



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CAMILLA LAYS GONÇALVES DA SILVA

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA DOR APÓS O USO DE ESCALAS DE
MENSURAÇÃO APLICADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

CAMPINA GRANDE

MAIO-2015

CAMILLA LAYS GONÇALVES DA SILVA

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA DOR APÓS O USO DE ESCALAS DE
MENSURAÇÃO APLICADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Ivana Maria Fechine

CAMPINA GRANDE

MAIO-2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

S586r Silva, Camilla Lays Gonçalves da.
Resultado da avaliação da dor após o uso de escalas de mensuração aplicadas na clínica pediátrica de um hospital filantrópico [manuscrito] / Camilla Lays Gonçalves da Silva. - 2015.
37 p. : il. color.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2015.
"Orientação: Profa. Dra. Ivana Maria Fachine, Departamento de Farmácia".

1. Dor. 2. Mensuração da dor. 3. Pediatria. I. Título.
21. ed. CDD 616.047 2

CAMILLA LAYS GONÇALVES DA SILVA

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA DOR APÓS O USO DE ESCALAS DE
MENSURAÇÃO APLICADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL
FILANTRÓPICO**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Estadual
da Paraíba, em cumprimento à exigência
para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Aprovada em: 26 / 05 /2015

Ivana Maria Fechine

Profª Dra. Ivana Maria Fechine / UEPB/FARMÁCIA/CCBS
Orientadora

Lindomar de Farias Belém

Profª Dra. Lindomar Farias Belém / UEPB/FARMÁCIA/CCBS
Examinadora Externa

Millena Cavalcanti Ramalho

Profª Ms. Millena Cavalcanti Ramalho / UEPB/ENFERMAGEM/CCBS
Examinadora Interna

DEDICATÓRIA

Dedico a Deus pelo seu infinito amor e misericórdia. Aos meus pais, Genalda e José Ramon (*in memoriam*), que foram de suma importância para a realização deste sonho.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por estar comigo nos momentos de maior dificuldade e por estar cumprindo na minha vida uma vontade Sua.

À minha amada mãe, **Genalda**, por todo o amor, apoio e incentivo ao longo da vida.

Aos meus irmãos, **Lyvia** e **Júnior** e meus sobrinhos **José Wellighton** e **Sofia**, por toda ajuda, compreensão e carinho.

À minha família, que ora e torce por mim.

Aos meus amigos e colegas de sala, por todo o estímulo e torcida para que eu chegasse até aqui.

Ao meu grande amigo/irmão **Ricardo Augusto**, que é o maior sinônimo de amizade que pude encontrar durante a graduação. Jamais esquecerei tanto carinho!

A minha querida professora, **Mayrla Lima**, que me ensinou mais do que meus primeiros procedimentos, ensinou a amar e zelar minha profissão, incentivando-me e torcendo por mim.

A cada paciente, pela oportunidade de aprendizado, compreensão e confiança.

À Professora Dra. **Ivana Maria Fechine**, minha orientadora, pelo suporte, paciência e incentivo dedicados a mim não apenas neste trabalho, mas em todos os projetos que desenvolvemos juntas.

À professora Dra. **Lindomar de Farias Belém**, examinadora interna, companheira e amiga pela oportunidade no CIM, pela confiança e por sua colaboração com minha formação e pelo grande exemplo de pessoa e profissional.

À Professora Ms. **Millena Cavalcanti** examinadora interna pela sua disponibilidade, carinho e dedicação e pelo exemplo de compromisso, organização e amor pela profissão.

A esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração.

RESUMO

RESULTADO DA AVALIAÇÃO DA DOR APÓS O USO DE ESCALAS DE MENSURAÇÃO APLICADAS NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO

Camilla Lays Gonçalves da Silva¹, Ivana Maria Fechine²

Com os estudos recentes sobre a percepção da dor nas crianças, entendeu-se que ela é vivenciada mesmo por aquelas que ainda não tem capacidade cognitiva para verbalizar. Por ter sido considerada um dos sinais vitais, a dor deve ser avaliada junto dos demais sinais e com objetos específicos que sejam capazes de tonar algo antes subjetivo, em um dado quantificável e assim tratá-la adequadamente. As escalas de mensuração da dor pediátrica apresentam como critérios os aspectos comportamentais, fisiológicos ou ambos, favorecendo um resultado fidedigno e contribuindo para o tratamento eficaz. Essa realidade de adequação proposta, ainda é pouco desenvolvida nos serviços de saúde, ocasionando uma inadequação do tratamento farmacológico e o prolongamento a sensação dolorosa desses pacientes. Os analgésicos não opióides, principalmente os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), são os fármacos de escolha para o tratamento da dor em crianças. A dipirona sódica é o medicamento mais prescrito para a analgesia e atua bloqueando a síntese de prostaglandina e diminuindo a passagem de impulso doloroso, reduzindo a chegada desses impulsos ao córtex central. Este trabalho teve como objetivo avaliar a dor após o uso de uma escala unidirecional de mensuração, aplicada na clínica pediátrica de um Hospital Filantrópico entre os meses de agosto de 2013 a março de 2015. Os resultados obtidos mostraram uma tendência predominante da não avaliação da queixa dolorosa pela equipe multiprofissional, o que ocasionou um tratamento ineficaz para alguns níveis de intensidade da dor, corroborando tanto para a insatisfação do paciente com o seu tratamento, quanto para uma vivência mais prolongada da dor e todos os aspectos deletérios para a saúde da criança vindos dela. Com a divulgação dos resultados desse estudo, busca-se a conscientização da equipe multiprofissional acerca da importância da avaliação adequada para o tratamento da dor pediátrica, diferenciar um tratamento baseado em protocolos institucionais e comodismo profissional, de uma terapêutica efetiva e qualificada que proporcione o alívio da dor, redução das possíveis complicações clínicas causadas por medicamentos e dosagens inadequadas e diminuição de diversos aspectos que podem comprometer a qualidade de vida das crianças.

PALAVRAS-CHAVE: dor; medição da dor; pediatria.

¹ Graduanda do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Email: cmillalays@gmail.com

² Profa. Dra. do Departamento de Farmácia da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Email: jvana.fechine@gmail.com

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 01 – Queixa dolorosa referida	22
GRÁFICO 02 – Medicamentos para tratar a dor	23
GRÁFICO 03 – Resultado da avaliação após uso de escala	25

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 01 – Escala de Faces Wong-Baker	24
---	-----------

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01 – Avaliação do paciente acerca do tratamento da dor	25
--	-----------

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	10
2. REFERÊNCIAL TEORICO.....	12
2.1 Fisiopatologia da dor pediátrica.....	12
2.2 Dor na criança hospitalizada.....	13
2.3 Instrumentos de mensuração da dor.....	13
2.4 Instrumentos para a avaliação da dor em crianças.....	14
2.4.1 Recém-nascidos: Em crianças que ainda não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos.....	14
2.4.2 Menores de quatro anos ou crianças sem capacidade de verbalizar.....	16
2.4.3 Crianças com Multideficiência.....	17
2.5 Medicamentos para o tratamento da dor pediátrica.....	17
3. REFERÊNCIAL METODOLÓGICO.....	20
3.1 Caracterização do universo da amostra.....	20
3.2 Desenvolvimento do estudo.....	20
3.3 Coleta de dados.....	20
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	22
5. CONCLUSÃO.....	27
REFERÊNCIAS.....	29
ANEXO	

1 INTRODUÇÃO

A dor, tal como definida pela *International Assosiation for the Study of Pain* – IASP, é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos, ou descrita em termos de tal dano (LEÃO; AQUARONE; ROTHER, 2013).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana da dor a descreveu como o quinto sinal vital, o qual deve ser avaliado juntamente com os demais sinais ao exame físico, nessa perspectiva, a avaliação da dor deve se tornar rotineira, de modo que seja uma informação indispensável a ser documentada aos registros do paciente, ao passo que proporcione uma melhoria na qualidade do cuidado oferecido e a garantia de uma assistência humanizada ao indivíduo (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Para Kzanowski e Laccetti (2005), ela é influenciada por fatores sociais e culturais, que de algum modo é vivenciada por todo ser humano ao longo do seu processo de vida. É uma abstração pessoal e íntima dos indivíduos e inerente ao constructo da dor, há uma grande subjetividade, pois ela é percebida pelo sujeito que a sofre de acordo com as suas particularidades pessoais.

A dor não distingue gênero, raça ou etnia, é aquilo que indivíduo diz que é, e pode ser testemunhado pelos outros. Sendo uma experiência subjetiva, a intensidade, a duração e o significado atribuído são determinados pelo indivíduo (KZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

Convencionalmente, a dor faz parte de um sistema de alarme do corpo, pois teoricamente ela surge quando o corpo está lesado. Contudo, cumprida esta função de sinal de alarme, ela não tem qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. A prevalência da dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida, pode acarretar alterações fisiológicas dos sistemas imunitários, endócrino e nervoso que favorecem o aparecimento de morbidades orgânicas e psicológicas que causam a perpetuação do fenômeno doloroso. Pela sua frequência e potencial para causar diversas incapacidades, a dor emerge como um verdadeiro problema de saúde pública que justifica uma atuação organizada e eficaz (METZGER et al., 2002).

A dor é uma causa comum de apresentação dos pacientes pediátricos no hospital, podendo ter impacto direto em desfechos em saúde e, caso não seja controlada, pode exercer efeitos diversos em todas as áreas da vida. Isso ocorre porque a ela é não somente uma percepção sensorial, mas envolve também componentes emocionais, cognitivos e comportamentais que devem ser reconhecidos, portanto, é essencial que profissionais da saúde envolvidos no cuidado de crianças de todas as idades sejam treinados para reconhecer e tratar a dor, seja ela aguda ou crônica (NAIR; NEIL, 2013).

A dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, sendo o seu controle uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e econômicas. As pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar-se, tem o direito a não sofrer (BATALHA, 2013).

O cuidar em enfermagem frente ao processo algico torna imprescindível a compreensão de seu significado e a ampliação do conhecimento de profissionais acerca da importância da sua mensuração e avaliação. Avaliá-la de maneira correta, promover o alívio, conforto e bem estar ao paciente podem ser considerados meios de prestar uma assistência humanizada e gerar saúde ao indivíduo (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Assim sendo, avaliar a dor é considerada uma atividade básica e deve ser estimulada entre os profissionais responsáveis pela assistência direta ao paciente, sobretudo o profissional de enfermagem, em virtude da íntima relação deste na definição dos cuidados clínicos.

Os objetivos desse trabalho foram identificar as medidas adotadas pelo hospital para a aferição da dor, apontar a queixa dolorosa mais presente no momento da avaliação, avaliá-la quanto à intensidade nos pacientes internados utilizando ferramentas e técnicas adequadas para cada faixa etária, e assim, mensurar a intensidade da algia existente, conhecer e avaliar os analgésicos utilizados pela a instituição e obter conclusões do próprio paciente acerca do tratamento empregado.

2 REFERÊNCIAL TEORICO

2.1. Fisiopatologia da dor pediátrica

O substrato neuroanatômico que conduz o impulso doloroso da periferia ao córtex sensitivo surge na vida fetal precoce e durante os primeiros meses de vida pós-natal. Na 24ª semana de idade gestacional (IG) são identificados neurônios e vias nervosas suficientes para processar a sensação dolorosa no tronco encefálico. Embora ao nascimento as fibras A-delta (A-d) não estejam completamente mielinizadas, já ocorre condução do estímulo doloroso e a velocidade de condução reduzida é compensada pela distância corporal mais curta nestes pacientes (SAPOLNIK; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

Dois tipos de fibras aferentes primárias transmitem a dor e a temperatura: fibras A-delta (A-d), caracterizadas pela condução rápida, pois são levemente mielinizadas e estão associadas à dor aguda ou dor inicial e fibras C, que conduzem lentamente o estímulo, pois são amielinizadas e estão associadas à dor lenta ou segunda dor. Já o estímulo doloroso é transmitido, predominantemente, através dos tratos espinotalâmico e espinoreticular, o primeiro trato conduz impulsos das fibras A-d e C da medula espinal até o tálamo (núcleo ventral póstero-lateral), o segundo transmite a dor associada às fibras C do corno posterior da medula espinal para as regiões da formação reticular do tronco encefálico (SAPOLNIK; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

Células da formação reticular projetam axônios, os quais, em última instância, terminam nos núcleos intralaminares do tálamo, estes se projetam para áreas do córtex cerebral. Esta via se encontra mais envolvida na consciência da dor e nas respostas afetivas aos estímulos dolorosos. O processamento das informações somatossensoriais ocorre no córtex cerebral, em que haverá a discriminação das propriedades do estímulo, como sua localização e intensidade (SAPOLNIK; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

As vias e sinapses neonatais envolvidas no processamento da dor não são apenas necessárias à promoção do reparo e recuperação tecidual elas participam, também, do processo de maturação do sistema nervoso. A organização estrutural e funcional do sistema nervoso sensitivo depende, também, da atividade e da experiência vivenciada, desta forma, o correto desenvolvimento do sistema nociceptivo é fundamental para a sobrevivência do ser humano, uma vez que a dor serve como mecanismo de alerta e defesa corporal (SAPOLNIK; ALMEIDA; SOUZA, 2009).

2.2. Dor na criança hospitalizada

A pouco tempo pensava-se que a imaturidade do sistema nervoso seria capaz de poupar as crianças das sensações dolorosas. Historicamente, os pacientes pediátricos são submetidos aos mesmos procedimentos que os adultos e ainda hoje tem recebido intervenções com menos sucesso para o tratamento da dor (KANAI; FIDELIS, 2010).

De acordo com Linhares e Doca (2010), na criança hospitalizada as dores mais prevalentes são as seguintes: abdominal, membros e cefaleia. Elas podem estar associadas a enfermidades como, dor oncológica e artrite reumatoide, intervenções cirúrgicas ou procedimentos médicos para exames e tratamento, como, punção, aspiração, imunização, entre outros e segundo Kanai e Fidelis (2010), podendo ser potencializada pelo medo, ansiedade e incertezas.

Nesse contexto, é consenso entre a maioria dos pesquisadores que a criança deve ser avaliada e tratada de acordo com a sua faixa etária e seu desenvolvimento cognitivo e por meio de instrumentos adequados.

Persegona e Zagonel (2008), afirmam que o seu alívio, possibilitará à criança condições para restabelecer-se adequadamente, o que remete aos princípios da humanização e da ética que deve permear o cuidado de enfermagem.

2.3. Instrumentos de mensuração da dor

O correto manejo da dor é dever de todo profissional de saúde, sobretudo da enfermagem, e direito do paciente. Porém, o diagnóstico e a mensuração/avaliação são as principais dificuldades encontradas por estes profissionais (LIMA et al., 2013).

A fim de resolver este impasse, a Organização Mundial e Saúde (OMS) e a IASP desenvolveram instrumentos de mensuração – escalas – buscando estabelecer um padrão internacional que transforme um sintoma subjetivo em dado objetivo, visando implementar um tratamento adequado (LIMA et al., 2013).

Estes instrumentos são divididos em dois grupos: unidimensionais e multidimensionais, ambos são de extrema importância e necessitam ser apropriados à idade, estados cognitivo e motor, cultura e estado comportamental do paciente (FREITAS et al., 2009).

Os instrumentos unidimensionais são utilizados para medir apenas a intensidade da dor, são artifícios de uso rápido e vantajosos para medições frequentes, além de englobar pessoas que não toleram avaliações longas, enquanto os instrumentos multidimensionais,

como o próprio nome sugere, irão englobar o fenômeno doloroso em várias dimensões, além da intensidade (FALEIROS SOUSA; DA SILVA, 2004).

Estes constituem uma parte necessária para a avaliação da dor, quando os instrumentos unidimensionais não podem fornecer mais informações (FALEIROS SOUSA; DA SILVA, 2004).

Apesar de ser uma experiência individual, Lima et. al (2013), destacam a importância dos métodos de mensuração e avaliação, pois a partir destes é possível transformar uma sensação subjetiva em um dado quantificável, e assim tratá-la de maneira adequada.

2.4 Instrumentos para a avaliação da dor em crianças

O desenvolvimento da criança pode determinar o método a ser utilizado na avaliação da dor. Até os dois anos de idade, a avaliação apresenta como critérios os aspectos comportamentais e fisiológicos, a partir desta idade, pode ser utilizado o relato da criança a respeito de suas próprias experiências para avaliar a intensidade ou a gravidade do quadro algico, sendo possível a utilização de outros instrumentos apropriados para essa idade (KANAI; FIDELIS, 2010).

A utilização de métodos padronizados de avaliação é imprescindível para se obter uma mensuração mais sensível e fidedigna, reduzindo assim o risco do subtratamento da dor nesta faixa etária (SCOCHI et al., 2006).

O autorrelato é considerado a medida mais confiável e válida para fazer a avaliação nas crianças e adolescentes, quando não aplicável, utilizar-se-á a heteroavaliação. Além da autoavaliação, têm-se também em consideração aspectos comportamentais e parâmetros fisiológicos dos mesmos (HENNEBERG; NILSON, 2007).

De acordo com a idade, a Direção Geral de Saúde (2010) recomenda a utilização dos seguintes instrumentos:

2.4.1 Recém-nascidos: em crianças que ainda não verbalizam, o reconhecimento da dor é feito de forma indireta, com base em indicadores comportamentais e fisiológicos:

Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) - Escala desenvolvida a partir dos indicadores comportamentais considerados mais pertinentes para avaliar a dor dos recém-nascidos em unidades de cuidados intensivos neonatais (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2010).

É uma escala unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade de interação (sociabilidade) e reconforto (consolabilidade). A sua utilização clínica é simples requerendo um contato mínimo com o recém-nascido de pelo menos uma hora, embora se aconselhe habitualmente um contato entre quatro a oito horas. Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de zero e um máximo de quinze pontos. Para um valor igual ou superior a cinco recomenda-se uma intervenção terapêutica para o alívio da dor (SILVA; SILVA, 2010; BATALHA; SANTOS; GUIMARÃES, 2007).

Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) - Esta escala tem-se mostrado útil na avaliação da dor em recém-nascidos com 24 ou mais semanas de gestação e é considerada uma escala simples e fácil de usar, embora não possa ser utilizada em recém-nascidos entubados. Avalia a expressão facial, o choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília. Cada indicador é medido de zero a um ponto, com exceção do choro, de zero a dois pontos. A cotação da escala varia de zero a sete pontos e o critério para intervenção farmacológica situa-se entre dois e quatro pontos (BATALHA; SANTOS; GUIMARÃES, 2007).

Premature Infant Pain Profile (PIPP) - É uma escala multidimensional desenvolvida para avaliar a dor do recém-nascido de termo e pré-termo. Reflete bem as diferenças entre estímulos dolorosos e não dolorosos, em toda a faixa etária neonatal. É simples e muito bem aceita, por ter em conta a idade gestacional e o estado de alerta. O indicador “idade gestacional no momento da observação” dá uma maior pontuação de dor aos recém-nascidos com menor idade gestacional. É composta por sete parâmetros que incluem indicadores de conduta, desenvolvimento e fisiológicos. Cada indicador é avaliado de zero a três. A pontuação total da escala depende da idade gestacional do recém-nascido, sendo a máxima de vinte e um pontos. Uma pontuação menor ou igual a 6 indica ausência de dor ou dor mínima e uma pontuação maior que doze, dor moderada a intensa (BATALHA; SANTOS; GUIMARÃES, 2007).

Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (N-PASS) - Esta escala é útil para recém-nascidos em ventilação assistida. É composta por cinco indicadores: irritabilidade/choro, estado comportamental, expressão facial, tônus dos membros e sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e/ou saturação de oxigênio) (SILVA; SILVA, 2010).

2.4.2 Menores de quatro anos ou crianças sem capacidade de verbalizar:

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) - Esta escala está particularmente indicada para ser usada até aos quatro anos. A partir desta idade o seu uso só se fará nas situações em que a criança não consegue usar instrumentos de autoavaliação. Agrega os indicadores expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade, em que cada um é pontuado de zero a dois pontos, perfazendo uma pontuação total que varia entre zero e dez pontos (BATALHA et al., 2009; LINHARES; DOCA, 2010).

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) - Esta escala ilustra uma gradação de faces, através de expressões faciais simples que descrevem os vários graus de dor, desde a face neutra para indicar ausência de dor, até à face que exprime muito sofrimento, sendo que no verso, cada face é convertida num valor numérico. É uma adaptação da FPS (com redução de uma face), apresentando uma boa fiabilidade e validade para o uso em crianças e recomendada pela *International Association for the Study of Pain* (FRAGATA, 2010).

Escala de Faces de Wong-Baker - Consiste em seis desenhos de faces ordenadas de forma crescente em nível de intensidade da dor ou angústia. Esta escala pode ser utilizada a partir dos 3 anos de idade e em idosos com demência, mas apresenta limitação de aplicação em pacientes com comprometimento cognitivo grave. Solicita-se que o paciente escolha a face que melhor representa a sua dor atual. Estas faces representam níveis progressivos de angústia e associam-se à dor. Este instrumento é particularmente interessante por não sofrer influência muito grave de fatores socioculturais e educacionais, porém é importante frisar que há necessidade do indivíduo possuir capacidade de abstração (FREITAS et al., 2009).

Escala Visual Analógica (EVA) - Consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 cm de comprimento, em que numa das extremidades está assinalada a classificação “Sem dor” e na outra a classificação “Dor máxima”. É pedido à criança que faça uma cruz no ponto que representa a intensidade da sua dor. A face posterior é graduada de zero (sem dor) a dez (dor máxima), onde se verificará a correspondência com a cruz feita pela criança na face anterior e uma classificação numérica será atribuída à intensidade da dor sentida. Será aplicada intervenção terapêutica quando a intensidade da dor se situar entre três e dez (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

Escala Numérica (EN) - Consiste numa régua dividida em onze partes iguais, que se encontram numeradas de zero a dez. Pretende-se que a criança faça a equivalência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica. Assim pede-se à criança que atribua um número de zero a dez, correspondendo o zero a ausência de dor (sem dor) e o dez à pior dor imaginável (dor máxima) (DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2003).

2.4.3 Crianças com Multideficiência:

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R) - Esta escala é uma adaptação da escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)* e mantém os mesmos indicadores dessa escala (expressão facial, movimentos das pernas, atividade, choro e consolabilidade) aos quais foram adicionados descritores que incorporam comportamentos específicos de dor de crianças com multideficiência e *deficit* cognitivo. A cada indicador foi ainda adicionado um descritor em aberto, para inclusão de comportamentos de dor específicos de cada criança, descritos pelos pais. A sua pontuação pode variar entre zero a dez pontos, sendo que de um a três pontos considera-se uma dor ligeira, de quatro a seis pontos uma dor moderada e de sete a dez pontos uma dor grave (BATALHA; MENDES, 2013).

A mensuração da dor é extremamente importante, pois sem sua medida, torna-se difícil determinar o tratamento mais adequado para a criança, ou quando deverá ser interrompido. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de avaliação e mensuração confiável da dor (KANAI; FIDELIS, 2010).

2.5. Medicamento para tratamento da dor pediátrica

Lacunas no conhecimento sobre a dor e analgesia tem como consequência a inadequação do tratamento e desvalorização da queixa da criança por muitos profissionais, que desconhecem as variadas formas de avaliação da dor, incluindo as escalas, as diferentes indicações para o uso de analgésicos, bem como de seus reais efeitos desejáveis e colaterais (DOS SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

A maioria das prescrições e uso de medicamentos em crianças se baseiam em extrapolações de doses, relacionadas apenas com peso, área de superfície corporal e idade (BRASIL, 2008); e/ou modificações de formulações para adultos, ignorando-se completamente suas características farmacocinéticas e farmacodinâmicas, tornando-as especialmente vulneráveis quanto ao uso de medicamentos e seus efeitos nocivos por serem incapazes de avaliar os riscos e benefícios do fármaco, ficando os sintomas sob o julgamento de um adulto (SOYAMA, 2005).

Os analgésicos não opióides, principalmente os anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), são os fármacos de escolha para tratamento da dor em crianças, segundo vários estudiosos, os mesmos identificam a dipirona como o medicamento mais prescrito para analgesia (DOS SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

O efeito analgésico da dipirona sódica pode ser decorrente da capacidade que ela possui de bloquear a síntese e liberação de prostaglandinas, substância envolvida diretamente na fisiopatologia do processo doloroso. Além desse efeito periférico, a dipirona pode atuar diretamente no tálamo, diminuindo a passagem de impulsos dolorosos (potências de ação), e, por meio dessa estrutura, reduzir a chegada de impulsos dolorosos ao nível do córtex sensitivo (DOS SANTOS; KUSAHARA; PEDREIRA, 2012).

Indicação da Dipirona em Crianças e lactentes: em crianças abaixo de um ano esse medicamento deve ser administrado somente pela via intramuscular (IM) conforme seu peso. Caso seja necessário, o medicamento pode ser administrado até quatro vezes ao dia. Doses maiores somente a critério médico. A injeção intravenosa (IV) deve ser aplicada lentamente (1ml/minuto). Não devem ser misturados outros medicamentos na mesma seringa (GOLDENZWAING, 2012).

Reações adversa da Dipironas: a nível de sistema cardiovascular podem ocorrer, choque e discrasias sanguíneas, como agranulocitose, leucopenia e trombocitopenia. Além de reações de hipersensibilidade que afetam a pele (urticária), a conjuntiva e a mucosa nasofaríngea, reações cutâneas bolhosas, às vezes com risco de morte, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell (GOLDENZWAING, 2012).

Interações medicamentosas da Dipirona: Não usar concomitantemente com ciclosporina, pois ocorre diminuição do nível de ciclosporina no sangue. Não usar simultaneamente com clorpromazina, porque pode ocorrer hipotermia grave (GOLDENZWAING, 2012).

Contraindicação da Dipirona: hipersensibilidade à droga. Não deve ser administrada em pacientes com intolerância conhecida aos derivados de pirazolônicos ou com determinadas doenças metabólicas, tais como porfiria hepática e deficiência congênita de glicose-6 fosfato desidrogenase (GOLDENZWAING, 2012).

Cuidados de enfermagem para pacientes pediátricos que fazem uso da Dipirona: Monitorar a função respiratória, pois podem ser observados ataques de asma em pacientes predispostos a tal condição de hipotensão em caso de aplicação IV muito rápida; administre a droga cuidadosamente em casos de amigdalite ou qualquer outra afecção da bucofaringe, porque essas afecções preexistentes podem mascarar os primeiros sintomas de agranulocitose; administrar cuidadosamente em pacientes com condições circulatórias instáveis; não administrar em crianças menores de três meses ou pesando menos de 5 kg, devido à possibilidade de interferência na função renal; em caso de reações de hipersensibilidade, suspenda imediatamente a droga, coloque o paciente deitado com as pernas elevadas e as vias respiratórias livres. Se necessário, faça reposição do volume sanguíneo com plasma, albumina ou soluções hidroeletrólíticas; em pacientes com asma ou infecções respiratórias crônicas,

bem como pacientes com hipersensibilidade de qualquer tipo, deve-se fazer um teste no início da aplicação, para prevenir a ocorrência de choque; atentar para pacientes com histórico de doença renal preexistentes; evitar altas doses ou uso por longo tempo sem controle médico (GOLDENZWAING, 2012).

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1. Caracterização do universo e da amostra

A pesquisa foi do tipo descritiva, realizada através de uma abordagem transversal e quantitativa em pacientes da ala Pediátrica do Hospital Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), em Campina Grande-PB, entre os meses de Agosto de 2013 a Março de 2015.

A população alvo correspondeu a crianças hospitalizadas no momento em que se propôs a realização deste estudo, obedecendo os seguinte critério de inclusão:

- Está hospitalizada na unidade de internação pediátrica;
- Sentir dor no momento da visita;
- Ter idade igual e/ou superior a três anos;
- Não apresentar nenhum tipo de comprometimento cognitivo;
- Está acompanhada dos pais ou responsáveis no momento da entrevista, mostrando estes, interesse e aceitação pelo estudo.

3.2. Desenvolvimento do estudo

O trabalho foi desenvolvido a partir de um projeto de extensão da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), intitulado **A Dor: O Processo de Cuidar do Farmacêutico e do Enfermeiro**, vinculado ao programa do Centro de Informações de Medicamentos (CIM) e desenvolvido na Ala Pediátrica do Hospital Filantrópico Fundação Assistencial da Paraíba (FAP).

Pacientes e acompanhantes foram esclarecidos da importância e finalidade da pesquisa, que além dos dados de identificação e presença de alergia prévia a medicamentos, contava com informações sobre o processo álgico, as medicações prescritas no prontuário e escalas de mensuração da dor.

3.3. Coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um formulário simples e objetivo elaborado pela equipe do CIM (Apêndice A). Os dados foram coletados através de entrevista com os pacientes e análise dos prontuários, posteriormente digitados e analisados pelo programa Microsoft Excel 2010.

A escala escolhida para coleta de dados foi à escala de Faces de Wong-Baker, por apresenta característica compatíveis aos objetivos da pesquisa.

Com relação à ética, um termo de consentimento livre e esclarecido foi assinado pelo pesquisador e responsável pelo pesquisado, garantindo a este último sigilo de suas informações pessoais. O referido termo segue a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desta pesquisa 76 pacientes que tinham entre 3 e 14 anos de idade e referiam dor de qualquer etiologia e se encontravam internados na unidade pediátrica da FAP.

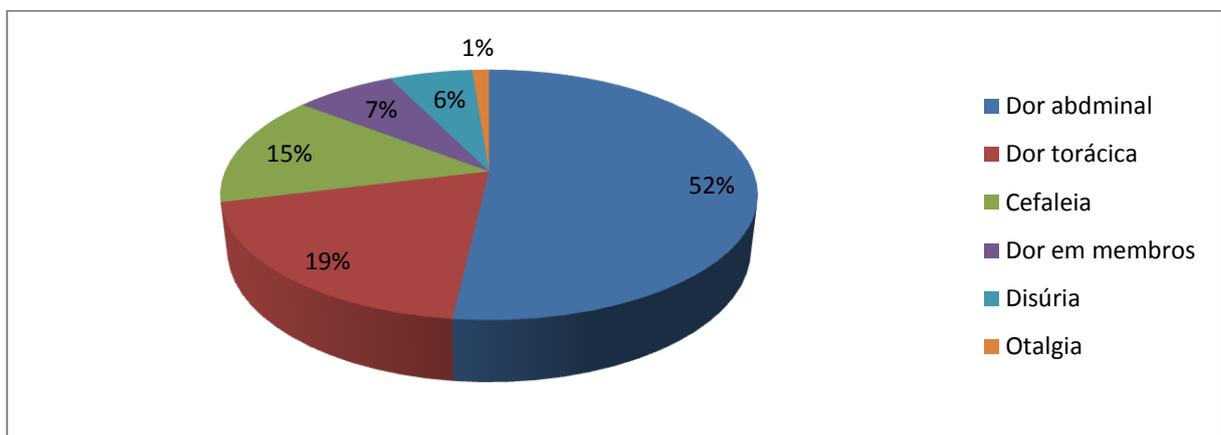
A enfermagem deve incorporar um padrão de avaliação rotineira, juntamente dos demais sinais vitais (SAÇA et al., 2010). Sobre a rotina de avaliação da instituição concluiu-se que, não é prática do hospital avaliar o processo algico dos pacientes adequadamente na admissão ou em qualquer outro momento durante a internação.

É imprescindível que o hábito de avaliar a dor seja incorporado à rotina do serviço do profissional, a fim de proporcionar qualidade ao cuidado prestado ao paciente (SILVA; KOCHLA, 2009). Apesar de tratar-se de uma experiência individual, Lima et. al (2013) destaca a importância dos métodos de mensuração e avaliação da dor, pois a partir destes é possível transformar uma sensação subjetiva em um dado quantificável, e assim tratá-la de maneira adequada.

Os hospitais ainda não possuem o suporte necessário para avaliar a dor e os profissionais necessitam de programas de capacitação e treinamento para a equipe multiprofissional, para que estes cooperem no controle da dor do paciente, principalmente sobre as terapias farmacológicas da dor e seu emprego adequado (NASCIMENTO et al.; 2011).

Todos os pacientes avaliados referiram sentir dor quando questionados, e essa, por sua vez, advinham de processos inflamatórios ao qual estavam acometidos até os procedimentos de rotina realizados pelos profissionais, conforme o Gráfico 01.

Gráfico 01. Queixa dolorosa referida



Fonte: Dados da Pesquisa

Ocorreu uma prevalência nos casos de dor abdominal, estando essa, comumente associada a parasitoses intestinais e problemas relacionados à alimentação, e menos frequente a infecções do trato geniturinário.

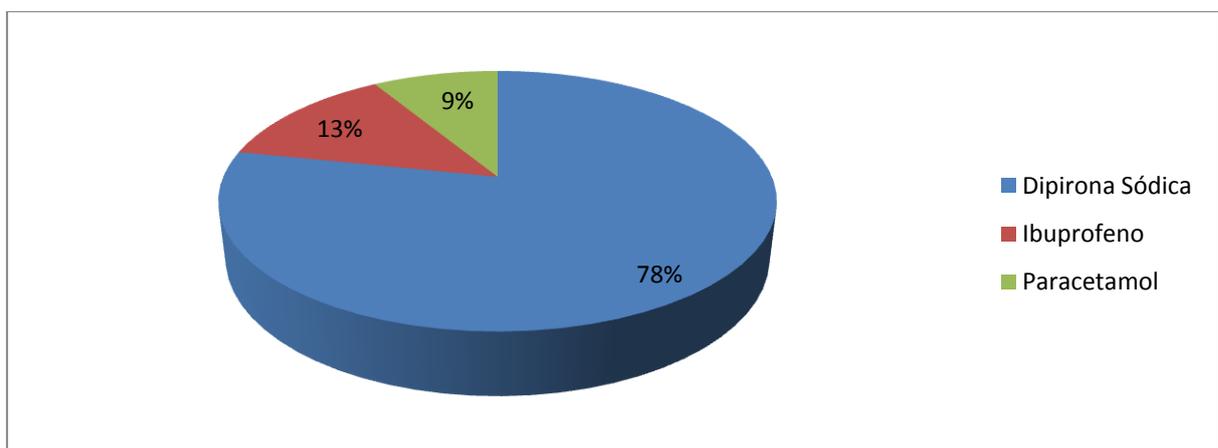
A ocorrência de parasitoses intestinais na idade infantil, especialmente na idade escolar, consiste em um fator agravante da subnutrição, podendo levar à morbidade nutricional, geralmente acompanhada da diarreia crônica e desnutrição, comprometendo, como consequência, o desenvolvimento físico e intelectual, particularmente das faixas etárias mais jovens da população (MACEDO, 2005).

A dor torácica relatada estava associada ao acometimento do trato respiratório por infecções, especialmente a pneumonia. Vários fatores estão associados à incidência de pneumonia na infância, como o baixo nível socioeconômico, desnutrição, baixo peso ao nascer, ausência de amamentação, aglomeração familiar, poluição no ambiente e no domicílio, tabagismo e sazonalidade (IBIAPINA et al.; 2004).

Outros tipos de dores foram citadas pelas crianças, entre elas a cefaleia, que pode ter causa multifatorial; dor em membros, muito associada às punções realizadas para a administração de medicamentos e coleta de material para exames, disúria e otalgia, também associadas a processos inflamatórios.

A terapia farmacológica é o único mecanismo empregado pelo hospital para o tratamento da dor nos pacientes. Com os dados das prescrições observou-se que três tipos de medicamentos foram utilizados com tal finalidade, conforme o Gráfico 02.

Gráfico 02. Medicamentos para tratar a dor.



Fonte: Dados da Pesquisa

A dipirona sódica é o medicamento mais empregado porque é protocolado pela instituição, sendo este, substituído em caso de reações alérgicas pelo paracetamol.

O segundo medicamento mais prescrito foi o ibuprofeno (13%) que para Gazarian e Graudins (2006), pode ser utilizado para analgesia no pós-operatório, para evitar a necessidade de opióides ou para fornecer analgesia adjuvante com o paracetamol na dor ligeira a moderada.

Dos AINE atualmente disponíveis, é o que tem o menor número de efeitos colaterais e a maior evidência para apoiar o seu uso na pediatria. (HOWARD et al.; 2012).

O terceiro medicamento mais prescrito foi o paracetamol, um antipirético com fracas propriedades analgésicas. Exerce o efeito antipirético no hipotálamo e os efeitos analgésicos por bloqueio da síntese de prostaglandinas. (VERGUESE; HANNALLAH, 2010).

O paracetamol atua preferencialmente no sistema nervoso central inibindo a ciclooxigenase 3 (COX 3), considerada uma variante da COX 1, inibindo a conversão do ácido araquidônico em prostaglandinas (TUCCI et al.; 2009).

A dose diária de paracetamol, por qualquer via, não deve exceder: 100 mg.Kg⁻¹ para crianças; 75 mg.Kg⁻¹ para lactentes; 60 mg.Kg⁻¹ para recém-nascidos de termo e pré-termo de idade pós concessão maior de 32 semanas; 40 mg.Kg⁻¹ para recém-nascidos pré-termo com menos de 32 semanas pós concepção (VERGUESE; HANNALLAH, 2010).

A escala de Faces de Wong-Baker, por suas características de aplicabilidade e compatibilidade com os objetivos da pesquisa, foi à escala de escolha para avaliação desses pacientes. Figura 01.

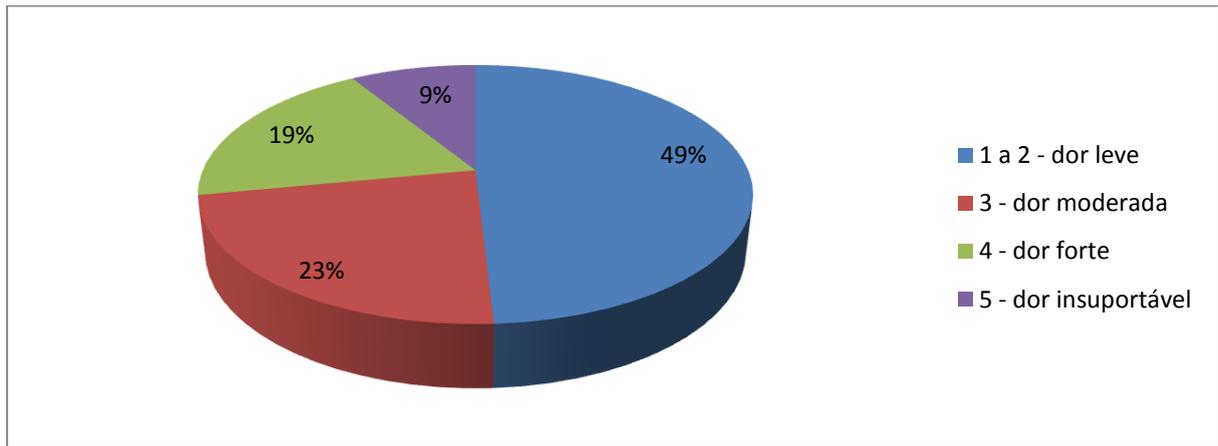
Figura 01. Escala de Faces Wong-Baker



Classificação da dor: 0 - sem dor; 1 a 2 - dor leve; 3 - dor moderada; 4 - dor forte; 5 - dor insuportável.

Fonte: pediatriasaopaulo.usp.br

O gráfico 04, mostra o resultado da avaliação da dor, de todos os pacientes após o uso da escala.

Gráfico 04. Resultado da avaliação após uso de escala

Fonte: Dados da Pesquisa

De acordo com os dados observou-se que, 72% dos pacientes apresentaram dor de grau leve a moderada, justificando o uso dos AINE para tal grau de dor, mas, essa prescrição não leva em consideração o relato verbal do paciente. Os outros pacientes apresentaram respectivamente, dor forte (19%) e dor insuportável (9%) e estavam recebendo o mesmo tratamento medicamentoso que os demais pacientes, ratificando o conceito de subtratamento da dor.

Segundo Verguese e Hannallah (2010), para tratar a dor leve, pode ser utilizado isoladamente um analgésico não opióide; ao passo que para tratar a dor severa deve integrar um esquema de analgesia multimodal em associação com os AINE ou com um opióide.

O quadro 01 mostra a avaliação que o paciente faz do tratamento empregado para o alívio do seu processo álgico.

Quadro 01. Avaliação do paciente acerca do tratamento da dor

Classificação da dor	Resposta do usuário (%)
1 a 2 – dor leve	68% avaliaram positivamente 32% avaliaram negativamente
3 – dor moderada	31% avaliaram positivamente 69% avaliaram negativamente
4 – dor forte	100% avaliaram negativamente
5 – dor insuportável	100% avaliaram negativamente

Fonte: Dados da Pesquisa

Observou-se que em todos os níveis de classificação da dor, houve pacientes que avaliaram negativamente a analgesia empregada para o tratamento e nos casos dos que

avaliaram positivamente nos graus de dor leve e moderada, relataram que mesmo ainda sentido dor a intensidade havia diminuído após o início do tratamento.

O alívio da dor pode ser compreendido como um direito humano básico e, portanto, extrapola a questão clínica e vai de encontro à questão ética que envolve todos os profissionais de saúde (GOMES et al.; 2006).

Para Davis e Walsh (2004), os pacientes tendem a avaliar negativamente todos os demais serviços prestados durante sua hospitalização, quando vivenciam experiências dolorosas prolongadas.

5 CONCLUSÃO

De acordo com os dados apresentados, foi possível constatar que a instituição não dispõe de nenhum instrumento de mensuração da dor para os pacientes, e que o tratamento farmacológico empregado, era baseado em protocolos institucionais não considerando o relato verbal do paciente, contradizendo o conceito de que a dor é sempre referida por quem a sente e o tratamento adequado tomaria por base o nível de dor expressada pelo próprio indivíduo. Sendo assim, confirmando que a dor é subavaliada e conseqüentemente subtratada por parte dos profissionais.

Após o uso da escala foi observado que a experiência dolorosa ainda era sentida e em vários níveis de intensidade por muitas crianças, levando-a a uma avaliação negativa do tratamento empregado e prolongando o seu sofrimento.

É fundamental que as instituições implantem as escalas de avaliação na rotina da assistência e capacitem os profissionais para o uso adequado, observando a faixa etária, a capacidade de verbalização, o grau cognitivo e aspectos fisiológicos e comportamentais. Qualificando assim o serviço e prestando um cuidado humanizado ao paciente.

As diversas terapias não farmacológicas são uma importante ferramenta no auxílio do tratamento da dor e é pouco explorada pelos profissionais, bem como, a brinquedoteca e os brinquedos terapêuticos, que facilitariam a comunicação com as crianças e a identificação de aspectos que envolvessem o processo alérgico, favorecendo o manejo adequado da dor.

O resultado desse estudo é de extrema relevância para os profissionais e instituições que atendem o público infantil, porque através dele é possível identificar os erros praticados na avaliação e tratamento da dor, a importância do seu alívio para o desenvolvimento das crianças e possibilita ainda, o conhecimento das escalas disponíveis e a forma de aplicação de cada uma delas, mostrando a importância de atualizações na temática dor em pediatria, a necessidade da implantação das escalas de avaliação pelas instituições e a adequação da terapia farmacológica de acordo nível de dor sentida. Favorecendo assim, um cuidado individualizado, humanizado e eficaz no tratamento da dor.

ABSTRACT

Camilla Lays Gonçalves da Silva¹, Ivana Maria Fechine²

THE RESULT OF PAIN EVALUATION AFTER THE USE OF MEASUREMENT SCALE APPLIED IN A PHILANTHROPIC HOSPITAL'S CLINIC

With the recent studies about the perception of pain in children, it's understood that it happens even with those who don't have the cognitive capacity to verbalize it. Because it was considered one of the vital signs, the pain, must be evaluated among other signals e with specific objects that are capable of turn something once subjective, in a quantifiable e treat it properly. The measurement ranges of pediatric pain present as criteria the behavioral aspects, physiologic or both, favoring a reliable result and contributing to an effective result. This proposal of adequacy reality is still undeveloped in health services, what causes an inadequacy in pharmacological treatment and the extension of pain on these patients. The non-opioid analgesic, mainly the non-steroidal anti-inflammatory (NSAIDs), are the drugs of choice to the pain treatment in kids. The dipyrone sodium is the most prescribed drug to the analgesia and it acts blocking the prostaglandin synthesis decreasing the painful pulse to pass, reducing the arrival of these pulses to the central cortex. This paper aims to evaluate the pain after the use of a unidirectional measurement scale applied in a pediatric clinic of a Philanthropic Hospital between the months of August 2013 and March 2015. The results showed a predominant trend of non assessment of pain complaint by the multidisciplinary team, which caused an ineffective treatment to some intensity levels of pain, collaborating to the patient dissatisfaction with his treatment, and also to a longer experience of pain and all the deleterious aspects to the kid's health and come of it. With the release of the results of this study, awareness of the multidisciplinary team is sought about the importance of proper evaluation for the treatment of pediatric pain, differentiate a treatment based on institutional protocols and professional indulgence, an effective and qualified to provide therapeutic relief pain, reduction of possible clinical complications caused by medicines and inadequate dosages and decrease various aspects that can jeopardize the quality of life of children.

KEY-WORDS: Pain, Pain Medication, Pediatric.

¹ Undergraduate Course Nursing, State University of Paraíba.

Email: cmillalays@gmail.com

² Professor from Pharmacy Department from State University of Paraíba

Email: ivana.fechine@gmail.com

REFERÊNCIAS

- BATALHA CUNHA, Luíz Manuel. Avaliação e controle da dor pediátrica: uma década. *Saúde e Tecnologia* p. 16-21, 2013. Disponível em: <http://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf> Acesso em: 02 jan. 2015.
- BATALHA, Luíz; SANTOS, Luíz Almeida; GUIMARÃES, Hercília. Dor em cuidados intensivos neonatais. **Acta Pediatr Port**, v. 38, n. 4, p. 144-51, 2007.
- BATALHA, Luíz Manuel Cunha et al. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. **Referência: Revista Científica da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Domínio de Enfermagem**, n. 10, 2009.
- BATALHA, Luíz Manuel Cunha; MENDES, Vera Mónica Pessoa. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability: Revised (FLACC-R). **Revista de Enfermagem Referência**, n. 11, p. 07-17, 2013.
- BOTTEGA, Fernanda Hanke; FONTANA, Rosane Teresinha. A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 2, p. 283-290, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/09>>. Acesso em: 15 nov. 2014.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. ANVISA. **Bulário Eletrônico**. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/bularioeletronico/>. Acesso em: 17 de março de 2015.
- DAVIS, Mellar P.; WALSH, Declan. Cancer pain: how to measure the fifth vital sign. **Cleveland Clinic journal of medicine**, v. 71, n. 8, p. 625-632, 2004.
- DA SILVA, Tiago Pereira; DA SILVA, Lincoln Justo. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido revisão sistemática. **Acta Med Port**, v. 23, p. 437-454, 2010.
- DOS SANTOS, Michele Zachary; KUSAHARA, Denise Miyuki; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 5, p. 1074-1081, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/06.pdf>>. Acesso em: 23 mar.2015.
- Direcção Geral de Saúde (2003) – Circular Normativa Nº 9/DGCG. “A dor como 5º sinal vital. Registo da intensidade da dor”.
- Direcção Geral de Saúde (2010) – Orientações Nº 014/DGS. “Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças”.
- FALEIROS SOUSA, Fátima Aparecida Emm; DA SILVA, José Aparecido. Avaliação e mensuração da dor em contextos clínicos e de pesquisa. **Revista da Sociedade Brasileira para Estudo da Dor**, São Paulo, v. 5, n. 4, p. 408-429, 2004.

FONTES, Kátia Biagio; JAQUES, André Estevam. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, p. 481-487, 2008.

FRAGATA, Célia Sofia da Silva. Avaliação pediátrica da ansiedade face à dor na função venosa em crianças com e sem problemas do desenvolvimento. 2010.

FREITAS, Cláudio de Carvalho et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Revista Dor**, v. 10, n. 1, p. 56-62, 2009. Disponível em: <http://media.wix.com/ugd/f36792_eda1d2afd4f4bcc82d7d9de0e19e6700.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2014.

FREITAS, Cláudio de Carvalho et al. Avaliação da dor com o uso das escalas unidimensionais. **Rev Dor**, v. 10, n. 1, p. 56-62, 2009.

GOLDENZWAIG, Nelma Rodrigues Soares Choiet. **Administração de Medicamentos na Enfermagem**, São Paulo, rev. e. atual. ed.10, p. 131-132, 2012.

GAZARIAN, Madlen; GRAUDINS, Linda V. Safe use of NSAIDs in infants and children. **Medicine Today**, v. 7, n. 11, p. 71-73, 2006.

GOMES, Rafael Tomaz et al. Dor: o quinto sinal vital. **Prática Hospitalar**. v. 8, n. 44, p. 2018-44, 2006.

HENNEBERG, Steen W.; NILSSON, Louise B. Acute paediatric pain. Review. **Current Anaesthesia & Critical Care**, v. 18, n. 3, p. 126-134, 2007.

HOWARD, R. et al. Good practice in postoperative and procedural pain management. **Paediatric Anaesthesia**, v. 22, n. July Supp 1, p. 1-79, 2012.

IBIAPINA, Cunha Cassio et al. Pneumonias Comunitárias na infância: Etiologia, Diagnóstico e Tratamento. **Rev. Med.** Minas Gerais. v.14, n.1, p. 19-25, 2004.

KANAI, Kenia Yurie; FIDELIS, Wania Maria Zangirolamo. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev dor**, v. 11, n. 1, p. 20-7, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1806-0013/2010/v11n1/a1495.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

KAZANOWSKI, Mary K.; LACCETTI, Margaret Saul. **Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Guanabara Koogan, 2005.

LEÃO, Eliseth Ribeiro; AQUARONE, Rita Lacerda; ROTHER, Edna Teresinha. Pesquisa em dor: análise bibliométrica de publicações científicas de uma Instituição de Pesquisa no Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 94-99, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n2/04.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

LIMA, Antonio Douglas et al. Avaliação da dor em pacientes oncológicos internados em um hospital escola do nordeste do Brasil. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 267-271, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n4/v14n4a07.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

LINHARES, Maria Beatriz Martins; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 307-325, 2010.

METZGER, Christiane et al. **Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor; Modalidades de Tratamento; Psicologia do Doente**. Loures: Lusociência 2002.

MACEDO, Hélica Silva. Prevalência de parasitos e comensais intestinais em crianças de escolas da rede pública municipal de Paracatu (MG). **Rev. bras. anal. clin.**, v. 37, n. 4, p. 209-213, 2005.

NASCIMENTO, Leonel Alves et al. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 714-20, 2011. Disponível em: <<http://h200137217135.ufg.br/index.php/fen/article/view/10432/10222>>. Acesso em: 29 de março de 2015.

NAIR, Saeda; NEIL, Michael JE. **Dor pediátrica: fisiologia, avaliação e farmacologia tutorial de anestesia da semana** 289 de 8 de julho de 2013.

PAULUCCI, Ruth Sampaio; NASCIMENTO, Luiz Fernando C. Neonatal mortality in Taubaté, São Paulo, Brazil: a case-control study. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 25, n. 4, p. 358-363, 2007.

PERSEGONA Karin Rosa; ZAGONEL Ivete Palmira Sanson. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3 p. 430-6, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2015.

SAPOLNIK, Roberto; ALMEIDA, Priscila; SOUZA, Mayana. Memória da dor em crianças oncológicas. **Revista Brasileira de Medicina**, v.45, n.4, p.146-154, jul./ago. 2009.

SAÇA, Camila Simões et al. A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **Journal of the Health Science Institute**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2010/01_janmar/V28_n1_2010_p35-41.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2015.

SOYAMA, Paula. Pesquisas clínicas com crianças causam impasses éticos. **Com ciência: Revista eletrônica de Jornalismo**, 10 dez. 2005. Disponível em: <<http://comciencia.br/comciencia/handler.php?section=8&edicao=5&id=33>>. Acesso em : 17 de março de 2015

SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan et al. A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev bras enferm**, v. 59, n. 2, p. 188-94, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n2/a13.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2015.

TUCCI, Joe et al. Paracetamol and ibuprofen for paediatric pain and fever. **Journal Pharm Pract Res**, v. 39, p. 223-5, 2009.

VERGHESE, Susan T.; HANNALLAH, Raafat S. Acute pain management in children. **Journal of pain research**, v. 3, p. 105, 2010.

ANEXO

ANEXO A - O INSTRUMENTO PARA MONITORAMENTO DA DOR

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA

**A DOR: O PROCESSO DE CUIDAR DO ENFERMEIRO E DO
 FARMACÊUTICO**

FORMULÁRIO-----

1. Iniciais	
2. Idade:	3. Sexo:
4. Endereço/Localidade: _____	
5. Acompanhante:	
6. Renda familiar: <input type="checkbox"/> 0,5 salário mínimo <input type="checkbox"/> 0,5-1 salário mínimo <input type="checkbox"/> > 1 salário mínimo	
7. Data de admissão:	
8. Agravo que levou a internação _____ _____	
9. Medicamentos utilizados para o tratamento do agravo de base:	

Droga	Dose	Horário	Via

10. Apresentou alguma reação enquanto fazia uso das medicações?

() não

() sim. Qual? _____

11. Houve informação fornecida sobre a medicação?

() não () sim. Qual?

12. Quando iniciaram as dores?

13. Manifestações apresentadas para inferência da dor:

15. Há situações ou posições que potencializam a dor? () Não () Sim, Qual? _____

16. Há situações ou posições que minimizam a dor? () Não () Sim, Qual? _____

17. O(a) acompanhante sabe explicar o porquê da dor? () Não () Sim, Qual? _____
18. Intervenções utilizadas para o cuidado da dor, anteriormente (se for o caso). _____
19. A criança sente dor agora? () sim () não Há quanto tempo sentiu dor? _____
20. Intervenções utilizadas para o alívio da dor a nível hospitalar: a. Medicamentosa () b. Mudança postural () c. Mudança de acesso venoso () d. Troca de curativo () e. Outros:
21. Avaliação da intervenção _____
22. Intercorrências na execução da intervenção () não () sim. Quais? _____
23. Expressão de sentimentos de tristeza, irritabilidade, medo, ansiedade e outros: () não () sim. Quais? _____
24. A dor foi avaliada no momento da admissão ou em algum momento no período da internação por parte da equipe de profissionais da instituição. () não () sim. Como? _____

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA

A CRIANÇA E A DOR: O PROCESSO DE CUIDAR DA ENFERMAGEM

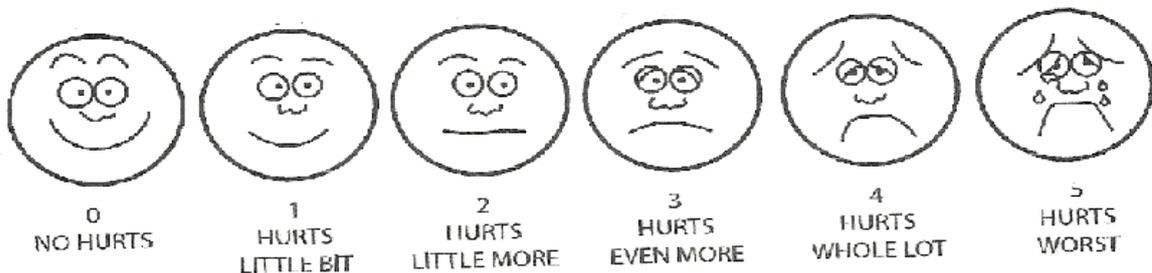
Escala objetiva de dor (observar)

Parâmetro	0	1	2
Pressão arterial sistólica	Aumento até 10% da basal	Aumento de 11 a 20% da basal	Aumento > 21% da basal
Movimentação	Quieto	Sem repouso	Esperneando
Verbalização (postura para as crianças menores)	Sem relatar dor, adormecido ou semi	Dor leve, sem flexão das extremidades	Dor moderada e localizada
Choro	Ausente	Presente e consolável	Presente e inconsolável
Agitação	Calmo	Leve	Histérico

6 pontos – dor significativa

Pontuação da criança: PA_____ Mov._____ Verb._____ Choro_____ Agitação._____

Escala de Avaliação da Dor FACES



Pontuação da criança: _____