



*Painel de Atualização*

# **A Dor em Bebês e Crianças**

*Quebra de paradigmas, identificação,  
avaliação e impactos da dor mal tratada  
no desenvolvimento infantil*



**TYLENOL<sup>®</sup>**  
*paracetamol*

Caro(a) Dr.(a),

Nos últimos 30 anos, houve um avanço gigantesco em pesquisas relacionadas à fisiologia, avaliação e tratamento da dor em bebês e crianças.

Com objetivo de difundir este assunto tão multifacetado e complexo, a Johnson & Johnson, com apoio de Tylenol®, apresenta a série Painel de Atualização – A Dor em Bebês e Crianças que, no primeiro fascículo, apresenta os seguintes temas:

- *Atitude Médica atual com relação à Dor Infantil*
- *Escalas da Dor em Recém-nascidos, Bebês e Crianças*
- *Impactos da Dor na Infância*

Temos a convicção de que esta série será importante para a atualização científica da classe médica a respeito deste assunto em constante evolução.

Os temas deste fascículo foram desenvolvidos pelos seguintes especialistas:

*Dra. Charlize Kessin* – Médica Anestesiologista, com área de Atuação em Dor e Cuidados Paliativos, do Centro de Dor e Neurocirurgia Funcional do Hospital Nove de Julho (SP).

*Dr. Irimar de Paula Posso* – Professor Associado de Anestesiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP)/Supervisor da Equipe de Controle da Dor do Instituto Central (HC-FMUSP)/ Médico Anestesiologista do Hospital Israelita Albert Einstein (SP).

*Dra. Ruth Guinsburg* – Professora Titular da Disciplina de Pediatria Neonatal do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/ Livre-Docência em Pediatria pela UNIFESP/Chefe da UTI Neonatal do Hospital São Paulo (SP).

*Dra. Sílvia M. Barbosa* – Pediatra, com Doutorado em Ciências pela FMUSP/ Chefe da Unidade de Dor e Cuidados Paliativos do Instituto da Criança (HC – FMUSP)/ Presidente da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP).

limay<sup>EDITORA</sup>

Série Atualização Médica “A Dor em Bebês e Crianças” — Projeto e Supervisão: Limay Editora – Diretor-Presidente: José Carlos Assef – Editor: Walter Salton Vieira – MTB 12.458 – Diretor de Arte: Sergio Brandt – Tiragem: 20.000 exemplares – Cartas para Redação: Rua Geórgia, 170 – Brooklin, São Paulo – SP – CEP: 04559-010 – Tel.: (11) 3186-5600, Fax: (11) 3186-5624 ou e-mail: editora@limay.com.br

**As informações contidas neste material são de responsabilidade de seus autores e não refletem, necessariamente, as opiniões da Johnson & Johnson do Brasil.**

## ATITUDE MÉDICA ATUAL COM RELAÇÃO À DOR INFANTIL

Felizmente, as mudanças nas atitudes de médicos, enfermeiros, pacientes, familiares e administradores de hospitais, juntamente com o aumento de pressão política de agências regulatórias externas, contribuem para o avanço no tratamento de dor em pacientes pediátricos.

Não existem mais dúvidas de que eles sentem dor, e que essa experiência dolorosa tem consequências negativas para o seu desenvolvimento. O que existe atualmente são evidências científicas, biológicas e psicológicas crescentes a respeito das consequências da dor subtratada ou não tratada no desenvolvimento da criança, assim como os avanços contínuos em neurobiologia e a farmacologia apresentam novas e incontestáveis evidências dos malefícios para a criança quando o tratamento da dor é negligenciado.

Um dos mecanismos usados para minimizar esse grave problema de saúde é a avaliação sistemática da dor como o 5º sinal vital, e o seu controle efetivo em todos os pacientes, uma imposição gerada pelos organismos de acreditação nacionais e internacionais.

Apesar da comunidade médica em geral aceitar que a criança e, em particular, o recém-nascido são capazes de sentir dor e também de responder aos estímulos nociceptivos com alterações orgânicas, fisiológicas e comportamentais, habitualmente a maioria dos pediatras acaba não aplicando estes conhecimentos na sua prática clínica diária. Atualmente, ainda é pequena a utilização da analgesia nas unidades de terapia intensiva neonatal e nos pacientes pediátricos, especialmente os de idade mais baixa.

Este descompasso entre o conhecimento de que a criança sente dor desde seu nasci-

mento e a conduta clínica deve-se ao fato dos pediatras ainda incorporarem que os analgésicos causam mais problemas do que benefícios. A principal razão deste quadro é que eles ainda não introduziram completamente na sua rotina diária os conhecimentos científicos sobre a avaliação, o diagnóstico e o tratamento da dor na criança, como também ainda não incorporaram os métodos de avaliação da dor e nem as alternativas terapêuticas mais efetivas para o alívio dos processos dolorosos.

Desta forma, é muito importante promover o treinamento formal e contínuo dos pediatras para a adoção de rotinas quanto à avaliação da dor e da analgesia infantil, incluindo o período neonatal.

### Crenças e verdades

Geralmente, os pediatras são resistentes ao uso de analgésicos nas crianças, especialmente nos recém-nascidos, submetidas a procedimentos comumente aplicados no diagnóstico e na terapêutica de doenças. Esta resistência talvez seja devida à falta de atualização sobre a farmacocinética e a farmacodinâmica dos analgésicos. Em alguns casos, profissionais, ainda não familiares com os estudos e evidências científicas sobre dor em crianças, prescrevem fármacos em doses e intervalos incorretos baseados em crenças que não se justificam.

Os efeitos deletérios causados pela dor na criança podem ser muito maiores do que os efeitos adversos dos analgésicos, incluindo os anti-inflamatórios não-esteroidais e os opióides.

A dor não tratada pode resultar em problemas com os ritmos de vida da criança: sono, alimentação, brincadeiras, aprendizagem, atividades esportivas e criativas. Também pode

causar ansiedade, depressão, insegurança, irritabilidade, alterações no desenvolvimento psicomotor e exaustão.

Lembramos que a dor não tratada causa alterações no sistema nervoso central que diminuem o limiar de dor, retardando a cicatrização e piorando a recuperação do quadro clínico geral.

A dor é uma sensação desagradável causada por uma lesão física, uma doença ou uma ameaça à fisiologia de um órgão ou região do corpo. Alguns tipos de dores, a de cabeça ou a de barriga, podem ocorrer sem uma óbvia lesão corporal porque o médico não consegue determinar a causa da dor que a criança diz estar sentindo.

O certo é que a dor existe, embora nem sempre o médico, os pais ou cuidadores acreditem na criança.

### Avaliação da dor

Muitos métodos foram desenvolvidos com objetivo de avaliar adequadamente a dor no paciente infantil, sempre levando em consideração a capacidade cognitiva e a condição clínica da criança.

Os *métodos fisiológicos*, por exemplo, registram e analisam as frequências respiratória e cardíaca, a pressão arterial e outros sinais, como a sudorese, que são muito utilizados em recém-nascidos. Os *métodos comportamentais* são aqueles mais largamente utilizados em recém-nascidos, além de lactentes, pois demonstram como a criança responde ao estímulo doloroso.

Já o *auto-relato* traduz o que a criança verbaliza sobre as características de sua dor, especialmente a sua intensidade. Ele é considerado o padrão-ouro dentre

#### Crenças

#### Verdades

- |   |  |
|---|--|
| 1. O que dói no adulto não dói no RN e nas crianças.                                    | O que dói no adulto dói no RN, mesmo sendo prematuro, e nas crianças (Anand KJ, 2001).   |
| 2. Sedação é tratamento de dor.   | Sedação não é tratamento de dor; mesmo sedada, a criança sente dor (McKenzie I, 1997).   |
| 3. Criança pode ser facilmente ludibriada para receber injeções e outros procedimentos. | Crianças devem ser tratadas como indivíduos, com respeito e atenção (Yaster M., 1998).   |
| 4. Fármacos especiais devem ser somente administrados por especialistas.                | Todos os fármacos usados em adultos podem e devem, quando indicados, ser usados em crianças (Schechter N. L., 2002).   |
| 5. Opióides não devem ser usados em crianças.   | Opióides podem e devem ser usados, quando indicados, em crianças (Foley, 1996).  |
| 6. Crianças não conseguem informar onde, como e quanto dói.                             | Crianças têm sua própria linguagem. Por isso devemos usar instrumentos de avaliação de dor de acordo com o seu desenvolvimento psicomotor. Crianças são capazes de apontar no próprio corpo o local da dor, usando cores para associar a intensidade (Finley G. A., 1998). |
| 7. Crianças se acostumam com os procedimentos dolorosos.                                | Crianças expostas a procedimentos dolorosos repetidos frequentemente tornam-se mais ansiosas e diminuem o limiar de dor (Zeltzer, 1990; Bromm & Fogg, 1998).   |
| 8. Crianças que sentem dor informam que estão sentindo dor de maneira próativa.         | Crianças podem não relatar sentir dor, com receio de receber injeções, serem internadas no hospital ou serem retiradas do dia a dia imaginário e seguro da infância (Favaloro & Touze, 1990).  |
| 9. Comportamento da criança revela como sente a dor.                                    | Comportamento da criança não é uma indicação específica de como e quanto está sentindo a dor. Podem ser necessárias outras avaliações (Beyer, McGrath, Berde, 1990).   |

todos os métodos de avaliação em uso. Também é possível associar dois ou mais dos métodos já descritos, o que definimos como *avaliação multidimensional*.

Apesar das dificuldades encontradas para a avaliação da dor em crianças, ela é de grande importância, desempenhando uma condição indispensável para a etapa inicial de um bom gerenciamento do tratamento dos processos dolorosos.

Na avaliação da dor, deve-se levar em consideração sua intensidade, início, duração, localização, características, os fatores de melhora e piora, bem como os fatores psicossociais. Existem algumas maneiras de descobrir se a criança tem dor e qual é a sua intensidade:

1. Ouvindo o que a criança, os pais ou os cuidadores informam.
2. Olhando com atenção o que a criança está fazendo.
3. Sentindo como está reagindo o corpo da criança.
4. Sabendo que toda dor é importante para a criança que está na frente do médico.

O médico deve ilustrar exemplos para maior entendimento da criança, assim será capaz de melhor avaliar e tratar a dor. Familiares e cuidadores também devem estar envolvidos no processo de avaliação e mensuração da dor na criança pois, como a conhecem melhor do que o médico, podem identificar mudanças sutis, no seu comportamento, geralmente desapercibidas pelo médico. ●

## ESCALAS DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS, BEBÊS E CRIANÇAS

### Avaliação da dor em recém-nascidos

Nos últimos tempos, a Medicina constatou e comprovou que o recém-nascido responde à dor, e que esta experiência dolorosa é passível de diagnóstico objetivo e tratamento eficaz. Entretanto, vários estudos demonstram que este conhecimento adquirido ainda não é totalmente aplicado na rotina da assistência neonatal.

Algumas pesquisas vão mais além: os recém-nascidos são frequentemente submetidos a vários procedimentos invasivos e dolorosos à beira do leito, sem o benefício de qualquer tipo de intervenção analgésica, farmacológica ou ambiental.

O lapso entre o conhecimento científico e a conduta prática clínica deve-se principalmente à dificuldade de avaliar a dor no lactente pré-verbal. Esta avaliação na população neonatal não é tarefa fácil.

A natureza subjetiva da experiência dolorosa e a existência de poucos instrumentos confiáveis, válidos e com aplicabilidade clínica para mensurar a presença e a intensidade da dor, são barreiras difíceis de transpor.

Para tornar ainda mais complexo este cenário, especialmente nos prematuros em diversas etapas do crescimento e desenvolvimento do sistema nervoso central, a resposta à dor repetitiva pode se modificar, dificultando a avaliação e, portanto, o seu tratamento.

## Reações à dor nos neonatos

O choro é considerado como o método primário de comunicação no neonato por mobilizar o adulto envolvido no seu cuidado. No entanto, cerca de 50% dos bebês não choram durante um procedimento doloroso. Além disso, o choro é pouco específico pois pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome e desconforto. Assim, no contexto da unidade de terapia intensiva (UTI), o choro não é utilizado com frequência como parâmetro isolado para a avaliação da dor.

Os neonatos demonstram um repertório organizado de movimentos após a estimulação dolorosa, com rigidez e arqueamento do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades. Quando a atividade motora é analisada em conjunto com outras variáveis fisiológicas e comportamentais, a avaliação da dor torna-se mais confiável e permite discriminar a dor de outros estímulos não dolorosos.

As alterações da mímica facial, por sua vez, constituem uma resposta comportamental típica ao estímulo doloroso, com destaque para quatro ações faciais:

1. contração da fronte com abaixamento das sobrancelhas;
2. estreitamento das pálpebras e/ou fechamento dos olhos;
3. nariz franzido e/ou bochechas levantadas; e
4. boca entreaberta e/ou lábios esticados.

A análise da movimentação mímica facial em resposta à dor tem sido usada de forma universal para avaliar o fenômeno doloroso

do recém-nascido na prática clínica e na pesquisa científica, fornecendo informações válidas e sensíveis a respeito da natureza e da intensidade da dor.

Diante de todas essas considerações, é consenso que uma avaliação objetiva da dor no recém-nascido deve ser feita por meio de escalas, englobando vários parâmetros, e das interações individuais dos recém-nascidos com o meio ambiente.

## Escalas de avaliação

Dentre as mais de 40 escalas de avaliação da dor para o recém-nascido descritas na literatura, destacam-se:

**1. NFCS** (*Neonatal Facial Coding System* – Sistema de Codificação Facial Neonatal): Escala que analisa as expressões faciais do neonato frente à dor e pode ser aplicada à beira do leito.

**2. NIPS** (*Neonatal Infant Pain Scale* – Escala de Avaliação de Dor no Recém-nascido): Composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, avaliados antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em recém-nascidos a termo e pré-termo. A maior dificuldade reside na avaliação do parâmetro “choro” em recém-nascidos intubados – nestes pacientes, dobra-se a pontuação da mímica facial, sem avaliar o “choro”.

**3. PIPP** (*Premature Infant Pain Profile* – Perfil de Dor do Prematuro): Instrumento válido, sensível e específico para a avaliação da dor após procedimentos agudos em recém-nascidos. Do ponto de vista psicométrico, trata-se de uma escala mais bem validada para dor aguda, especialmente em recém-nascidos prematuros.

### 1. NFCS

Movimento facial	0 Ponto	1 Ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco naso-labial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada: horizontal/vertical	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

• Considera-se Dor quando mais de três movimentos aparecem de maneira consistente.

### 2. NIPS

	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Flexão ou Extensão	-
Pernas	Relaxadas	Flexão ou Extensão	-
Estado de alerta	Dormindo ou Calmo	Desconfortável	-

• Define-se dor quando a pontuação é > 4.

### 3. PIPP

	Indicador	0	1	2	3
	IG (sem.)	≥ 36	32 - 35 <sup>6/7</sup>	28 - 31 <sup>6/7</sup>	< 28
Observar RN 15 seg. Anotar FC/Sat O <sub>2</sub> basais	Estado de alerta	ativo	quieto	ativo	quieto
		acordado	acordado	dormindo	dormindo
		olho aberto	olho aberto	olho fechado	olho fechado
		MF presente	MF ausente	MF presente	MF ausente
Observar RN 30 seg.	FC Máx.	↑ 0 - 4 bpm	↑ 5 - 14 bpm	↑ 15 - 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO <sub>2</sub> Mín.	↓ 0 - 2,4%	↓ 2,5 - 4,9%	↓ 5,0 - 7,4%	↓ ≥ 7,5%
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
	Olho espremido	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima
	Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máxima

- MF= Movimento Facial.
- Define-se Ausente 0-9% do tempo de observação com a alteração comportamental pesquisada/Mínimo 10-39% do tempo/ Moderado 40-69% do tempo/ Máximo com mais de 70% do tempo.
- Escore ≤ 6 indica dor mínima ou ausente/Escore >12 indica dor moderada a intensa.

É importante ressaltar que, independentemente da escala utilizada, a avaliação da dor deve ser repetida regularmente, de forma tão sistemática como a medida dos sinais vitais. Com base nesta avaliação sistemática, as intervenções adequadas devem ser prescritas e administradas, com posterior reavaliação e documentação da efetividade do tratamento aplicado.

Desse modo, refletir, reconsiderar a cada momento e atuar deve ser o fio condutor da prática do neonatologista diante de situações clínicas que desencadeiem dor em pacientes ainda imaturos para pedir ajuda e conforto.

## Avaliação da dor em crianças

A dor pode ser comunicada por palavras, expressões e comportamentos.

### a. Avaliação comportamental

É constituída por instrumentos que possibilitam a avaliação da dor realizada pelos cuidadores, pais ou profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros. O comportamento por si só não é indicador confiável de presença e intensidade de dor. Deve-se usar uma escala e o contexto onde a criança se insere.

• **Escala FLACC:** Escala comportamental com cinco categorias mensuradas (*Faces* - Faces, *Legs* - Pernas, *Activity* - Atividade, *Cry* - Choro, *Consolability* - Consolabilidade), de 0-2 e os escores adicionados até o total 10.

Usada em crianças de 3 meses a 7 anos, levando em consideração o contexto psicológico, estado de ansiedade e outros fatores do meio ambiente da criança. (fonte: ©University of Michigan Health System)

Pontuação			
	0	1	2
Face	Expressão neutra ou sorriso	Caretas, sobrancelhas franzidas, introversão, desinteresse	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas
Pernas	Normais ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Chutando ou esticadas
Atividade	Quieta, na posição normal, movendo-se facilmente	Contorcendo-se, movendo-se para frente e para trás, tensa	Curvada, rígida ou com movimentos repentinos e intensos
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais	Choro continuado, grito ou soluço, queixa com frequência
Consolabilidade	Satisfeita, relaxada	Tranquilizadas por toques, abraços, distrações	Difícil de consolar ou confortar



### b. Autoavaliação

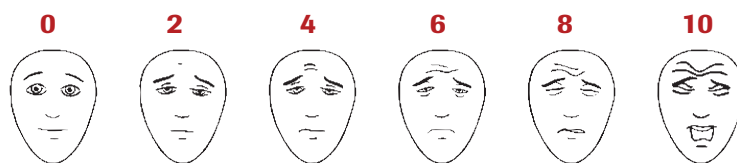
É a categoria de instrumentos que as crianças podem usar, com a ajuda dos pais, familiares e cuidadores. Sendo a dor uma experiência

subjetiva, a autoavaliação é muito importante e deve ser estimulada sempre que possível, de acordo com sua faixa etária. Assim sendo:

#### • Escala de Faces

Após os quatro anos, as crianças podem informar com bastante precisão a dor que sentem e a sua intensidade.

As faces (abaixo) mostram o quanto algo pode doer. A face mais à esquerda indica *não dor (0)*. As faces mostram cada vez mais a intensidade da dor, da esquerda para a direita, de tal forma que a última face mostra *muita dor (10)*.



Desta forma, o profissional de saúde medirá a dor da criança utilizando o critério de notas correspondentes a cada face, que vai de 0 a 10, sendo 0 = sem dor e 10 = com muita dor. Este profissional não deve usar denominações “alegre” ou “triste” como sinônimo no critério da escala de fases. *Em resumo: esta escala visa medir como as crianças se sentem internamente, e não como aparentam estar.*

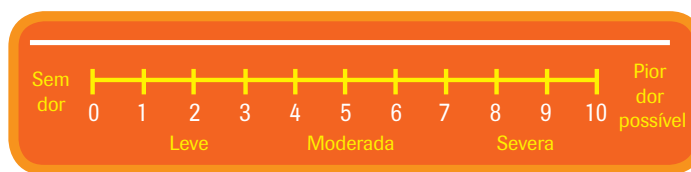
#### • Escala Descritiva

Crianças entre seis e sete anos podem usar os termos como dói pouco, médio ou muito, ou é a dor pior possível.

#### • Escala Numérica

Destinada especialmente para as crianças acima de sete anos, esta escala pode ser

usada pelos médicos a partir do esquema numérico. É considerado de 0-10 (ou 0-100), sendo zero nenhuma dor e 10 (ou 100), a pior dor possível. Utilizar uma escala visual, na qual uma extremidade significa sem dor, no meio, dor moderada e na outra extremidade, pior dor possível.



### c. Composição de Parâmetros

Categoria de instrumentos que inclui os parâmetros fisiológicos e comportamentais para estabelecer a presença e a intensidade de dor que uma criança está sentindo.

• **COMFORT:** É uma escala que pode ser usada em pacientes impossibilitados de

descrever a dor: crianças não-verbais, pacientes em terapia intensiva ou com dificuldades de comunicação.

Trata-se de uma avaliação de 9 itens, com escala de 1 a 5: alerta, calma, respiração, choro, movimentos físicos, tonus muscular, expressão facial, pressão arterial e batimentos cardíacos. (Ambuel, et al. 1992).

## Conclusão

Todos que cuidam de crianças deveriam possuir instrumentos para a mensuração da dor, com fácil compreensão e aplicação, validados por especialistas em tratamento da dor e pela comunidade. A criança deve receber explicações sobre a sua avaliação e todos os profissionais devem ser instruídos para que haja boa qualidade na avaliação. ●

## IMPACTOS DA DOR NA INFÂNCIA

Sabemos que a experiência dolorosa é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a lidar com o fenômeno doloroso pelas experiências vivenciadas relacionadas a injúrias e lesões numa fase precoce da vida.

A vivência da dor em pediatria é relacionada a causas agudas, traumas, dores pós-operatórias, abdominais e algumas em consequência de doenças do trato respiratório, cefaléias, procedimentos e dores crônicas, entre outras.

O desenvolvimento científico nesta área destaca alguns pontos que merecem a nossa atenção:

- a.** Descobertas de mecanismos de dor que se relacionam com o sistema nervoso central e as consequências comportamentais advindas da repetição do estímulo doloroso em recém-nascidos pré-termos, lactentes e até mesmo pré-escolares;
- b.** Entendimento sobre as consequências da dor em lactentes prematuros, apresentando o envolvimento de diversos processos adaptativos;
- c.** A emergência de novos indicadores para a avaliação da dor em populações pediátricas mais vulneráveis; e
- d.** Progresso significativo na determinação da segurança e eficácia de uma variedade de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas como medidas físicas, ambientais e comportamentais.

### Manuseio da dor

O princípio básico do manuseio da dor é a utilização racional de medidas terapêuticas farmacológicas e não-farmacológicas.

Na impossibilidade da sua utilização ou de tratamento, as consequências podem ser significativas. Inclui-se aí aumento da morbidade, maior tempo de internação hospitalar e de recuperação, além de um atraso no retorno às atividades normais da vida diária.

Adicionalmente, a dor não tratada na infância pode aumentar o risco do surgimento de dor crônica na evolução da vida do paciente.

Neste cenário, portanto, o adequado manuseio da dor envolve:

- a.** Avaliação na criança;
- b.** Escolha das intervenções apropriadas para seu alívio;
- c.** Implementação destas intervenções, e
- d.** Avaliação da efetividade das intervenções.

A experiência da dor é comum em pediatria, exercendo um papel importante para servir de aviso ou de mecanismo protetor para as crianças. Pessoas incapazes de sentir dor frequentemente sofrem danos teciduais extensos.

No entanto, a dor que não tem alívio apresenta um número de consequências físicas e psicológicas.

### Efeitos Físicos (dor aguda)

- a.** Aumento da frequência respiratória, que pode contribuir para hipoxemia e alcalose.
- b.** Expansão inadequada dos pulmões, que pode levar à diminuição da tosse e a contribuir para o acúmulo de secreções e atelectasias.
- c.** Aumentos da frequência cardíaca, pressão arterial e do consumo de oxigênio miocárdico.
- d.** Aumento dos hormônios do estresse, como cortisol, adrenalina e catecolaminas.
- e.** Aumento da taxa metabólica e diminuição da função imune.
- f.** Diminuição da motilidade que pode levar à estase gastrointestinal e urinária, a desencadear náusea, vômitos, e à formação de íleo e retenção urinária.
- g.** Tensão muscular, espasmo e fadiga, que levam à diminuição e à relutância na movimentação ativa espontânea, além da recusa na deambulação, podendo contribuir para um atraso da recuperação (*neste caso também para quadros de dor crônica*).

**Efeitos Psicológicos (dor aguda e crônica)**

- a. Medo
- b. Ansiedade
- c. Estresse
- d. Distúrbios do sono
- e. Alteração no humor
- f. Regressão no desenvolvimento

Complementando, temos ainda hoje concepções erradas sobre a dor em pediatria que devem ser corrigidas. São crenças e verdades que a Medicina esclareceu nos últimos tempos, como mostra a tabela abaixo:

Crenças	Verdades
a. Recém-nascidos e lactentes não sentem a dor da mesma forma que os adultos.	<i>As vias da dor estão ainda imaturas ao nascimento, e os impulsos dolorosos podem ser conduzidos até os centros de dor.</i>
b. Recém-nascidos e lactentes não podem sentir dor devido à imaturidade do sistema nervoso.	<i>A mielinização completa não é necessária para se sentir a dor. O estímulo doloroso é transmitido tanto pelas fibras mielinizadas como pelas fibras não mielinizadas. A mielinização incompleta implica apenas em uma condução mais lenta do estímulo nervoso, que é compensada pelas distâncias mais curtas a serem percorridas. O estímulo nociceptivo produz uma resposta cortical em recém-nascidos pré-termo.</i>
c. Crianças pequenas não podem indicar a localização da dor.	<i>Crianças a partir de 3 anos já são capazes de relatar a intensidade de dor. Crianças de 4 anos ou mais podem indicar o local da dor sem saber os nomes das diversas partes do corpo.</i>
d. Crianças agitadas não estão com dor. Crianças engajadas em atividades de lazer não podem estar com dor.	<i>Aumento de atividade é frequentemente relacionada a um sinal de dor. As crianças de forma particular utilizam a distração como um mecanismo para lidar com a dor.</i>
e. Criança que dorme não pode estar com dor.	<i>O sono pode ser o resultado da exaustão decorrente da dor persistente.</i>

Fonte: Twycross, A.; Dowden, S. J.; Bruce, E. 2009

**Direito da criança de ser diagnosticada e tratada**

Mesmo com os avanços da medicina no estudo da dor infantil, existem ainda profissionais da área de saúde que a manuseiam de forma inadequada, não aplicando os protocolos de atenção à dor da criança na prática.

Cabe destacar que todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo manuseio correto, devendo a equipe de saúde estar constantemente educada para conhecer as estratégias (farmacológicas e não-farmacológicas), avaliando e fazendo a intervenção nos pacientes com processos dolorosos detectados.

Trata-se, na verdade, de um imperativo ético. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, na Resolução 41/95, nos seus artigos 7 e 8, expõe os direitos da criança e do adolescente no que tange à dor.

*Artigo 7 - Direito de não sentir dor quando existam meios para evitá-la.*

*Artigo 8 - Direito de ter conhecimento adequado de sua enfermidade, dos cuidados terapêuticos e diagnósticos, respeitando sua fase cognitiva, além de receber amparo psicológico quando se fizer necessário.*

Estes princípios devem ser aplicados no manuseio da dor infantil, particularmente por ser uma boa prática clínica.

Porém, ainda temos evidências de que crianças experimentam dores leves, moderadas e intensas sem o adequado alívio. A falha em oferecer este alívio pode ser considerada como um fator capaz de deixar sequelas para o futuro.

Finalizando, podemos afirmar que o respeito aos direitos de cidadão de uma criança deve ser aliado ao direito de ter a sua dor diagnosticada e tratada. ●

Segundo a IASP (Associação Internacional para o Estudo da Dor), “a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão”. Trata-se de uma experiência individual, composta por variáveis fisiológicas e psicológicas, e não necessariamente predeterminadas pela extensão da lesão. Em 2001, ocorreu uma emenda na definição original da dor: “a incapacidade em se comunicar não nega a possibilidade de que um indivíduo experimente a dor e a necessidade de um adequado tratamento dela”.

# A Dor em Bebês e Crianças

## FONTES CONSULTADAS

### • Atitude Médica atual com relação à Dor Infantil/ Escalas de Avaliação da Dor em Bebês e Crianças

FONTES CONSULTADAS: **1.** American Pain Society 1995: a dor como 5º sinal vital (embora não seja sinal e sim sintoma) – James Campbel **2.** Anand KJ. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. Arch Pediatr Adolesc Med 2001; 155(2):173-180. **3.** Anesth Clin North America Vol 23 • N 4 • Dec 2005 **4.** Acute Pain Management Guideline Panel. (1992). *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Clinical Practice Guideline.* Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services. **5.** Schechter, N. L., Berde, C. B., & Yaster, M. (2002). *Pain in Infants, Children, and Adolescents.* Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins. **6.** Finley, G. A. & McGrath, P. J. (1998). *Measurement of Pain in Infants and Children.* Seattle: IASP Press. **7.** <http://painsourcebook.ca/docs/pps92.html>. Hicks et al. 2001; Stinson et al. 2006 **8.** McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1999). *Chronic and Recurrent Pain in Children and Adolescents.* Seattle: IASP Press. **9.** Finley, G.A. & McGrath, P.J. (Eds.) (2001). *Acute and Procedure Pain in Infants and Children.* Seattle: IASP Press. **10.** Anand, K.J.S., Stevens, B. & McGrath, P.J. (Eds.) (2000). *Pain in Neonates* (2nd ed.). Amsterdam: Elsevier. **11.** McCaffery, M., & Pasero, C. (1999). *Pain Clinical Manual* (2nd ed.). St. Louis: The C.V. Mosby Company. **12.** McKenzie, I., Gaukroger, P.B., Ragg, P., & Brown, T.C.K. (Eds.). (1997). *Manual of Acute Pain Management in Children.* Baltimore: Churchill Livingstone. **13.** Twycross, A., Moriarity, A., & Betts, T. (1998) *Paediatric Pain Management – A multidisciplinary approach.* Oxford: Radcliffe Medical Press. **14.** Yaster, M., Cote, C. J., Krane, E. J., Kaplan, R. F., & Lappe, D. G. (1998). *Paediatric Pain Management and Sedation Handbook.* St. Louis: Mosby Inc. **15.** Stannard, C.F., Booth, S. (Eds.). (1998). *Churchill's Pocketbook of Pain.* Baltimore: Churchill Livingstone Incorporated.

### • Avaliação da Dor em Recém-Nascidos

FONTES CONSULTADAS : **1.** Guinsburg R, Elias LSDT, Balda RCX. Avaliação da dor no recém-nascido. Psychologica 37:79-99, 2004. **2.** Hummel P, van Dijk M. Pain assessment: Current status and challenges. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine 11:237-45, 2006. **3.** American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery, Canadian Paediatric Society and Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain in the neonate: an update. Pediatrics 118:2231-41, 2006. **4.** Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA 300:60-70, 2008. **5.** Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? J Pediatr (Rio J) 79: 265-72, 2003. **6.** Prestes ACY, Guinsburg R, Balda RCX, Marba ST, Rugolo LM, Pachi PR, Bentlin MR. Frequency of pharmacological pain relief in university neonatal intensive care units. J Pediatr (Rio J) 81: 405-10, 2005. **7.** Anand KJ. Pain assessment in preterm neonates. Pediatrics 119:605-7, 2007. **8.** Ahola Kohut S, Pillai Riddell R. Does the neonatal facial coding system differentiate between infants experiencing pain-related and non-pain-related distress? J Pain 10:214-20, 2009. **9.** Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. Pain 28:395-410, 1987. **10.** Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, Mc Murray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neon Net 12:59-66, 1993. **11.** Stevens BJ, Johnston C, Petysheyn P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain 12:13-22, 1996.

### • Impacto da Dor na Infância

FONTES CONSULTADAS: **1.** Anand, KJS; Stevens BJ; McGrath, PJ. *Pain in Neonates and Infants. 3rd edition.* 2007. Elsevier, Philadelphia. **2.** Twycross, A; Dowden, SJ; Bruce, E. *Managing Pain in children. A clinical guide. 1st edition.* 2009. Blackwell Publishing Ltd. Oxford. United Kingdom. **3.** Melzack, R; Wall, P. *The Challenge of Pain.* 1996, Updated 2nd edition, Penguin, London. **4.** Fearon, I; McGrath, PJ; Achat, H. Boobos: the study of everyday pain among young children, *Pain.* 1996. 68: 55-62. **5.** McGrath, PA; Hillier, LM. Modifying the psychological factors that intensify children's pain and prolong disability. In Schechter, NL; Berde, CB and Yaster, M (Eds). *Pain in Infants, Children and Adolescents, 2nd edition,* Lippincott, Williams & Wilkins, Baltimore. 2003, pp 85-104. **6.** Brasil. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução nº 41 de Outubro de 1995 (DOU 17/19/95). **7.** International Association for the Study of Pain. (1999). Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain,* 6: 249-252. **8.** International Association for the Study of Pain. (2001). IASP definition of Pain, *IASP Newsletter,* 2:2.

# TYLENOL

paracetamol

TYLENOL® INDICAÇÕES: ANALGÉSICO E ANTITÉRMICO. MS - 1.1236.3326.

**Advertência:** NÃO USE TYLENOL® JUNTO COM OUTROS MEDICAMENTOS QUE CONTENHAM PARACETAMOL, COM ÁLCOOL, OU EM CASO DE DOENÇA GRAVE DO FÍGADO.

**SE PERSISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.**

Material destinado exclusivamente  
a profissionais de saúde.  
Reprodução e distribuição proibidas.

Serviços ao Profissional  
0800 7023522  
[www.injbrasil.com.br](http://www.injbrasil.com.br)

Impresso em  
Fevereiro de 2010  
Cód. 21236