
ARTIGO DE ATUALIZAÇÃO

DOR NA INFÂNCIA: ATUALIZAÇÃO QUANTO À AVALIAÇÃO E TRATAMENTO

Pain in children: update on assessment and treatment

Dolor en el niño: actualización de la evaluación y tratamiento

Liliane Rodrigues Melo¹, Myriam Aparecida Mandeta Pettengill²

Resumo

Durante a hospitalização, a criança é submetida a procedimentos invasivos que provocam dor. Considerando que o enfermeiro pediatra deve se manter atualizado para realizar a avaliação da dor e implementar o melhor tratamento, neste artigo, apresentamos os conceitos de dor, classificações, instrumentos para avaliação e métodos de tratamento medicamentosos e não medicamentosos.

Descritores: Dor; Medição de dor; Enfermagem pediátrica

Abstract

During hospitalization, the child is subjected to invasive procedures that cause pain. Pediatric nurses must keep up to perform pain assessment and implement the best treatment. In this article we introduce the concepts of pain, types of pain, the instruments for pain assessment and pharmacological and nonpharmacological methods for treatment.

Keywords: Pain; Pain measurement; Pediatric nursing

Resumen

Durante la hospitalización, el niño es sometido a procedimientos invasivos que causan dolor. Considerando que las enfermeras pediátricas deben mantenerse al día para realizar la evaluación del dolor y, aplicar el mejor tratamiento, se introduce el concepto de dolor, los tipos de dolor, los instrumentos de valoración del dolor y los métodos de tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Descriptores: Dolor; Dimensión del dolor; Enfermería pediátrica

¹ Enfermeira, Especialista em Enfermagem Pediátrica e Neonatológica, Enfermeira Encarregada da Unidade Cirúrgica em Pediatria do Hospital São Paulo - São Paulo (SP), Brasil. e-mail: liliane_rmelo@yahoo.com.br

² Enfermeira, Doutora, Professora Adjunto da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

Na hospitalização do paciente pediátrico, são observados períodos de estresse e insegurança que podem estar relacionados ao grau de compreensão da situação que varia, conforme a faixa etária, ambiente e pessoas estranhas e pelos procedimentos invasivos experienciados pelas próprias crianças ou observados em outras. Esses fatores geram reações desagradáveis, como o medo, ansiedade e resistência aos procedimentos que serão realizados. A hospitalização significa agressão a seu mundo lúdico e mágico e, por isso, requer do profissional que a assiste, a compreensão do mundo infantil⁽¹⁻²⁾.

Dentro de um hospital, a criança passa por momentos difíceis e vivencia situações que variam, desde procedimentos como punção lombar e coleta de sangue, até grandes cirurgias e respectivos períodos pós-operatórios. Certos procedimentos são invasivos, agressivos e dolorosos, embora não sejam evitados, podem ser suavizados pela sensibilidade da assistência. Dentre estes, a punção venosa periférica é reconhecida pelas crianças e suas famílias, como um procedimento doloroso e capaz de causar ou aumentar sua ansiedade^(1,3).

A dor é um conceito que vem sendo amplamente estudado e discutido sob diferentes perspectivas e referenciais. A Associação Internacional de Estudos sobre Dor define-a, como “uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada com real ou potencial prejuízo ao tecido”. Há autores que a definem como “tudo aquilo que uma pessoa diz que é existindo quando a pessoa diz que existe”. Nestas definições, observa-se que um aspecto comum é que a dor é subjetiva e pessoal⁽³⁾, é um sinal de alerta que ajuda a proteger o corpo de danos nos tecidos. Ao contrário da maioria das modalidades sensoriais a função da dor é essencial à sobrevivência⁽⁴⁾.

O sistema nervoso periférico possui estruturas especializadas que transformam os eventos físicos ou químicos em ações nos aferentes primários que levam a estímulos dolorosos, que são chamados de nociceptores. Essas terminações nervosas livres estão localizadas nas extremidades das fibras amielínicas do tipo C ou mielinizadas do tipo A- delta e reagem aos estímulos mecânicos (pressão), térmicos intensos (calor, frio) e químicos (substâncias inflamatórias), transmitindo ao corno posterior da medula

espinhal essas informações, que ativam o corno posterior da medula que, por sua vez, ativa os neurônios flexores motores do corno posterior da medula espinhal, resultando em uma rápida resposta periférica⁽³⁾.

Existem três tipos de dor: aguda, crônica e recorrente. A dor aguda é breve, de fácil localização caracterizada por pontadas, podendo provocar dilatação da pupila, sudorese, maior esforço cardíaco, fraqueza, dentre outros sintomas. Requer uma abordagem quase que puramente sintomática relacionada a um determinado transtorno físico; na maioria das vezes, o tratamento adequado e as intervenções específicas levam ao desaparecimento do quadro algico e de suas consequências. A dor crônica apresenta-se persistente, de difícil localização, causando distúrbio do sono, anorexia, diminuição da libido, desesperança e ansiedade. A dor recorrente é aguda e ocorre em episódios de curta duração, mas tem uma característica crônica, pois sua frequência é recorrente ao longo do tempo. Pode vigorar ao longo de toda vida de seu portador, embora não se relacione a um processo específico, como exemplo, a enxaqueca⁽⁵⁻⁶⁾.

A manifestação da dor, sua intensidade e sua expressão sofrem interferências de fatores ambientais, sociais, religiosos, filosóficos, culturais e raciais, levando-se em consideração experiências pregressas e estadas mentais. É considerada uma sensação, mas também um fenômeno emocional que leva a um comportamento de fuga e proteção^(3,5).

Embora seja considerado um fenômeno universal, a dor não é expressa da mesma maneira em todas as culturas, nem é sentida de modo idêntico por todos os indivíduos e, por isso, ainda existe dificuldade para descrevê-la. Indivíduos diferentes que apresentam teoricamente o mesmo tipo de sensação, podem utilizar descrições variadas⁽³⁾.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem esta sensação, como o quinto sinal vital que deve sempre ser registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial⁽⁷⁾.

A dor não é uma simples sensação, como enxergar ou ouvir, é algo muito mais complexo. Aristóteles a descreveu como “uma paixão da alma”, e ela certamente reflete um desequilíbrio entre o corpo e a mente⁽⁴⁾. Sua percepção é caracterizada como uma experiência multidimensional,

diversificando-se na qualidade e na intensidade sensorial, sendo afetada por variáveis afetivo-motivacionais⁽⁷⁾.

Esta sensação é temida por pessoas de todas as faixas etárias, sobretudo pelas crianças. No entanto, há forte crença popular de que estas não sentem dor. Embora esse conceito não tenha embasamento científico, muitos profissionais da saúde permanecem com essa crença. Em certas circunstâncias, a dor da criança pode ser subtratada ou relegada a um segundo plano, deixando sequelas que refletirão em sua vida posterior. Dentre os argumentos para o subtratamento e subidentificação da dor os mitos ocupam um lugar significativo, destacando-se aqueles que atribuem aos opioides dependência física, tolerância, dependência psicológica e depressão respiratória; os que se referem à falta de memória da criança para a experiência da dor, entre outros^(3,8).

Até a década de 1970 acreditava-se que as crianças não eram capazes de quantificar fenômenos abstratos como a intensidade da dor⁽⁸⁾.

Alguns profissionais estão muito centrados no atendimento da patologia e esquecem que o paciente sofre e sente cada procedimento a que é submetido. A subestimação da dor e, consequentemente o subtratamento com relação às crianças podem estar associados à formação dos profissionais que lidam com o sofrimento, mas, que não são preparados para avaliar a dor do cliente. Para a enfermagem, a avaliação da dor em crianças é um fator relevante na assistência, visto que cabe a esses profissionais a tomada de decisão sobre medidas de alívio da dor e do desconforto do paciente⁽⁴⁻⁵⁾.

Até hoje há dificuldade para compreender, atuar e aliviar a dor, por se tratar de uma experiência caracterizada por complexidade, subjetividade e multidimensionalidade. Além disso, a dor também é uma realidade social, já que há questões que permeiam o modo pelo qual a sociedade vivencia a doença e a forma de apresentar a dor na comunidade. A cultura desempenha um papel de grande relevância na expressão e vivência do processo álgico^(4,6).

INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

Segundo a Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), a avaliação da dor inclui: localização; intensidade baseada em escala

numérica, verbal ou outras escalas; momento do início; duração e padrão; fatores aliviadores; fatores agravantes; efeito da dor nas atividades diárias e na qualidade de vida; eficiência do analgésico ou alívio proporcionado, após a intervenção. Desta forma, os enfermeiros com a equipe de enfermagem passam a ser aqueles com maiores condições para avaliar a dor nos pacientes, porque estão sempre presentes e mantêm uma relação de maior proximidade, passando maior tempo com eles do que qualquer outro membro da equipe multiprofissional. Por isso, possuem plena condição para assegurar o controle da dor do paciente por meio de sua avaliação e sua evolução efetiva e de seu tratamento⁽⁴⁾.

Quanto à avaliação e quantificação da dor, é imprescindível compreendê-la e, consequentemente acreditar no paciente, tanto em suas expressões verbais como nas não verbais⁽⁹⁾.

Em virtude do caráter subjetivo da dor, métodos multidimensionais de avaliação (escalas) devem ser mais utilizados, pois, dessa forma, consegue-se obter o máximo de informações a respeito das respostas individuais à dor e de suas interações com o ambiente. As escalas de dor (instrumentos) podem fornecer uma medida quantitativa de autorrelato de dor⁽⁴⁾.

Como indicado por McGrath, nem todos os métodos de medição são adequados a todas as crianças em todas as situações. A escolha de um instrumento precisa ser de acordo com a condição, a idade, o sexo, a ascendência étnica e o nível cognitivo da criança. Existem vários instrumentos para medição das experiências dolorosas em crianças. Atualmente, todos ainda estão em processo de desenvolvimento e estão sendo efetuados testes de confiabilidade e validade. Ainda que fosse bem-vindo um “padrão ouro”, objetivo para medição da intensidade da dor, tal medida ainda não existe e provavelmente jamais existirá⁽¹⁰⁾.

A maior parte das pesquisas recentes que focalizam os autorrelatos da intensidade da dor refere-se a crianças pré-escolares. Um grande número de instrumentos foi desenvolvido para serem usados por crianças na fase denominada por Piaget como pré-operacional. Presume-se que crianças de 3 a 7 anos de idade são cognitivamente incapazes de simbolizar, abstrair ou quantificar e, dessa forma, o processo de obtenção dos escores de intensidade da dor constitui um desafio. Os pesquisadores idealizaram muitas

formas criativas de ajudar essas crianças a indicar o grau de seu “sofrimento”, dentre elas, estão as escalas de faces que demonstram faces de crianças ou personagens infantis em níveis crescentes de desconforto⁽¹⁰⁾.

Sob o ponto de vista do desenvolvimento, as crianças escolares encontram-se na fase cognitiva de operações concretas e estão começando a compreender os fenômenos abstratos. As escalas de análogos com faces felizes e tristes nos pontos de apoio seriam adequadas para escolares, desde que esses compreendessem que estão classificando a dor e não o bem-estar. No entanto, utilizam-se as escalas de 0 a 10 para tais crianças⁽¹⁰⁾.

Já os adolescentes possuem poucos instrumentos de autorrelatos específicos para sua faixa etária. Sob o ponto de vista de desenvolvimento, os adolescentes encontram-se na fase cognitiva de operações formais e são capazes de abstrair, quantificar e qualificar os fenômenos e, por conseguinte, é possível que tenham pouca dificuldade em usar escalas criadas para adultos, como as escalas numéricas de 0 a 100 e as escalas de análogos visuais. Os adolescentes, em contraste com as crianças menores, podem incluir fatores psicológicos e emocionais em suas descrições das experiências com a dor⁽¹⁰⁾.

A utilização de instrumentos para avaliação da dor possibilita garantir que seja avaliado, o que a criança está vivenciando, e não o que o profissional julgue que ela está sentindo⁽⁴⁾.

Existem alguns instrumentos para avaliação da dor em pediatria, com características referentes às faixas etárias. Temos a Neonatal Facial Coding System – NFCS, cujo objetivo é avaliar a dor por observação da expressão facial. Utiliza oito parâmetros da mímica facial: fronte, olhos, sulco nasolabial, movimentos da boca e dos lábios, tensão da língua e tremores de queixo⁽³⁾. A Neonatal Infant Pain Scale – NIPS é composta por cinco indicadores de dor comportamentais e fisiológicos. O escore pode variar de 0 a 7, e quanto maior o escore maior a dor sentida pela criança⁽³⁾. A Hannallah é uma escala prática e pode ser acompanhada de outras escalas⁽³⁾. A Facial Action Coding System é uma escala, cujas mudanças rápidas e sutis como movimento e tônus muscular, temperatura e coloração da pele, suor e dilatação das pupilas estão diretamente relacionadas com as emoções⁽³⁾. Na Escala de Cores, o paciente é orientado a escolher uma das três cores que

considera melhor descrever a intensidade da dor⁽⁵⁾. A Escala Linear Analógica Visual é indicada por uma linha reta, com extremidades significando de um lado, ausência de dor; do lado oposto, a maior intensidade de dor já sentida pela criança⁽⁵⁾. Na Escala Linear Analógica Não Visual, é feita a quantificação da intensidade dolorosa por meio de escores⁽⁵⁾. A Escala de Faces adaptada por Claro⁽⁵⁾ representa figuras infantis desenhadas por Maurício de Souza, representando os personagens Cebolinha e Mônica com diferentes expressões faciais. A escala é composta por cinco expressões que variam da expressão sem dor até a dor insuportável, sendo 0 = sem dor, 1 = dor leve, 2 = dor moderada, 3 = dor forte 4 = dor insuportável.

Os Cartões de Qualidade de Dor⁽⁸⁾ foram desenvolvidos por pesquisadores nacionais a fim de avaliar a qualidade da dor. Trata-se de 11 cartões desenhados pelo cartunista Maurício de Souza apresentando os personagens infantis Monica e Cebolinha em situações que revelam dor em aperto, formigamento, agulhada, enlouquecedora, forte, apavorante, em repuxa, mordida, cansativa, queimação e fisgada.

Tanto a escala de faces adaptada por Claro como os cartões de qualidade de dor foram elaborados no Brasil. Ambos são aplicados às crianças durante sua hospitalização. Tais instrumentos foram adaptados para a cultura brasileira, com personagens que são populares às crianças. Desta forma, a criança pode ter maior facilidade em se expressar durante o momento de dor e, consequentemente, a equipe terá maior subsídio para realizar um tratamento individualizado.

TRATAMENTOS DADOR

Para o tratamento da dor, há métodos medicamentosos e não medicamentosos. Como tratamento medicamentoso, podem ser utilizadas as drogas não esteróides, analgésicos opioides, e analgésicos adjuvantes. Tal tratamento também constitui de intervenção cirúrgica e de várias modalidades terapêuticas como: bloqueio nervoso (central ou periférico) temporário ou permanente; ablação química (onde estão incluídos a crioterapia e a radiofrequência ou laser; bloqueio neural simpático; procedimentos neuroestimulatórios e neuroablativos⁽⁹⁾.

Em alguns hospitais, há uma prática no uso de alguns

anestésicos tópicos para todos os procedimentos que envolvam agulha. Estes produtos promovem o alívio da dor durante a inserção da agulha e são relativamente de baixo custo e fáceis de usar⁽¹¹⁾.

A terapêutica medicamentosa é realizada por meio da utilização de analgésicos não opioides, como o paracetamol, a dipirona e os anti-inflamatórios não hormonais. Este tipo de medicação serve para uma abordagem inicial da dor de baixa a média intensidade. Na presença da dor moderada, após a introdução dos analgésicos não opioides, adicionam-se os opioides fracos que no Brasil são representados pela codeína e pelo tramadol. Na dor intensa, deve-se trocar o opioide fraco por um opioide forte – como a morfina, a metadona ou até mesmo a fentanila⁽³⁾.

A OMS (Organização Mundial da Saúde) propõe tratar a dor seguindo a seguinte escada analgésica:

1. Anti-inflamatórios adjuvantes
2. Opioides fracos e Anti-inflamatórios adjuvantes
3. Opioides fortes e Anti-inflamatórios adjuvantes
4. Procedimentos anestésicos e neurocirúrgicos⁽³⁾

Como tratamento não medicamentoso da dor, pode-se dispor de técnicas de hipnose, técnicas comportamentais, acupuntura, relaxamento, solução glicosada, sucção não nutritiva, massagem, toque terapêutico, posicionamento, presença dos pais, música, distração, permitir escolhas e atividades físicas, entre outros^(3,9).

Dentre os métodos não medicamentosos existe o brinquedo terapêutico, que é uma técnica que pode ser usada por qualquer enfermeiro para qualquer criança hospitalizada, com o objetivo de permitir ao enfermeiro alguma compreensão das necessidades e sentimentos da criança. Ele permite estabelecer um relacionamento com a criança, de maneira que ela sinta-se segura e permita a realização de procedimentos, e a obtenção de informações relativas a conceitos e sentimentos da criança sobre sua doença e hospitalização, a fim de estabelecer metas para a assistência de enfermagem⁽¹²⁾.

O brinquedo terapêutico é dividido em três tipos: brinquedo dramático, instrucional e capacitador de funções fisiológicas. No que se refere à criança doente o brinquedo apresenta quatro funções: a primeira, é permitir liberar a raiva por meio da expressão; a segunda, é a repetição de experiências dolorosas a fim de compreendê-las; a terceira é o estabelecimento de um elo entre o lar e o hospital e a

quarta função, é retrair-se para readquirir controle. Estas quatro funções permitem à criança manipular o seu mundo, bem como obter o controle da situação⁽¹³⁾.

Por intermédio de instrução, a criança tem acesso a informações sobre os procedimentos relacionados a seu tratamento, tornando assim a experiência da hospitalização um momento menos traumático. O uso do brinquedo terapêutico permite também que a criança exponha seus medos e anseios, melhorando sobretudo as respostas dolorosas durante internação.

Tornar o ambiente hospitalar menos aterrorizante pode reduzir a ansiedade e o medo que por si só podem exacerbar a dor⁽¹¹⁾. Para tal, é necessário que a equipe multidisciplinar compreenda cada vez mais o manejo adequado da dor.

Em estudo recente, verificou-se que as enfermeiras podem fazer a diferença do modo que as crianças enfrentarão procedimentos dolorosos. Isso acontece quando há preparo das crianças e de seus pais para enfrentar tais procedimentos⁽⁹⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliar a dor e intervir em seu alívio é altamente desafiante aos profissionais de saúde. Pelo caráter subjetivo e pessoal, a dor geralmente é subtratada, sobretudo em pediatria. No entanto, a prática de enfermagem no manejo da dor não ocorre pela falta de conhecimento, além de crenças que se perpetuam entre tais profissionais. Desta forma, por passar a maior parte do tempo com o paciente, a equipe de enfermagem deve buscar maneiras de promover seu conforto com adequada avaliação e tratamento da dor. Além disso, é necessário que a compreensão da dor seja individualizada.

Para melhorar a assistência do paciente com dor, existem tratamentos medicamentosos e não medicamentosos. Dentre estes, destacam-se o uso do brinquedo terapêutico como forma instrucional e dramática. Ambos contribuem para amenizar sentimentos de ansiedade e medo, contribuindo para a melhora do período de internação da criança.

A equipe de enfermagem possui instrumentos capazes de melhorar a assistência prestada ao paciente pediátrico durante sua hospitalização, exercendo influência positiva nesta fase de vida da criança.

REFERENCIAS

1. Soares VV, Vieira LJES. Percepção de crianças hospitalizadas sobre realização de exames. Rev. Esc. Enf. USP. 2004; 38(3): 298-306.
2. Garcia RM, Horta ALM, Farias F. Efeito da massagem prévia à punção venosa na reação do pré-escolar e escolar. Rev. Esc. Enf. USP. 1997; 31(1): 119-28.
3. Viana DL, Sakita NK, Polastrini RTV. Assistência de Enfermagem no Controle da Dor em Hospital Pediátrico. In :Silva APA, Forte MJP, Juliani RCTP, Azevedo SDR. Instituto da criança 30 anos:ações atuais na atenção interdisciplinar em pediatria. São Paulo : Ed.Yendis; 2006. P. 3-24.
4. Cailliet R. Dor em crianças. In: Cailliet R. Dor: mecanismos e tratamento. Porto Alegre: Artmed; 1999. P. 289-292.
5. Torritesi P, Vendrúsculo DMS. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. Latino-am enfermagem, 1998; 6(4): 49-55.
6. Silva EA, Neto JLC, Figueiredo MC et al. Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. Com Ciências Saúde. 2007; 18(2): 157-66.
7. Sousa FAEF. Dor:o quinto sinal vital. Rev.Latino-am Enfermagem. 2002; 10(3): 446-7.
8. Rossato LM, Magaldi FM. Instrumentos multidimensionais:aplicação dos cartões das qualidades da dor em crianças. Rev. Latino-am Enfermagem.2006; 14(5): 702-7.
9. Setz VG, Pedreira MLG, Peterlini MAS, et al. Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. Acta Paul Enf. 2001; 14: 55-65.
10. Beyer JE, Wells N. Avaliação da dor em criança. In: Schechter NL. Clínica pediátricas da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989. P. 881-99.
11. Ellis JA, Sharp D, Cohen Janice. Selling Comfort: a survey of interventions for needle procedures in a pediatric hospital. Pain Management Nursing. 2004; 5: 144-152.
12. Schmite SM, Piccoli M, Vieria CS. A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: uma reflexão para a enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. 2003; 2(1): 67-73.
13. Ribeiro PJ, Sabatés AL, Ribeiro CA. Utilização do brinquedo terapêutico, como um instrumento de intervenção de enfermagem, no preparo de crianças submetidas à coleta de sangue. Rev Esc Enferm USP. 2001; 35(4): 420-8.