



FACULDADE DE MEDICINA  
UNIVERSIDADE D  
**COIMBRA**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ANA RITA TAVARES GONÇALVES OLIVEIRA

***Conhecimentos, práticas e barreiras na abordagem da dor  
aguda num Hospital Pediátrico Terciário***

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL

ÁREA CIENTÍFICA DE PEDIATRIA MÉDICA

Trabalho realizado sob a orientação de:

DOUTORA ANA ISABEL BORGES FERRAZ

PROFESSORA DOUTORA FERNANDA MARIA PEREIRA RODRIGUES

ABRIL/2022



# **CONHECIMENTOS, PRÁTICAS E BARREIRAS NA ABORDAGEM DA DOR AGUDA NUM HOSPITAL PEDIÁTRICO TERCIÁRIO**

Ana Rita Oliveira<sup>1</sup>, Ana Ferraz<sup>2</sup>, Fernanda Rodrigues<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Portugal

<sup>2</sup>Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

<sup>3</sup>Professora Auxiliar Convidada com Agregação da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar Graduada Sénior, Hospital Pediátrico, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal

Contactos:

Ana Rita Tavares Gonçalves Oliveira (autor principal)

Endereço eletrónico: ana\_rita555@hotmail.com

Contacto: 913478525

## Lista de abreviaturas

SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
EVA	Escala Visual Analógica
EN	Escala Numérica
FPS-R	<i>Faces Pain Scale – Revised</i>
FLACC-R	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised</i>
AINE	Anti-inflamatório não esteróide
HP	Hospital Pediátrico
CHUC	Centro Hospital Universitário de Coimbra
IFE	Interno de Formação Específica
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>

## Resumo

**Introdução:** A dor é uma causa de ansiedade e sofrimento para as crianças, pais e profissionais de saúde. A correta abordagem deste sintoma é fundamental, mas é frequente o seu subdiagnóstico e subtratamento. O principal objetivo do estudo foi avaliar os conhecimentos, dificuldades e práticas na abordagem da dor aguda num hospital pediátrico terciário.

**Métodos:** Estudo descritivo transversal através da aplicação de um questionário *online* dirigido a médicos que têm atividade assistencial no serviço de urgência pediátrico do hospital de referência da região Centro de Portugal. Foi utilizado um questionário online (*Google Forms*®) incluindo questões relacionadas com características demográficas dos participantes, com o tratamento da dor e com as principais dificuldades sentidas na sua abordagem. Foram comparados dois grupos etários (idade inferior e superior a 39 anos).

**Resultados:** Participaram 52 médicos. A maioria afirmou ter conhecimento e treino para o tratamento da dor ligeira a moderada (86,5%), mas cerca de 48,1% referiu ter apenas o nível de formação básico em sedoanalgesia, sem diferenças significativas entre os grupos. O colo/contacto físico e o uso de ecrãs são mais utilizados pela faixa etária abaixo dos 39 anos (84,2% *versus* 63,6% e 28,9% *versus* 9,1%, respetivamente) enquanto a sacarose é mais usada pela faixa etária acima dos 39 anos (90,9% *versus* 71,1%), mas sem significado estatístico. Cerca de 48,1% dos médicos referiram ter experiência no uso de opióides, sendo superior nos médicos da faixa etária >39 anos (64,3% *versus* 42,1%;  $p=0,215$ ). Em relação ao uso de sedativos, 38,5% responderam ter conhecimento e treino para o seu uso na urgência, mas apenas 25,0% referem o mesmo em relação à sedação moderada-profunda e manuseamento da via aérea. Cerca de metade (51,9%) admitiu usar protocolos de analgesia/sedação para a abordagem da dor, sendo que 37,0% destes usam preferencialmente protocolos de outras instituições. Todos referem a necessidade de um protocolo institucional.

**Conclusão:** A falta de formação em sedoanalgesia e de experiência em procedimentos que exigem sedação e manuseamento da via aérea, foram os principais achados deste estudo, podendo servir de base para a implementação de melhorias. A existência de um protocolo institucional é uma necessidade apontada por todos.

## Palavras-Chave

Analgesia; Dor; Pediatria; Questionário; Sedação

## **Abstract**

**Introduction:** Pain is a cause of anxiety and suffering for children, parents and health care professionals. The correct approach to this symptom is essential, but it is often underdiagnosed and undertreated. The aim of the present study was to assess the knowledge, difficulties and practices in the approach to acute pain in a tertiary paediatric hospital.

**Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted through an online questionnaire addressed to doctors who work in the paediatric emergency service of a referral hospital in the central region of Portugal. An online questionnaire (*Google Forms*®) was used including questions related to the participants' demographic characteristics, pain management and the main difficulties experienced in its approach. Two age groups were compared (age under and over 39 years).

**Results:** 52 physicians participated. The majority reported having knowledge and training in the treatment of mild to moderate pain (86.5%), but about 48.1% reported having only a basic level of training in sedoanalgesia, with no significant differences between groups. lap/physical contact and screens are more used by doctors under 39 years old (84.2% *versus* 63.6% and 28.9% *versus* 9.1%, respectively) while sucrose which is more used by doctors above 39 years old (90.9% *versus* 71.1%), but without statistical significance. About 48.1% reported having experience in the use of opioids, being higher in doctors in the age group above 39 years old (64.3% *versus* 42.1%;  $p=0.215$ ). Regarding the use of sedatives, 38.5% reported knowledge and training of its use in the emergency service, but only 25.0% reported the knowledge and training for moderate-deep sedation and airway management. About half (51.9%) admitted using analgesia/sedation protocols for pain management, with 37% of these preferentially using protocols from other institutions. All referred the need for an institutional protocol.

**Conclusion:** The lack of training in sedoanalgesia and experience in procedures that require sedation and airway management were the main findings of this study and could serve as a basis for the implementation of improvements. The existence of an institutional protocol is a need highlighted by all participants.

## **Keywords**

Analgesia; Pain; Pediatrics; Questionnaire; Sedation

## Introdução

A correta avaliação e tratamento da dor são fundamentais na prestação de cuidados médicos pediátricos. No entanto, a subvalorização e subtratamento deste sintoma são reconhecidos na prática diária dos hospitais pediátricos. [1-4] Num estudo sobre a prevalência da dor em crianças hospitalizadas, apesar de ter sido relatada dor moderada a intensa em 64% das crianças, em apenas 27% havia registro da avaliação deste parâmetro nas últimas 24 horas. [5] Uma das justificações relaciona-se com a faixa etária, que coloca diversos obstáculos, sendo o principal a dificuldade na comunicação. [4]

As queixas algícas são responsáveis por grande parte das admissões nos serviços de urgência pediátrica (SUP) [4] e são uma importante causa de ansiedade e sofrimento para a criança e para os cuidadores. [1,4] O subtratamento deste sintoma, pode ter consequências negativas, tanto a curto como a longo prazo, nas quais se incluem o aumento do período de resolução do quadro clínico a curto prazo e um maior receio de eventos que obriguem a assistência médica a médio e longo prazo. [1,4,6]

Segundo a definição da *International Association for the Study of Pain* (IASP), [7] a dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos”. Do ponto de vista patofisiológico, podem considerar-se dois tipos de dor: a nociceptiva e a neuropática. [8] A dor nociceptiva, desencadeada por lesão tecidual, resulta da ativação de recetores específicos da dor. A sua ativação pode ocorrer por resposta ao calor, frio, vibração e substâncias químicas libertadas pelos tecidos lesados, devido à privação de oxigénio ou inflamação. A localização dos nociceptores condiciona a subdivisão em dor somática e visceral. A componente somática é ativada aquando da estimulação de recetores na superfície de tecidos, sejam estes, profundos ou superficiais, como por exemplo, pele, mucosas, osso ou músculo. Os nociceptores responsáveis pela componente visceral estão localizados ao nível de órgãos isolados em cavidades, sendo exemplo a cavidade torácica e abdominal. [8] A dor neuropática resulta de dano estrutural e disfunção do sistema nervoso periférico ou central, podendo estar envolvidos processos metabólicos, traumáticos, infecciosos, isquémicos, tóxicos ou imunes. É comum a subvalorização deste tipo de dor em crianças, mas são várias as causas que podem estar subjacentes à mesma, como lesão do tecido nervoso de condução por traumas, infeções, compressão de estruturas nervosas por lesões ocupantes de espaço (tumores, abscessos). [8] Tendo em conta o padrão temporal, considera-se dor aguda se tem duração inferior a 30 dias e dor crónica se persistente ou recorrente após três meses, esta última geralmente de difícil resolução e gestão. [8]

A avaliação da dor deve ser sistemática e fazer parte da avaliação clínica em pediatria. Nesse sentido, foram criadas ferramentas adequadas às diferentes faixas etárias, que facilitam a sua

correta avaliação. [9,10] A avaliação clínica continua a ser o *gold standard*, [10] no entanto, existem algumas limitações inerentes a este método como são o caso das crianças não verbais ou com problemas de neurodesenvolvimento. [4,9,10] A introdução de escalas visuais veio ultrapassar algumas das dificuldades apontadas. [9]

Em Portugal, a Direção Geral da Saúde formulou uma Norma de Orientação Clínica intitulada “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças” em 2010. [11] Para crianças com idade inferior a quatro anos ou sem capacidade de verbalizar é recomendada a escala “FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*)”, que inclui a avaliação da expressão facial da criança, a agitação dos membros inferiores, a atividade comportamental, o choro e a consolabilidade. Cada um dos aspetos avaliados é pontuado de zero a dois, podendo a pontuação total variar de zero a dez. Para crianças com idade superior, são recomendadas escalas visuais, tais como EVA (Escala Visual Analógica), EN (Escala Numérica), FPS-R (*Faces Pain Scale – Revised*) e Escala de *Faces de Wong-Baker*. Esta última é de uso fácil e permite à criança identificar o seu estado comparando com o fâcias das diversas figuras da escala. Para crianças com multideficiência, devido à maior limitação de comunicação, está recomendada a escala FLACC-R (*Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised*). [11,12] No que respeita ao tratamento da dor, é fundamental a avaliação regular da criança e da sua resposta às intervenções realizadas.

Deve ser utilizada uma estratégia de analgesia multimodal, [6] havendo benefício documentado da mesma. A distração da criança com atividades (livros, jogos, sons, bolhas de sabão), assim como medidas de conforto (toque, colo, presença dos pais, sucção não nutritiva, calor/frio tópicos) são algumas das medidas não farmacológicas disponíveis. [4] O papel dos pais pode ser fundamental na realização de procedimentos dolorosos, [4] pois ao tranquilizarem e transmitirem segurança, permitem uma maior colaboração da criança. O tratamento farmacológico da dor aguda ligeira a moderada é geralmente realizado com analgésicos de uso comum como o paracetamol, o ibuprofeno ou metamizol. [8,13] O paracetamol é o mais frequentemente prescrito em idade pediátrica, pelo bom perfil de segurança. É útil em contexto de dor ligeira. Pode ser administrado juntamente com os opióides, pelo seu efeito sinérgico, permitindo reduzir a dose dos mesmos. [8,14] A sua administração pode ser por via oral, retal ou endovenosa. [8,14] O ibuprofeno é um anti-inflamatório não esteróide (AINE) também frequentemente utilizado, quer pelo seu efeito analgésico quer anti-inflamatório. [8,14] O metamizol também é um AINE com efeito analgésico documentado superior à aspirina, paracetamol e próximo dos opióides. Pela sua ação relaxante no músculo liso é útil na dor tipo cólica. [13] Os AINEs como o diclofenac, ceterolac e naproxeno podem também ser úteis no tratamento da dor moderada em determinadas situações em idade pediátrica. O diclofenac tem indicação na dor moderada de

origem inflamatória, mas não deve ser usado em lactentes. [13] O ceterolac tem um efeito analgésico semelhante aos opióides, não causando dificuldade respiratória. É útil no tratamento da dor em politraumatizados e no pós-operatório. [13,14] Nos casos de dor moderada a grave, pode estar indicado o uso de opióides. Ao contrário dos fármacos mencionados anteriormente, esta classe não tem uma dose máxima recomendada. [13,14] O seu efeito terapêutico, assim como os efeitos secundários, são diretamente proporcionais à dose administrada. [14] É necessária a titulação do fármaco até atingir o efeito analgésico pretendido. [14] Apesar do seu efeito analgésico potente, os opióides estão frequentemente associados a efeitos adversos como náuseas, vômitos, obstipação, mioclonias e prurido. [2] É frequentemente observada uma redução da frequência respiratória, mas a depressão respiratória é uma complicação rara. [8,13,14] Outro fator importante a considerar, sobretudo em contexto de urgência e da realização de procedimentos dolorosos, é o tempo de ação dos fármacos utilizados. O início de ação mais tardio do paracetamol e dos AINES, [8,13,14] pode condicionar o seu uso neste contexto, ao contrário dos opióides. [14]

No SUP, é frequente a necessidade de realização de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos com dor ou desconforto associados. Está recomendado ter profissionais treinados para a realização destes procedimentos e para o uso de sedoanalgesia prévia e durante o mesmo. [4,14] Para procedimentos minimamente invasivos ou dolorosos, o midazolam é um dos fármacos de primeira escolha para a sedação ligeira, devido ao seu curto período de ação. [15] Por via endovenosa atinge o pico de efeito em dois a três minutos com uma duração de ação de 45-60 minutos. No entanto, dado que se trata de uma benzodiazepina, a monitorização da criança é essencial devido ao potencial risco de depressão respiratória. [15,16] Para procedimentos mais invasivos e/ou mais dolorosos pode ser necessária uma sedação mais profunda, que pode ser atingida com fármacos como cetamina, propofol ou combinações farmacológicas, mas que exigem experiência na abordagem da via aérea pelo risco de depressão cardiorrespiratória. [15-17]

A necessidade de avaliar as principais barreiras e falhas na conduta perante a dor aguda em idade pediátrica, tem motivado a realização de estudos em vários países, com conclusões semelhantes. Têm sido reveladas falhas a diversos níveis, nomeadamente a falta de formação para a avaliação e tratamento da dor, falhas na aplicação dos conhecimentos teóricos na prática clínica e a necessidade de protocolos e de recursos humanos e materiais. [1,3,18]

O objetivo do presente estudo foi avaliar os conhecimentos, as práticas mais usadas e as principais barreiras na abordagem da dor num SUP de um hospital pediátrico terciário através de um questionário dirigido a médicos que trabalham neste local.

## Material e Métodos

Trata-se de um estudo descritivo transversal através da aplicação de um questionário *online* dirigido a médicos com o objetivo de avaliar os conhecimentos, práticas e dificuldades na abordagem da dor num SUP. O local do estudo foi o SUP do Hospital Pediátrico (HP) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) e o questionário esteve disponível para resposta durante 15 dias (20 de fevereiro a 7 de março de 2022).

O HP-CHUC é um hospital pediátrico, inserido num centro hospitalar que pertence ao grupo III e que é o hospital de referência para toda a região Centro de Portugal. Abrange uma população pediátrica de aproximadamente 300 000 crianças/adolescentes. O SUP recebe em média 63.713/crianças por ano (2017-2019), o equivalente a 175 admissões/dia.

O questionário foi enviado via *e-mail* para uma lista de 120 médicos que trabalham do SUP do HP e que incluiu pediatras, ortopedistas e cirurgiões pediátricos e internos de formação especializada (IFE) destas especialidades. Todas as respostas recebidas se encontravam anonimizadas.

A parte inicial do questionário destinou-se à caracterização demográfica (sexo, idade, especialidade, anos e grau de formação) dos médicos que participaram no estudo. As restantes questões foram realizadas com o intuito de caracterizar os conhecimentos, as principais práticas e dificuldades encontradas na abordagem da dor no SUP e avaliar a necessidade de mais formação na área. Foi feita a análise comparativa por faixa etária. Foi excluída a abordagem da dor no período neonatal. O questionário encontra-se no Anexo I e a plataforma *online* utilizada para a sua realização foi o *Google Forms*<sup>®</sup>.

A análise estatística foi realizada através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS<sup>®</sup>), versão 25, com um nível de significância  $\alpha$  definido a 0,05. O teste Qui-Quadrado foi usado para estabelecer associações de interesse entre diferentes tipos de abordagem e tratamento da dor de acordo com a faixa etária dos médicos. As questões que seguiam uma escala de *Likert* foram representadas através da mediana e amplitude interquartil (Q1-Q3) e a sua distribuição foi comparada entre grupos com recurso ao teste *Mann-Whitney*.

Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do CHUC, tendo sido garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos (PI OBS.SF.247-2021).

## Resultados

Foram incluídos 52 questionários, o que corresponde a uma taxa de resposta de 43,3%.

A amostra incluiu 52 médicos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 20 e os 59 anos, especialistas e IFEs das três especialidades (Pediatria, Cirurgia Pediátrica e Ortopedia Pediátrica), dos três graus académicos (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento). A maioria das respostas foram de médicos do sexo feminino (88,5%) e com idade compreendida entre os 30 e 39 anos (44,2%). A Pediatria foi a especialidade que contribuiu com mais respostas (86,5%), sendo que 11 são IFE e quatro trabalham em cuidados intensivos pediátricos. Quase metade (46,2%) tinham um tempo de exercício da profissão médica entre dois e cinco anos. As características demográficas e profissionais da amostra encontram-se representadas na Tabela 1.

**TABELA 1** | Características demográficas e profissionais dos médicos que responderam ao questionário.

Variável, n (%)	(n=52)
<b>Sexo</b>	
Feminino	46 (88,5)
Masculino	6 (11,5)
<b>Faixa etária</b>	
20 - 29 anos	15 (28,8)
30 - 39 anos	23 (44,2)
40 - 49 anos	9 (17,3)
50 - 59 anos	5 (9,6)
<b>Nível de formação</b>	
Licenciatura	11 (21,2)
Mestrado	40 (76,9)
Doutoramento	1 (1,9)
<b>Especialidade</b>	
Pediatria	45 (86,5)
Cirurgia Pediátrica	4 (7,7)
Ortopedia	3 (5,8)
<b>Tempo de exercício profissional na área mencionada</b>	
< 2 anos	6 (11,5)
2 - 5 anos	24 (46,2)
6 - 10 anos	10 (19,2)
Mais de 10 anos	12 (23,1)

As respostas às questões do questionário que pretendiam caracterizar globalmente os conhecimentos e práticas em sedoanalgesia usados no tratamento da dor aguda no SUP encontram-se na Tabela 2. Cerca de metade dos médicos (48,1%) referiu ter um nível de formação básico em sedoanalgesia, apesar da maioria responder que tem conhecimento e treino para o tratamento da dor ligeira a moderada (86,5%). Não se verificaram diferenças significativas relativamente à faixa etária.

Relativamente às técnicas de analgesia não-farmacológica, o colo/contacto físico (84,6%) e a sucção não nutritiva (80,8%) foram as mais usadas, seguido da sacarose (75,0%) e dos ecrãs (25,0%). Apesar de não se terem verificado diferenças estatisticamente significativas, constatou-se que o colo/contacto físico (84,2% *versus* 63,6%) e o uso de ecrãs (28,9% *versus* 9,1%) são mais utilizados pela faixa etária abaixo dos 39 anos enquanto a sacarose é mais usada pela faixa etária acima dos 39 anos (90,9% *versus* 71,1%).

Quando questionados sobre a ordem de preferência para o tratamento farmacológico da dor ligeira, quase todos referiram usar o paracetamol como primeira linha (94,2%). O ibuprofeno (80,8%) e o metamizol (73,1%) foram a segunda e terceira linhas mais consensuais, respetivamente. Relativamente ao fármaco (dose e via de administração) mais usado no tratamento da dor ligeira, o paracetamol *per os* na dose de 15mg/kg/dose foi o mais escolhido (96,2%), sem diferenças entre os grupos etários. O mesmo fármaco pela via endovenosa foi a escolha privilegiada no tratamento da dor moderada (53,8%), seguido do ibuprofeno *per os* (15,4%) e do metamizol endovenoso (15,4%). Não se registaram diferenças significativas nestas escolhas de acordo com a faixa etária (Tabela 2).

Cerca de 48,1% dos médicos referiram ter experiência no uso de opióides para tratamento da dor. Os que mencionaram não ter experiência, referiram como motivos a falta de prática/treino e formação teórica e o raro contacto com patologias que o justifiquem. Apesar de não se verificarem diferenças significativas entre as duas faixas etárias, a experiência com o uso de opióides foi superior nos médicos da faixa etária acima dos 39 anos (64,3% *versus* 42,1%) (Tabela 2).

Relativamente à experiência no uso de sedativos, apenas 38,5% dos médicos responderam afirmativamente. Mais de metade (53,8%) referiu não ter experiência para usar qualquer outro sedativo além do midazolam. A maioria usa a mesma dose (0,2mg/kg) de midazolam pela via intranasal (55,8%) e endovenosa (76,9%) (Tabela 2). Apenas 25,0% dos médicos referiu ter conhecimento e treino para a realização de sedação moderada-profunda e manuseamento da via aérea (25,0%), sendo que destes 13, quatro tinham formação em cuidados intensivos pediátricos.

Cerca de metade (51,9%) admitiu usar protocolos de analgesia/sedação para a abordagem da dor, sendo que 37% destes usam protocolos institucionais. Verificou-se uma associação

significativa entre a faixa etária e a origem dos protocolos usados ( $p=0.006$ ), em que os médicos mais jovens recorrem mais frequentemente a protocolos nacionais e institucionais em comparação aos médicos mais velhos, que apresentaram uma preferência por protocolos internacionais.

As ferramentas de avaliação da dor em conjunto com a avaliação clínica são usadas por 44,2% dos médicos, sem diferenças entre os grupos.

O maior obstáculo ao tratamento da dor em contexto de urgência foi a falta de treino prático ou experiência (73,1%), que se verificou em ambas as faixas etárias. No que respeita aos recursos existentes, verificou-se um nível de concordância mediano elevado para a existência de recursos físicos (Mdn=4,0; AIQ=0,5) e humanos (Mdn=4,0; AIQ=1,0). Nas respostas relativas aos recursos físicos com um valor inferior a 4, foi referida a necessidade de uma maior organização ao nível de espaços físicos, assim como dos fármacos disponíveis. Relativamente à justificação de insuficientes recursos humanos, a falta de experiência e conhecimento foi o principal motivo apontado. De realçar também a necessidade de uma equipa de profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) de maior dimensão disponível para os procedimentos.

O acesso fácil a formação em sedoanalgesia foi apontado apenas por 28,8% dos médicos e quase todos referiram a necessidade de maior disponibilidade de formações na área (96,2%). Todos reconheceram a necessidade de um protocolo de abordagem uniforme de atuação no tratamento da dor.

**TABELA 2** | Caracterização dos conhecimentos gerais e práticas em sedoanalgesia, de acordo com faixa etária.

Variável, n (%)	Geral (n=52)	Faixa etária		Valor P
		< 39 anos	≥ 39 anos	
<b>Nível de formação em sedoanalgesia</b>				
Básico	25 (48,1)	17 (44,7)	3 (27,3)	0.161
Nível intermédio	21 (40,4)	18 (47,4)	5 (45,5)	
Nível superior	6 (11,5)	3 (7,9)	3 (27,3)	
<b>Com conhecimento e treino para o tratamento da dor ligeira a moderada</b>	45 (86,5)	33 (86,8)	9 (81,8)	>0.999
<b>3 técnicas de analgesia não-farmacológica usadas com maior frequência</b>				
Colo/Contacto físico	44 (84,6)	32 (84,2)	7 (63,6)	>0.999
Sacarose	39 (75,0)	27 (71,1)	10 (90,9)	0.472
Sucção não nutritiva (ex. chupeta, mama)	42 (80,8)	32 (84,2)	9 (81,8)	0.428
Ecrãs	13 (25,0)	11 (28,9)	1 (9,1)	0.472
<b>3 analgésicos usados com maior frequência na dor ligeira</b>				
<b>1ª escolha</b>				0.633
Paracetamol	49 (94,2)	36 (94,7)	11 (100,0)	
Ibuprofeno	2 (3,8)	1 (2,6)	0 (0,0)	
Morfina	1 (1,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	
<b>2ª escolha</b>				0.540
Paracetamol	2 (3,8)	2 (5,3)	0 (0,0)	
Ibuprofeno	42 (80,8)	31 (81,6)	9 (81,8)	
Metamizol	4 (7,7)	2 (5,3)	2 (18,2)	
Morfina	2 (3,8)	1 (2,6)	0 (0,0)	
<b>3ª escolha</b>				0.387
Ibuprofeno	1 (1,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	
Metamizol	38 (73,1)	29 (76,3)	8 (72,7)	
Morfina	3 (5,8)	1 (2,6)	2 (18,2)	
<b>Qual o fármaco que utiliza mais frequentemente no tratamento da dor ligeira</b>				0.470
Paracetamol 15 mg/kg/dose per os	50 (96,2)	37 (97,4)	13 (92,9)	
Ibuprofeno 5 mg/kg/dose per os	2 (3,8)	1 (2,6)	1 (7,1)	
Metamizol 20 mg/kg/dose per os	0	0	0	
<b>Qual o fármaco que utiliza mais frequentemente no tratamento da dor moderada</b>				0.274
Paracetamol 15 mg/kg/dose per os	3 (5,8)	3 (7,9)	0 (0,0)	
Paracetamol 15 mg/kg/dose endovenoso	28 (53,8)	19 (50,0)	9 (64,3)	
Ibuprofeno >5-10 mg/kg/dose per os	8 (15,4)	5 (13,2)	3 (21,4)	
Metamizol 20 mg/kg/dose per os	4 (7,7)	2 (5,3)	2 (14,3)	
Metamizol 20 mg/kg/dose endovenoso	8 (15,4)	8 (21,1)	0 (0,0)	
Outra	1 (1,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	

**TABELA 2 (contin.)** | Caracterização dos conhecimentos gerais e práticas em sedoanalgesia, de acordo com faixa etária.

Variável, n (%)	Geral (n=52)	Faixa etária		Valor P
		< 39 anos	≥ 39 anos	
<b>Dose de paracetamol per os que utiliza no tratamento da dor</b>				>0.999
15 mg/kg/dose	51 (98,1)	37 (97,4)	14 (100,0)	
Outra	1 (1,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	
<b>Dose de metamizol per os que utiliza no tratamento da dor</b>				0.173
20-40 mg/kg/dose	49 (94,2)	37 (97,4)	12 (85,7)	
Outra	3 (5,8)	1 (2,6)	2 (14,3)	
<b>Experiência no uso de opióides para tratamento da dor</b>	25 (48,1)	16 (42,1)	9 (64,3)	0.215
<b>Conhecimentos e treino para o uso de sedativos</b>	20 (38,5)	13 (34,2)	7 (50,0)	0.347
<b>Outro sedativo além do midazolam que se sente à vontade de usar nas urgências pediátricas</b>				0.316
Propofol	5 (9,6)	3 (7,9)	2 (14,3)	
Cetamina	4 (7,7)	3 (7,9)	1 (7,1)	
Etomidato	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tiopental	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Lorazepam	10 (19,2)	9 (23,7)	1 (7,1)	
Nenhum	28 (53,8)	21 (55,3)	7 (50,0)	
Outro	5 (9,6)	2 (5,3)	3 (21,4)	
<b>Dose de midazolam via intranasal que usa na realização de procedimentos no contexto da urgência</b>				0.873
0,2 mg/kg	29 (55,8)	20 (52,6)	9 (64,3)	
0,3 mg/kg	11 (21,2)	9 (23,7)	2 (14,3)	
0,4 mg/kg	8 (15,4)	6 (15,8)	2 (14,3)	
Outra	4 (7,7)	3 (7,9)	1 (7,1)	
<b>Dose de midazolam via endovenoso que usa na realização de procedimentos no contexto da urgência</b>				0.061
0,2 mg/kg	40 (76,9)	32 (84,2)	8 (57,1)	
0,3 mg/kg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
0,4 mg/kg	1 (1,9)	1 (2,6)	0 (0,0)	
Outra	11 (21,2)	5 (13,2)	6 (42,9)	
<b>Conhecimentos e treino para a realização de sedação moderada-profunda e manuseamento da via aérea</b>	13 (25,0)	8 (21,1)	5 (35,7)	0.300

**TABELA 2 (contin.)** | Caracterização dos conhecimentos gerais e práticas em sedoanalgesia, de acordo com faixa etária.

Variável*	Geral (n=52)	Faixa etária		Valor P
		< 39 anos	≥ 39 anos	
<b>Utiliza protocolos de analgesia/sedação para a abordagem da dor</b>	27 (51,9)	21 (55,3)	6 (42,9)	0.427
<b>Os protocolos/orientações que utiliza são</b>				<b>0.006</b>
Internacionais	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (14,3)	
Nacionais	5 (9,6)	5 (13,2)	0 (0,0)	
Hospitalares	10 (19,2)	9 (23,7)	1 (7,1)	
Todos	8 (15,4)	7 (18,4)	1 (7,1)	
Outros	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (7,1)	
<b>Como avalia a dor na urgência</b>				0.377
Ferramentas de avaliação da dor	4 (7,7)	3 (7,9)	1 (7,1)	
Avaliação clínica	24 (46,2)	17 (44,7)	7 (50,0)	
Nenhum dos dois anteriores	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Ambos	23 (44,2)	18 (47,4)	5 (35,7)	
<b>Considera que a dor é adequadamente tratada na urgência, mediana (AIQ)</b>	3,0 (2,0)	3,0 (2,0)	3,0 (3,0)	0.871
<b>Qual o maior obstáculo no tratamento da dor na urgência</b>				0.593
Conhecimento teórico	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (7,1)	
Treino prático/experiência	38 (73,1)	28 (73,7)	10 (71,4)	
Recursos físicos/humanos	5 (9,6)	4 (10,5)	1 (7,1)	
Atitude	2 (3,8)	2 (5,3)	0 (0,0)	
Outro	3 (5,8)	2 (5,3)	1 (7,1)	

**TABELA 3** | Caracterização dos recursos físicos e humanos disponíveis para a sedoanalgesia e da necessidade de formação na área.

Variável*	Geral (n=52)	Faixa etária		Valor P
		< 39 anos	≥ 39 anos	
Considera ter disponíveis os recursos físicos necessários para o tratamento da dor na urgência, mediana (AIQ)	4,0 (0,5)	4,0 (0,0)	4,0 (1,0)	0.078
Considera que tem disponíveis os meios humanos necessários para o tratamento da dor, mediana (AIQ)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	4,0 (1,0)	0.762
Considera ter acesso fácil a formação em sedoanalgesia	15 (28,8)	10 (26,3)	5 (35,7)	0.511
Considera necessária maior disponibilidade de formações na área da sedoanalgesia	50 (96,2)	37 (97,4)	13 (92,9)	0.470
Reconhece a necessidade de um protocolo para a abordagem e tratamento da dor na urgência pediátrica, como forma de uniformizar a atuação	52 (100,0)	38 (100,0)	14 (100,0)	NC

## Discussão

Este estudo identificou algumas lacunas na abordagem da dor no SUP. A grande maioria dos profissionais revelou ter um nível de formação básico ou intermédio em sedoanalgesia e muitos não têm experiência no uso de opióides e em procedimentos que exigem sedação e manuseamento da via aérea. Verificou-se que uma das principais barreiras identificadas é a falta de conhecimento ou de prática e não a falta de recursos humanos ou físicos.

A avaliação da qualidade dos serviços em saúde deve ser uma prática regular com o objetivo da melhoria dos cuidados prestados. A avaliação sistemática da dor e o seu tratamento adequado são pontos essenciais dessa avaliação de qualidade. No entanto, é reconhecido o pouco investimento realizado para a capacitação de profissionais de saúde nesta área, [20] sobretudo nos cuidados de saúde pediátricos. Isto reflete-se na percentagem de médicos que mencionaram ter apenas o nível básico de sedoanalgesia (48,1%). Tal pode justificar-se pelo menor tempo de exercício profissional, tendo em conta que 44,7% dos participantes que afirmaram ter apenas o nível básico, encontravam-se na faixa etária abaixo dos 39 anos. Estes achados estão de acordo com outros estudos, [20,21] os quais reforçam os conhecimentos limitados dos profissionais de saúde nesta área como uma falha nos cuidados prestados. Relativamente aos participantes que mencionaram ter um nível de formação superior, a distribuição quanto à faixa etária é equitativa, o que pode significar uma maior procura e interesse nesta área por parte das faixas etárias mais jovens. De referir também que 86,5% da amostra referiu ter conhecimento e treino para o tratamento da dor ligeira a moderada, o que significa que 13,5% dos médicos não o têm. Considerando que se trata de um hospital pediátrico terciário, este valor realça a necessidade de intervenção na formação dos seus profissionais. Esta limitação na formação foi também documentada em outros estudos, sendo referida como principal falha a abordagem farmacológica deste sintoma. [20]

Verificámos que as técnicas de analgesia não farmacológicas diferem entre as duas faixas etárias estudadas, sendo mais frequente o uso de colo/contacto físico ( $p=0,051$ ) e dos ecrãs ( $p=0,253$ ) pelos mais novos e da sacarose pelos mais velhos ( $p=0,253$ ).

O fármaco mais usado no tratamento da dor ligeira foi o paracetamol, o que está de acordo com as principais orientações da OMS, [8] seguido do ibuprofeno e metamizol, verificando-se uma grande uniformização nas respostas e, portanto, nas práticas usadas. Quase todos os médicos (96,2%) usam o paracetamol oral na dose de 15mg/kg/dose para o tratamento da dor ligeira, passando para a via endovenosa na dor moderada (53,8%), mas com maior variabilidade nas respostas. Isto poderá ser justificado pela presença de algumas variáveis que podem ter interferido na resposta, como por exemplo a necessidade da via endovenosa numa dor de causa cirúrgica numa criança em pausa alimentar. A maioria dos médicos (51,9%) referiu não ter experiência no uso de opióides, e a maioria dos que têm experiência

pertencem à faixa etária acima dos 39 anos (64,3% versus 42,1%;  $p=0,215$ ). A falta de experiência com o uso de opióides é referida noutros estudos, onde apenas 40,2% dos médicos afirmam já ter recorrido a esta classe de analgésicos ou revelam não ter um nível de conhecimento satisfatório para o seu uso de forma recorrente. [22]

Apenas 38,5% dos médicos considera ter conhecimento teórico e treino para o uso de sedativos e, à semelhança do uso de opióides, constatou-se que a maioria dos médicos com experiência em sedativos pertence à faixa etária acima dos 39 anos (50% versus 34,2%;  $p=0,347$ ). Um estudo realizado na Alemanha, relativo à sedoanalgesia em procedimentos, revelou que 44,2% dos profissionais não estavam capacitados para proceder à sedação necessária durante o procedimento doloroso. [23] Quando consideramos a capacidade de realização de sedação moderada/profunda e manuseamento da via aérea, apenas 25,0% da amostra referiu sentir-se capacitada, notando-se novamente a correlação positiva com a faixa etária mais velha.

Relativamente à abordagem da dor, é importante avaliar a utilização de protocolos disponíveis, sendo que 51,9% dos médicos refeririam a sua utilização. A maioria (37%) dos que respondeu afirmativamente, refere o uso de protocolos institucionais ao invés de protocolos nacionais (18,5%) e dos internacionais (7,3%). Noutros estudos, [1,19,20] os profissionais de saúde reportaram a falta de protocolos adequados ou direcionados para a abordagem da dor aguda em pediatria, sendo um dos aspetos mais referidos e que poderá justificar esta baixa adesão. Para além disso, também se verificou uma baixa adesão a ferramentas da avaliação de dor. No presente estudo, quase metade dos médicos (46,2%) não recorrem a escalas de avaliação, dispondo apenas da avaliação clínica.

Considerando os principais obstáculos referidos pelos médicos inquiridos, é de salientar a considerável falta de treino prático e experiência (73,1%). Uma minoria (9,6%) referiu a escassez de recursos físicos/humanos. Os obstáculos encontrados noutros estudos [1,5,20] passam pela falta de conhecimento teórico a nível farmacológico, de recursos humanos e materiais nos respetivos SUP, assim como a falta de uma uniformização dos protocolos a seguir.

Tendo em conta os resultados encontrados, reconhece-se a necessidade de formação nesta área, com maior incidência no treino e aplicação prática de conhecimentos teóricos. Esta necessidade é reconhecida pelos médicos, tendo em conta que 96,2% referiu a necessidade de maior disponibilidade de formações na área da sedoanalgesia em Pediatria. Simultaneamente, foi unânime o reconhecimento da necessidade de um protocolo para a abordagem e tratamento da dor no SUP, como forma de uniformizar a atuação perante este sintoma.

Estas necessidades são transversais a outros estudos sobre este tema, nos quais se concluiu que os profissionais valorizavam o treino e a implementação de protocolos padronizados. [20] Esta primeira avaliação feita com a participação de médicos do SUP do HP, permitiu retratar algumas das práticas e as barreiras encontradas.

Uma limitação do estudo é o tamanho pequeno da amostra, com uma taxa de respostas moderada e a assimetria na representatividade de cada uma das especialidades, que poderá não representar de forma rigorosa os conhecimentos e as limitações de cada grupo.

## **Conclusão**

A dor é frequentemente subtratada e subvalorizada no SUP de pediatria. Os resultados aqui apresentados evidenciam alguns dos problemas na abordagem ideal deste sintoma e poderão servir de ponto de partida para a implementação de melhorias e investimento na área.

A existência de um protocolo institucional, mencionada por todos os inquiridos, poderá ser um importante contributo.

## **Agradecimentos**

Desejo exprimir os meus agradecimentos a todos aqueles que, de alguma forma, estiveram presentes ao longo desta etapa do meu percurso académico.

À orientadora deste Trabalho Final de Mestrado, a Doutora Ana Isabel Borges Ferraz, pelo apoio e disponibilidade sempre demonstrados ao longo de toda a realização do presente trabalho. Todos os conselhos e orientações foram fundamentais.

À coorientadora, a Professora Doutora Fernanda Maria Pereira Rodrigues, pelo seu importante apoio e orientação.

À minha família, em particular aos meus pais, por me apoiarem e incentivarem em todos os momentos da minha vida académica.

Ao Miguel, pelo apoio, compreensão e companheirismo manifestados.

A todos os meus amigos, pela força e incentivo sempre transmitidos.

Ao Hospital Pediátrico do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em especial, aos médicos do Serviço de Urgência, pela colaboração no estudo apresentado.

À Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, por todos os conhecimentos e valores transmitidos ao longo deste curso.

O meu obrigada a todos.

## Referências

1. Wuni, Abubakari et al. "Evaluating Knowledge, Practices, and Barriers of Paediatric Pain Management among Nurses in a Tertiary Health Facility in the Northern Region of Ghana: A Descriptive Cross-Sectional Study." *Pain research & management* vol. 2020 8846599. 30 Nov. 2020
2. O'Donnell FT, Rosen KR. Pediatric pain management: a review. *Mo Med*. 2014;111(3):231-237.
3. Emons MI, Petzke F, Stamer UM, Meißner W, Koschwitz R, Erlenwein J. Current practice of acute pain management in children—a national follow-up survey in Germany. *Paediatr Anaesth*. 2016;26(9):883-890
4. Krauss BS, Calligaris L, Green SM, Barbi E. Current concepts in management of pain in children in the emergency department. *Lancet*. 2016;387(10013):83-92
5. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag*. 2008;13(1):25-32.
6. Ali, S., Drendel, A. L., Kircher, J., & Beno, S. (2010). Pain management of musculoskeletal injuries in children: current state and future directions. *Pediatric emergency care*, 26(7), 518–528.
7. Raja SN, Carr DB, Cohen M, et al. The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*. 2020;161(9):1976-1982.
8. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. (2012). World Health Organization.
9. Ferrante P, Cuttini M, Zangardi T, et al. Pain management policies and practices in pediatric emergency care: a nationwide survey of Italian hospitals. *BMC Pediatr*. 2013;13:139. Published 2013 Sep 10
10. Verghese ST, Hannallah RS. Acute pain management in children. *J Pain Res*. 2010;3:105-123. Published 2010 Jul 15
11. Direção Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação n.º 14/2010 (14/12/2010). Lisboa: DGS; 2010
12. Gai N, Naser B, Hanley J, Peliowski A, Hayes J, Aoyama K. A practical guide to acute pain management in children. *J Anesth*. 2020;34(3):421-433.
13. Rios J, Abadesso C. Tratamento da dor moderada aguda na criança. Sociedade Portuguesa de Pediatria. Lisboa, 2014
14. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Manual de analgesia y sedación en urgencias de pedatría. 2ª ed. Majadahonda: Ergon; 2012.

15. Mace SE, Barata IA, Cravero JP, et al. Clinical policy: evidence-based approach to pharmacologic agents used in pediatric sedation and analgesia in the emergency department. *Ann Emerg Med.* 2004;44(4):342-377.
16. Krauss B, Green SM. Procedural sedation and analgesia in children. *Lancet.* 2006;367(9512):766-780.
17. Cravero JP, Roback MG. "Selection of medications for pediatric procedural sedation outside of the operating room". *UpToDate.* 2022. [Consultado a 1 de abril de 2022].  
Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/selection-of-medications-for-pediatric-procedural-sedation-outside-of-the-operating-room#H2253122>
18. Harrison D, Loughnan P, Johnston L. Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *J Paediatr Child Health.* 2006;42(1-2):6-9.
19. Stevens BJ, Abbott LK, Yamada J, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ.* 2011;183(7):E403-E410.
20. Linhares, Maria Beatriz Martins et al. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. *Psychology & Neuroscience [online].* 2014, v. 7, n. 1 [Accessed 14 March 2022] , pp. 43-53.
21. Peng NH, Lao AH, Chen CH, et al. Knowledge and attitudes of pediatric clinicians regarding pediatric pain management. *J Spec Pediatr Nurs.* 2020;25(4):e12302.
22. de Freitas GR, de Castro CG Jr, Castro SM, Heineck I. Degree of knowledge of health care professionals about pain management and use of opioids in pediatrics. *Pain Med.*
23. Sauer H, Lobenhofer M, Abdul-Khaliq H. Analgosedation for diagnostic and interventional procedures: a countrywide survey of pediatric centers in Germany. *Ital J Pediatr.* 2020;46(1):14. Published 2020 Feb 3.

## **Anexo I. Questionário**

### **Questionário dirigido aos médicos de um Hospital Pediátrico Terciário para avaliação de conhecimentos, práticas e barreiras no tratamento da dor**

A dor é uma causa de stress e sofrimento para as crianças, pais e profissionais de saúde na admissão e permanência num serviço de urgência. A correta abordagem da dor é fundamental nos cuidados de saúde pediátricos, mas vários estudos mostram o seu subdiagnóstico e subtratamento. É reconhecida a importância de ter médicos de especialidades pediátricas qualificados na avaliação e tratamento da dor e a possível necessidade um maior investimento na formação nesta área.

Este questionário tem como objetivo principal retratar os conhecimentos e práticas na abordagem da dor na urgência de um hospital pediátrico terciário. O objetivo secundário é compreender as maiores dificuldades e barreiras no tratamento da dor neste contexto e, conseqüentemente, orientar a necessidade de formação na área.

Neste questionário, está excluído o período neonatal.

Pedimos a sua colaboração neste estudo cuja participação é confidencial. Os dados obtidos servirão exclusivamente para fins de investigação.

O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

Agradecemos a participação,

Ana Rita Oliveira (Investigador)

Ana Isabel Ferraz (Investigador e orientador)

Fernanda Rodrigues (Investigador e co-orientador)

Compreendo os objetivos e finalidade do estudo e aceito preencher o seguinte questionário.

Sim

#### **Sexo**

- Feminino
- Masculino

#### **Faixa etária**

- 20-29 anos
- 30-39 anos
- 40-49 anos
- 50-59 anos
- 60-69 anos

- Mais de 70 anos

**Nível de formação:**

- Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento

**Especialidade**

- Pediatria  
 Cirurgia Pediátrica  
 Ortopedia  
 Interno de Formação Específica de Pediatria  
 Outra \_\_\_\_\_

**No caso de ser Pediatra, qual a sub-especialidade/área de formação da Pediatria:**

- Pediatria Geral  
 Urgências  
 Cuidados Intensivos Pediátricos  
 Cuidados Paliativos Pediátricos  
 Reumatologia  
 Outra

**Tempo de exercício profissional na área mencionada:**

- < 2 anos  
 2-5 anos  
 6-10 anos  
 > 10 anos

**Como considera a sua formação em sedoanalgesia no contexto da urgência pediátrica?**

- Básico (tratamento da dor ligeira, sem sedação)  
 Nível intermédio (tratamento dor moderada, sedação superficial)  
 Nível superior (tratamento da dor grave, sedação profunda)

**Considera ter conhecimentos e treino para o tratamento da dor ligeira a moderada?**

- Sim  
 Não

**Selecione as 3 técnicas de analgesia NÃO farmacológica que utiliza com maior frequência no contexto da urgência pediátrica:**

- Colo/Contacto físico

- Atividades para distrair (jogos, desenhos, bolhas de sabão,...)
- Sacarose ou glicose 10-30%
- Sucção não nutritiva (ex. chupeta, mama)
- Ecrãs
- Outra \_\_\_\_\_

**Enumere três analgésicos que usa com mais frequência (por ordem decrescente) no contexto da urgência pediátrica.**

---

---

**Qual o fármaco (nome e dose) que utiliza mais frequentemente no tratamento da dor ligeira nas urgências pediátricas (exclui período neonatal)?**

- Paracetamol 15 mg/kg/dose per os
- Ibuprofeno 5 mg/kg/dose per os
- Metamizol 20 mg/kg/dose per os
- Outra \_\_\_\_\_

**Qual o fármaco (nome e dose) que utiliza mais frequentemente no tratamento da dor moderada nas urgências pediátricas (exclui período neonatal)?**

- Paracetamol 15 mg/kg/dose per os
- Paracetamol 15 mg/kg/dose endovenoso
- Ibuprofeno >5-10 mg/kg/dose per os
- Metamizol 20 mg/kg/dose per os
- Metamizol 20 mg/kg/dose endovenoso
- Outra \_\_\_\_\_

**Qual a dose de paracetamol per os que utiliza no tratamento da dor nas urgências pediátricas (exclui período neonatal)?**

- 15 mg/kg/dose
- Outra \_\_\_\_\_

**Qual a dose de metamizol per os que utiliza no tratamento da dor nas urgências pediátricas (exclui período neonatal)?**

- 20-40 mg/kg/dose
- Outra \_\_\_\_\_

**Tem experiência no uso de opióides para tratamento da dor nas urgências pediátricas (exclui período neonatal)?**

- Sim

- Não

**Se respondeu "não" na resposta anterior, qual o principal motivo?**

---

**Considera ter conhecimentos e treino para o uso de sedativos?**

- Sim  
 Não

**Além do midazolam, que outro sedativo se sente à vontade de usar nas urgências pediátricas (exclui o período neonatal)?**

- Propofol  
 Cetamina  
 Etomidato  
 Tiopental  
 Lorazepam  
 Nenhum  
 Outro \_\_\_\_\_

**Qual é a dose de midazolam via nasal que usa na realização de procedimentos no contexto da urgência pediátrica (exclui período neonatal)?**

- 0,2 mg/kg  
 0,3 mg/kg  
 0,4 mg/kg  
 Outra \_\_\_\_\_

**Qual é a dose de midazolam via endovenosa que usa na realização de procedimentos no contexto da urgência pediátrica (exclui período neonatal)?**

- 0,2 mg/kg  
 0,3 mg/kg  
 0,4 mg/kg  
 Outra \_\_\_\_\_

**Tem conhecimentos e treino para a realização de sedação moderada-profunda e manuseamento da via aérea?**

- Sim  
 Não

**Utiliza protocolos de analgesia/sedação para a abordagem da dor no contexto da urgência pediátrica?**

- Sim
- Não

**Se sim, os protocolos/orientações que utiliza são:**

- Internacionais
- Nacionais
- Hospitalares
- Todos
- Outra \_\_\_\_\_

**Quais?**

---

---

---

**Normalmente, como avalia a dor na urgência de pediátrica?**

- Ferramentas de avaliação da dor (ex. escalas de avaliação da dor)
- Avaliação clínica
- Nenhum dos dois anteriores
- Ambos

**Considera que a dor é adequadamente tratada na urgência de Pediatria do nosso hospital?**

**(1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Neutro; 4 – Concordo; 5 – Concordo Plenamente)**

---

**Qual é que considera o maior obstáculo no tratamento da dor na urgência pediátrica do nosso hospital?**

- Conhecimento teórico
- Treino prático/experiência
- Recursos físicos/humanos
- Atitude
- Outro
- Nenhum

**Considera ter disponíveis os recursos físicos necessários para o tratamento da dor na urgência de pediatria?**

**(1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Neutro; 4 – Concordo; 5 – Concordo Plenamente)**

---

**Se na resposta anterior considerou um valor inferior a 4, quais os recursos físicos que considera mais necessários (incluindo medicamentos e formas de administração)?**

---

---

---

**Considera que tem disponíveis os meios humanos necessários para o tratamento da dor na urgência de pediatria?**

**(1 – Discordo totalmente; 2 – Discordo; 3 – Neutro; 4 – Concordo; 5 – Concordo Plenamente)**

---

**Se na resposta anterior considerou um valor inferior a 4, quais os meios humanos que considera mais necessários?**

---

---

---

**Considera ter acesso fácil a formação na área da sedoanalgesia em Pediatria?**

- Sim
- Não

**Considera necessária maior disponibilidade de formações na área da sedoanalgesia em Pediatria?**

- Sim
- Não

**Reconhece a necessidade de um protocolo para a abordagem e tratamento da dor na urgência pediátrica do nosso hospital, como forma de uniformizar a atuação?**

- Sim
- Não