* 1999;99(5):20.
4. Teixeira MJ. *Dor: manual para o clínico.* São Paulo: Atheneu; 2006.
5. Guyton AC, Hall JE. *Tratado de fisiologia médica.* 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan; 1996.
6. Oliveira CC, Maugin C, Oliveira ECF, Melo FDP, Silva FCA, Dias FEJ, et al. A dor e o controle do sofrimento. *Rev Psicofisiologia [periódico online].* 1997 [acesso em 2009 Jan 29];1(1-2). Disponível em: [http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor_controle_\(II\).htm](http://www.icb.ufmg.br/lpf/revista/revista1/volume1_a_dor_controle_(II).htm)
7. Bennett GJ. Neuropathic pain: new insights, new interventions. *Hosp Pract.* 1998; 33(10):95-8.
8. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet.* 2006;367(9522):1618-25.
9. Dahl JB, Moiniche S. Pre-emptive analgesia. *Br Med.* 2004;71:13-27.
10. Neto AO, Costa CMTS, Siqueira JTT, Teixeira MJ. *Dor princípios e práticas:* Porto Alegre. Artmed; 2009.
11. North American Nursing Diagnosis Association. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificações 2007-2008.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
12. Okada M, Teixeira MJ, Tengan Sk, Bezerra SL, Ramos CA. Dor em pediatria. *Rev Med.* 2001;80(ed. esp. pt.1):135-56.

13. Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. São Paulo: Martinari; 2007.
14. Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artmed; 2006.
15. Krechel SW, Bildner J. Cries: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. *Paediatric Anaesth.* 1995;5:53-61.
16. Horgan M, Choonara IA. Measuring pain in neonates: an objective score. *Paediatr Nurs.* 1996;8:24-7.
17. McGrath PJ, Johnson G, Goodmam JT, Schllinger J, Dunn J, Chapman JA. Cheops: a behavioral scale for rating postoperative pain in children. In: Fields HL, Dubner R, Cervero F. *Adv Pain Res Therapy.* 1985;9:395-402.
18. Tarbell SE, Cohen TI, Marsh JL. The toddler-preschooler postoperative pain scale: an observational scale for measuring postoperative pain in children aged 1-5. *Pain.* 1992;12: 348-59.
19. Büttner W, Finke W. Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. *Pediatric Anesth.* 2000;10(3):303-18.
20. Alves, MO, Carvalho PRA, Wagner MB, Castoldi A, SilvaCC, Becker MM. Cross-validation of the Children's and Infant's Postoperative Pain Scale in Brazilian Children. *Pain Practice*, v. 8, p. 171-176, 2008.
21. Barrier G, Attia J, Mayer MN, Amiel-Tison C, Shnider SM. Measurement of postoperative pain and narcotic administration in infants using a new clinical scoring system. *Intensive Care Med.* 1989;15:S37-9.
22. Hannalallah RS, Broadman LM, Belman AB, Abramowitz MD, Epstein BS. Comparison of causal and ilioinguinal/iliohipogastric nerve blokcs for control of post-orchiopey pain in pediatric ambulatory surgery. *Anesthesiol.* 1987;66:832-4.
23. Merkel SI, Voepel-Lewis T, Shayevitz JR, Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young schildren. *Pediatr Nurs.* 1997;23:293-7.

24. Buchholz M, Karl HW, Pomietto M, Lynn AM. Pain scores in infants: a modified infant pain scale versus visual analogue. *J Pain Symptom Manage*. 1998;15:117-24.
25. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive care environments: the comfort scale. *J Pdiatr Psychol*. 1992;17:95-109.
26. Wong DL, Baker C: Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs*. 1997;14 (1):9-17.
27. Hester NO. Pain in children. *Annu Rev Nurs Res*. 1993;11:105-42.
28. Beyer JE, Denys MJ, Villarruel AM. The creation, validation and continuing development of the Oucher: a measure of pain intensity in children. *J Pediatr Nurs*. 1992;7(5):335-46.
29. Tesler M. The word-grafic rating scale as a measure of childrens and adolescents` pain intensity. *Res Nurs Health*. 1991;14:361-71.
30. Jensen MP, Karoly P. Self-Report Scales and Procedures for Assessing Pain in Adults. *Handbook of Pain Assessment*, 2001.
31. Eland JA, Banner W. Analgesia, sedation and neuromuscular blockage in pediatric critical care. Hazinski ME. *Manual of pediatric critical care*, St Louis, 1999.
32. Huskisson EC. Measurement of pain. *Lancet*. 1974;9:1127-31.
33. Moro ET, Módolo NSP. Ansiedade, a criança e os pais. *Rev Bras Anesthesiol*. 2004; 54(5):728-38.
34. Mccaferry M, Pasero C. *Pain: clinical manual*. 2nd ed. St. Louis: Mosby; 1999.
35. Silva YP, Silva JF. *Dor em pediatria*. Rio de janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
36. Lippincott willians e Wilkins. *Tratamento da dor*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
37. Lefevre AR. *Aplicação do processo de enfermagem: promoção do cuidados colaborativo*. 5^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

38. Cruz DALM; Pimenta CAM. Prática baseada em evidências, aplicada ao raciocínio diagnóstico. *Rev Latino-Am Enf.* 2005;13(3):415-22.
39. Lunney M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análise. Porto Alegre: Artmed; 2004.
40. Dalri CC. Diagnósticos de enfermagem de pacientes em período pós-operatório imediato de cirurgia de colecistectomia laparoscópica [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
41. Carlson CJ. Método pedagógico para o desenvolvimento da habilidade diagnóstica. In: Lunney, M. Pensamento crítico e diagnósticos de enfermagem: estudos de caso e análise. Porto Alegre: Artmed; 2004.
42. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Hearst N, Newman T. Delineando a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
43. Lunney M. Accuracy of diagnosis: Concept development. *Nurs Diagnosis.* 1990;1:12-7.
44. Oliva AP, Cruz DAM. Diagnóstico de débito cardíaco diminuído: validação clínica no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Cien Cuid Saúde.* 2002;1:201-5.
45. Garcia TR. Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de enfermagem. *Acta Paul Enf.* 1998;11(3):24-31.
46. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. St Louis: Mosby; 1994.
47. Fehring R. Methods to validate nursing diagnoses. *Heart Lung.* 1987;16(6):625-9.
48. Corrêa C, Cruz, DALM. Pain: clinical validation with postoperative heart surgery patients. *Nursing Diagnosis : ND : the Official Journal of the North American Nursing Diagnosis Association.* Philadelphia. 2000; 11(1): 5-14.
49. Pileggi, SO. Validação clínica do Diagnóstico de Enfermagem Desobstrução Ineficaz de vias aéreas de crianças e adolescentes submetidos à correção cirúrgica de cardiopatia congênita [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 2007.

50. Silva MFOC. Validação do Diagnóstico de Enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz à criança hospitalizada [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1994.
51. Souza MCM. Diagnóstico de Enfermagem Nutrição Alterada: ingestão menor que as necessidades corporais da criança – validação e proposta de intervenções [dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 1997.
52. Abrão ACFV, Gutierrez MGR, Marin HF. Diagnóstico de Enfermagem Amamentação Ineficaz – estudo de identificação e validação clínica. *Acta Paul Enf.* 2005;18(1):46-55.
53. Pimenta CAM, Cruz DALM. Câncer e dor – alterações nos padrões de respostas humanas. *Acta Paul Enf.* 1994;17(1): 27–34.
54. Pasini D, et. al. Diagnóstico de Enfermagem de Pacientes Internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Esc Enf.* 1996;30(3): 501-18.
55. Brasil. Ministério da Justiça. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil (BR): Seção I, p.16319-20, 17 de outubro de 1995.*
56. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n.º 3432, de 12 de agosto de 1998. Brasília, DF: O Autor; 1998.
57. Galdeano LE, Rossi LA. Validação de conteúdo diagnóstico: critérios para seleção de expertos. *Cien Cuid Saúde.* 2006 jan;1 (5): 60-65.
58. Gerelli A, Soares MA, Almeida MA . Diagnóstico de Enfermagem e Intervenções em um paciente com Falência de Múltiplos Órgãos. *Rev Gaúcha Enf.* 1999;20(2):131-42.
59. . Bickley LS. Bates propedêutica médica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
60. Brasil ED. (supervisor) et al. A heart association. Manual para provedores, 2003.
61. Black JM, Matassarim JE. Luckmam e Soresen Enfermagem médico–cirúrgica: uma abordagem parafisiológica. 4 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan; 1996.

62. Souto MB, Lima EC, Breigeiron MK. Reanimação cardiorrespiratória pediátrica: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2008.
63. Araújo TL, Lopes MVO, Moreira RP, Cavalcante TF, Guedes NG, Silva VM. Pressão arterial de crianças e adolescentes de uma escola pública de Fortaleza – Ceará. Acta Paul. Enf. 2007 Oct.Dec;20(4):476-82.
64. Pereira AL. Dicionário de psicologia [homepage na Internet]. São Paulo: A. L. Pereira; 2005. Disponível em: <http://www.alppsicologa.hpg.ig.com.br/dicionario.htm>. Acesso em: abr. 2009.
65. McGrath PA. An assesement of children's pain: a review of behavioral, physioloical and direct scaling tecniques. Pain. 1987;31:147-76.
66. Mangione S. Segredos em diagnóstico físico, respostas necessárias ao dia a dia em *rouds*, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre. Artmed; 2001.
67. Barros EJG, Albuquerque GC de, Pinheiro CTS, Czepielewski MA. Exame clínico. Porto Alegre: Artmed; 2004.
68. Rodrigues YT, Rodrigues PP. Semiologia pediátrica. Rio de janeiro: Guanabara koogan; 1999.
69. Kaplan HI, Sadock BJ, Greb JA. Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. Porto Alegre: Artemed; 1997.
70. Oliveira GF, Dantas FD, Fonseca PN. O impacto da hospitalização em crianças de um a cinco anos de idade. Rev SBPH. 2004 dez;7(2):37-54.
71. Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro. Elsevier; 2006.
72. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães, HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. Rev Latino-Am Enf. 2002 Dez;8(4):52-8.
73. Bergamasco NHP. Expressão facial como acesso á consciência do recém-nascido. Psicol USP. 1997;8(2):275-286.
74. Loeser JD. A definition of pain. Univer. Washington Med. 1980;7:3-4.

75. Ferreira ABH. Minidicionário língua portuguesa. 6 ed. Curitiba. Positivo; 2004.
76. Fadmam J, Frager R. Teorias da personalidade. São Paulo: Harbra; 2002.
77. Cruz, RM. Aspectos emocionais na lombalgia. Avaliação psicológica, 2003; 1: 29-33.
78. Cruz DALM. Alterações no padrão respiratório: avaliação e intervenções de enfermagem. Acta Paul Enf. 1994; 8(2): 15-20
79. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Sci. 1965;50:971-9.
80. Pinto PCG. Presença de eventos estressantes de vida em crianças e adolescentes com dor abdominal recorrente não orgânica [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2007.
81. McCaffery M. Understanding your patient's pain. Nurs. 1980 Sept;1(9):26-31.
82. McCaffery M, Pasero C. Pain clinical manual. 2ª ed. Mosby, 1989.
83. Galdeano LE. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2002.
84. Milhomem ACM, Manteli FF, Lima GAV, Bachion MM, Munari DB. Diagnósticos de enfermagem identificados em pessoas com diabetes tipo 2 mediante abordagem baseada no modelo de Orem. Rev Eletr Enf. 2008;10(2):321-36.
85. Bergamasco EC, Rossi LA, Carvalho EC, Dalri MCB. Diagnóstico de enfermagem Medo e Ansiedade: validação de conteúdo para paciente queimado. Rev Bras Enf. 2004;57(2): 170-1.
86. Bergamasco EC, Cruz DALM. Alterações do sono: diagnósticos frequentes em pacientes internados. Rev Gaúcha Enferm. 2006 set; 27(3):356-63.
87. Portnoy AG. Comportamentos dolorosos. In: Teixeira MJ. Dor: manual para o clínico. São Paulo: Atheneu; 2006. 201-6.

88. Freitas MC, Mendes MMR. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e intervenções de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2006 maio-jun; 59(3): 362-6.
89. Galdeano LE, Rossi LA, Santos CB, Dantas RA. Diagnósticos de enfermagem de pacientes no período perioperatório de cirurgia cardíaca. *Rev Esc Enf USP.* 2004; 40(1):26-33.
90. Torritese P, Vendrusculo DMS. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. *Rev Latino Am Enf.* 1998;6(4):49-55.
91. Mcfarland GK, Mcfarlane EA. *Nursing diagnoses and intervention: planning for patient care.* St Louis: Mosby; 1989.
92. Machado MGP, Marcato JO, Silva, YP. A avaliação da dor na infância In: Silva JF, Silva YP, eds. *Dor em pediatria.* Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2006. p. 81-93.
93. Guinsburg R. A linguagem do recém nascido. *Diag e tratamento.* Associação Paulista Medicina. 1999;1(2):37-44.
94. Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enf.* 2006;59(3):321-6.
95. Bates B, Hoekelman RA. *Propedêutica médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
96. Vallada PR, Bassanesi BS, Barbosa SMM. Bases neuroanatômicas e neurofisiológicas da dor e suas características evolutivas. In: Silva JF, Silva YP, eds. *Dor em pediatria.* Porto Alegre: Guanabara Koogan; 2006. p. 08-12.
97. Grunau RVE, Craing KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain.* 1987; 28: 395-410.
98. Paula CV. Atuação da enfermagem em doentes com dor In: Teixeira M J. *Dor: manual para o clínico.* São Paulo: Atheneu; 2006. p. 527-32.
99. Pasin S. A dor como o quinto sinal vital: qualidade no cuidado de enfermagem. In: Livro Tema da 66ª Semana Brasileira de Enfermagem. Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, 2001. Porto Alegre: HPS; 2004. p.47-51.

100. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO. Diagnósticos de enfermagem identificados em crianças com infecção respiratória aguda. Rev Eletr Enf [periódico online]. 2006 acesso em 2009 Jan 29];8(2):213-21. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a06.htm

101. Lunney M. Critical thinking and accuracy of nurses' diagnoses. Int J Terminol Classif. 2003;14(3):96-107.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Seu filho ou criança sob sua responsabilidade legal está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA: VALIDAÇÃO EM CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**. Esta pesquisa procura avaliar os pacientes pediátricos com dor que estejam nas Unidades de Internação Clínica e de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O objetivo desta pesquisa é comprovar a validade clínica de características (sinais e sintomas) que definem o diagnóstico de enfermagem de Dor Aguda, comum em crianças hospitalizadas.

Caso você concorde com a participação de seu filho(a) ou criança sob sua responsabilidade, nós iremos fazer algumas perguntas a seu filho(a) ou à criança sob sua responsabilidade sobre o seu estado de saúde e como está sentindo-se nesta hospitalização. Também será necessário que seu filho (a) ou a criança sob sua responsabilidade seja avaliada, de forma observacional, por duas enfermeiras durante período que apresentar dor, quanto às reações apresentadas. Não será feito nenhum procedimento ou intervenção que traga qualquer risco à sua saúde. As crianças incluídas no estudo não serão submetidas a procedimentos que possam causar riscos a sua saúde, não haverá intervenção na rotina de atendimento à criança na unidade. Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no atendimento do seu filho(ao). A participação nesta pesquisa não oferece benefícios diretos, mas poderá ajudar na assistência a outras crianças hospitalizadas que apresentem dor. Os resultados desse estudo servirão como base para aprimorar os diagnósticos de enfermagem, trazendo com isso benefícios relativos à elaboração de cuidados mais adequados às necessidades desses pacientes. Seus dados de identificação e os dados de seu filho (a) ou criança a qual representa serão confidenciais. Após concordância do responsável legal pelo paciente perguntaremos à criança se está concorda em participar do estudo, se houver concordância desta será incluída no estudo.

Os pais ou responsáveis legais pela criança serão informados quanto aos seguintes aspectos:

- a) justificativa, objetivos e procedimentos que serão utilizados na pesquisa;
- b) desconfortos e riscos possíveis e os benefícios esperados;
- c) forma de acompanhamento e assistência com seus devidos responsáveis;

d) liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado;

e) garantia de anonimato quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assegurando-lhe absoluta privacidade;

Depois de esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me (nos) foi explicado, consinto voluntariamente que meu dependente legal participe desta pesquisa.

Assinatura do responsável legal pela criança: _____

Qualquer dúvida que o responsável legal pela criança participante tiver sobre esta pesquisa poderá entrar em contato com a pesquisadora Anali Martegani Ferreira, aluna do Curso de Pós-Graduação/Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Professora Dr^a Eneida Rejane Rabelo da Silva.

A pesquisadora Anali Martegani Ferreira e sua orientadora Professora Dr^a Eneida Rejane Rabelo da Silva poderão ser contatadas através dos telefones (51)92122445 ou (51)21011237 durante o período de coleta dos dados.

Porto Alegre,.../.../ 2008.

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Eneida Rejane Rabelo da Silva

APÊNDICE B - FICHA CLÍNICA

Dados de Identificação	
Nome do paciente: _____	
Unidade do Hospital: _____	Prontuário do Hospital: _____
Data ...: _____	
Data Nascimento: ___/___/___	Idade: _____ Sexo: []F []M
Motivo da internação: _____	
História prévia: _____	
Familiar presente: Sim () Não () Grau de parentesco: _____	
Vínculo com a criança: () Mãe () Pai Outro () _____	

I. Amamnese/ História de Dor
Horário de início da dor: _____
Como iniciou (sinais/sintomas, situação vivenciada pela criança): _____
Sinais e sintomas referidos pela criança e/ou responsável: _____

Etiologia provável de dor
[] Dor visceral [] Dor neuropática [] Dor inflamatória [] Dor periférica
[] Outra _____
Motivo da Dor
[] Trauma - descrever: _____
[] Doença Aguda
[] Falta de aderência ao tratamento
[] Procedimentos invasivos [] Medo/Ansiedade
[] Longa internação [] Outro: _____
Sinais e sintomas observados pela perita – características definidoras do DE Dor Aguda:
II. Dados complementares
Pressão Arterial: ___/___(mmHg)
Frequência Cardíaca: _____
Frequência Respiratória: _____
Foco de dor (lesões, traumas...), descrever localização: _____
Medicações que a criança recebeu ou está recebendo para dor
() Infusão endovenosa intermitente. Descrever o nome da(s) medicação(s) e últimos horários em que foram administrados. Nome: _____ Horário: _____
() Medicação Via oral/ via sonda gástrica ou enteral
Nome da medicação: _____ Horário da última dose: _____

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA

Identifique com um **X** quais as que estão presentes na prática diária do paciente examinado por você.

1. GESTOS PROTETORES

- Protege área do corpo que sente a dor.
 Medo da equipe, medo de ser tocado
 Não deixa ser tocado, apresenta posição defensiva
 Não

2. ALTERAÇÃO NA PRESSÃO SANGÜÍNEA

Registrar PA (Se a criança apresentar alterações na PA, realizar duas verificações no mesmo membro, com manguito adequado a idade/tamanho).

1ª verificação _____ mmHg. 2ª verificação _____ mmHg.

Registrar **horário** e **atividade** que a criança estava realizando _____

- Sim** **Não**

3. COMPORTAMENTO DE DISTRAÇÃO

- Atividades repetitivas Desatento Evasivo Disperso
 Outro - descrever o comportamento observado pela perita: _____

4. COMPORTAMENTO DE PROTEÇÃO

- Sim Não

Descrever tipo de comportamento: _____

5. COMPORTAMENTO EXPRESSIVO

- Chorando Agitado
 Receoso Irritável Retraído Passivo
 Dependente Furioso/Hostil
 Vigil Suspirando Não

5. DIAFORESE

- Sim Não

6. DILATAÇÃO PUPILAR

- Sim Não

7. DISTÚRBO DO SONO

- Olhos sem brilho Aparência abatida
 Movimentos fixos
 Não dorme nos períodos/sono fragmentado
 Trocando turnos de sono
 Choroso, difícil consolo
 Não

8. EVIDÊNCIA OBSERVADA DE DOR

- Sim Trauma Demonstra dor

Citar a evidência observada: _____

- Não

9. EXPRESSÃO FACIAL

- Sim Face de choro/ feições contraídas/olhos fechados.
 Testa enrugada Careta (olhos e boca) Não

10. FOCO EM SI PRÓPRIO

- Não se interessa por brincar/brinquedos, mesmo quando acompanhado por pessoas com as quais convive (afetividade).
 Refere e/ou demonstra local do corpo que dói/ Esfrega ou segura a parte dolorosa.

11. FOCO ESTREITADO

- Percepção do tempo alterada
 Processo de pensamento prejudicados/ Não consegue concentrar-se nas atividades
 Interação reduzida com pessoas e ambiente Não

18. RELATO CODIFICADO

- Sim Não

Descrição do relato pela perita: _____

19. RELATO VERBAL DE DOR

- Sim Não
 Mãe Pai Criança
 Outro familiar/ responsável

Descrição do relato pela perita: _____

20. MUDANÇA NO PADRÃO RESPIRATÓRIO

- Sim Não

Alteração observada pela perita _____

- superficial profunda

21. MUDANÇAS NO ESTADO MENTAL

Ansioso Agitado Irritável

Receoso Retraído Passivo

Furioso/Hostil Cooperativo

Não Calmo Amigável

ANEXO A - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA