

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DOUGLAS GOMES

AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA: SENSIBILIZANDO PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM PARA O QUINTO SINAL VITAL

CURITIBA

2023

DOUGLAS GOMES

AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA: SENSIBILIZANDO PROFISSIONAIS DA
ENFERMAGEM PARA O QUINTO SINAL VITAL

Monografia apresentada ao curso de
Graduação em Enfermagem, Setor de
Saúde, Universidade Federal do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr. Márcia Helena de
Souza Freire

Co-orientadora: Enf. Me. Vivian Carnier
Jorge

CURITIBA

2023

TERMO DE APROVAÇÃO

DOUGLAS GOMES

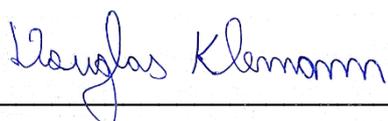
AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA: SENSIBILIZANDO PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM PARA APLICAÇÃO DO QUINTO SINAL VITAL

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem, Setor de Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.



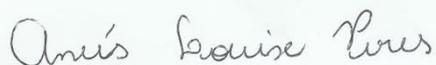
Prof^a. Dra. Márcia Helena de Souza Freire

Orientador(a) – Docente do Departamento de Enfermagem e PPGENF/UFPR



Enf. Me. Douglas Klemann

Departamento de Enfermagem, Enf. Especialista, Pós-graduando PPGENF/ UFPR



Enf. Me. Aneis Louise Peres

Departamento de Enfermagem, Enf.^a Especialista, Pós-graduanda PPGENF/ UFPR

Curitiba, 19 de novembro de 2023.

DEDICATÓRIA

Dedico, primeiramente, à minha mãe que sempre me apoiou e me incentivou em minha infância, adolescência e na juventude com minhas escolhas.

Dedico à toda a minha família pelo apoio e amor durante todos estes anos.

Dedico a meu amigo Adriel que alegrou meus dias de estágio na Hematopediatria (CHC), que Deus lhe guarde!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, professora Dra. Márcia Helena de Souza Freire, pela confiança, dedicação e toda liberdade que me possibilitou durante o desenvolvimento deste estudo, me conduzindo sempre de maneira excepcional para esta realização.

Agradeço aos meus colegas de turma que me acolheram muito bem, sempre me ajudando e me incentivando durante o curso, demonstrando apoio incondicional frente a todas as dificuldades experienciadas em conjunto.

Ao meu amigo Matheus pela parceria e companhia por todos estes anos, sempre realizando as atividades juntos e buscando melhorar em conjunto.

A minha amiga Brenda que me ajudou a me inserir no mercado de trabalho em um momento de extrema vulnerabilidade e pelo companheirismo durante nossa época de estágios juntos.

Agradeço, excepcionalmente, a minha mãe por toda dedicação, esforço e, sobretudo por acreditar em mim até o final desta graduação.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A avaliação da dor em pediatria é dificultada pela amplitude da faixa etária que abrange, aliada às dificuldades de autorrelato da dor e, pela percepção por parte dos acompanhantes e equipe de saúde. Durante minha trajetória pelo 9º período identifiquei um déficit na avaliação da dor como o quinto sinal vital, pela equipe da enfermagem, chamando minha atenção pois, os estudos comprovam ser a sensibilização dos profissionais influenciadora direta da avaliação da dor e no bem-estar do paciente pediátrico. Assim nasceu esta proposta, após diálogo com gestoras da Enfermagem, da unidade de pediatria, de um hospital universitário de referência, em Curitiba. **OBJETIVO:** Sensibilizar a equipe de enfermagem atuante em unidades pediátricas para a importância da avaliação da dor como quinto sinal vital; Instrumentalizar a equipe de enfermagem para avaliação da dor nas diversas faixas etárias pediátricas. **MÉTODO:** Adotou-se como método a problematização, valendo-se do Arco de Margueres. Foram elaboradas ferramentas para apoio da avaliação da dor, bem como montado um conteúdo expositivo, no formato de aula expositiva e dialogada, para ser operacionalizada durante as trocas de turno, com a equipe de enfermagem do setor de Hematopediatria. **RESULTADOS:** mediante a intervenção observou-se o interesse dos servidores da enfermagem, que mantiveram a atenção para o conteúdo e instrumentos para avaliação da dor em pediatria. As ferramentas disponibilizadas para apoiar o processo de aferição da dor foram bem aceitas e, houve manifestação de satisfação em tê-las para aplicação junto às crianças e adolescentes. Contudo, não houve manifestação de contentamento e verbalização de pretendida adesão por parte de todos os profissionais, ao processo de avaliação da dor. Mesmo a interação entre os profissionais, durante a passagem de plantão ter se mostrado eficaz para o estímulo mútuo à adesão das escalas e avaliação da dor, esperando a qualificação do cuidado mediante a passagem de plantão mais completa, com a sinalização dos escores de dor da população pediátrica internada. **CONCLUSÃO:** a sensibilização da equipe se mostrou profícua para o estímulo para a avaliação da dor como quinto sinal vital na pediatria. Contudo ressalta-se que a sensibilização deve ser aliada aos processos de educação permanente, assim como deve ser disponibilizada aos profissionais ferramentas que possam apoiar o processo de avaliação da dor de maneira adequada, ou seja, específica para cada faixa etária. Esta vivência pode ser considerada como um piloto para que o processo seja continuado pelos gestores de enfermagem da unidade de pediatria, com novas medidas de intervenções que abranja toda a equipe. Almeja-se um melhor cuidado e menor intensidade de dor nas crianças, favorecendo sua recuperação.

Palavras-chave: Profissionais de Enfermagem Pediátrica. Medição da Dor. Educação Permanente. Qualidade da Assistência em Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The assessment of pain in pediatrics is complicated by the wide age range it encompasses, coupled with difficulties in self-reporting pain, and by the perception of caregivers and healthcare teams. During my journey in the 9th semester, I identified a deficit in pain assessment as the 5th vital sign by the nursing team, capturing my attention as studies prove that professional awareness directly influences pain assessment and the well-being of pediatric patients. Thus, this proposal emerged after a dialogue with nursing managers from the pediatric unit of a reference teaching hospital in Curitiba. **OBJECTIVE:** To raise awareness among the nursing team working in pediatric units about the importance of pain assessment as the fifth vital sign. To equip the nursing team with tools for assessing pain in various pediatric age groups. **METHOD:** Problem-solving was adopted as the method, using the Margueres Arc. Tools to support pain assessment were developed, and an expository and interactive content was created for implementation during shift changes with the nursing team in the Hematopediatrics department. **RESULTS:** Through the intervention, there was observed interest from nursing staff who remained attentive to the content and tools for pediatric pain assessment. The tools provided to support the pain assessment process were well-received, and there was expressed satisfaction in having them for application with children and adolescents. However, not all professionals expressed contentment or verbalized intended adherence to the pain assessment process. Even though the interaction between professionals during shift changes proved effective in mutual encouragement to adopt pain scales and assessment, there is an expectation for improved care through a more comprehensive shift change, signaling pain scores for the hospitalized pediatric population. **CONCLUSION:** Team awareness proved effective in promoting the assessment of pain as the fifth vital sign in pediatrics. However, it is emphasized that awareness should be coupled with continuous education processes, and professionals should be provided with tools that can support the pain assessment process appropriately, i.e., specific to each age group. This experience can be considered a pilot for the process to be continued by nursing managers in the pediatric unit, with new intervention measures encompassing the entire team. The goal is to provide better care and reduce pain intensity in children, promoting their recovery.

Keywords: Pediatric Nursing Professionals. Pain Measurement. Continuous Education. Healthcare Quality

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
1.1	JUSTIFICATIVA.....	9
1.2	OBJETIVOS.....	11
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	12
2.1	A DOR MECANISMO FISIOLÓGICO.....	12
2.2	A DOR NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA.....	13
2.2.1	Dor em neonatos.....	14
2.2.2	Criança com comprometimento cognitivo e comunicativo.....	14
2.2.3	Criança com doença crônica e dor complexa.....	15
2.3	AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA.....	15
2.3.1	Escalas de avaliação da dor.....	15
3	MÉTODOS.....	22
3.1	PLANEJAMENTO DAS ETAPAS DO ARCO DE MARGUEREZ.....	22
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	24
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
	REFERÊNCIAS.....	30
	ANEXO 1 – ESCALAS ADAPTADAS.....	32
	APÊNDICE 1 – ESCALA PARTICIPATIVA PARA MENSURAÇÃO DA DOR EM ESCOLARES E ADOLESCENTES.....	36
	APÊNDICE 2 – CARTAZES PARA SENSIBILIZAÇÃO.....	37

1 INTRODUÇÃO

De acordo com a definição revisada pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é conceituada como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial” (DE SANTANA *et al.*, 2020).

Trata-se de um mecanismo de defesa do corpo que sinaliza a existência de algum problema ou dano tecidual, apresenta intensidade variada, assim como a duração e localização. A sua incidência pode ser aguda (de curta duração) ou crônica (persistente por um longo período) (DE SANTANA *et al.*, 2020)

Além das lesões físicas, a dor também pode ser deflagrada por fatores psicológicos, emocionais e sociais. A maneira como uma pessoa percebe e responde à dor pode ser afetada por sua história pessoal, expectativas, medos e crenças culturais. A dor crônica, em particular, pode ser complexa e envolve uma grande interação entre fatores físicos e psicossociais (DE SANTANA *et al.*, 2020).

A hospitalização da criança envolve uma variedade de procedimentos invasivos que podem ocasionar dor, como: punções venosas, sondagens orogástricas e vesicais, medição da glicemia capilar, realização de curativos, aspiração das vias aéreas e intubação orotraqueal. Adicionalmente, há a presença de ruídos constantes, luzes intensas e manuseio frequente (CRUZ *et al.*, 2016)

O tratamento da dor envolve abordagem multidisciplinar, e poderá incluir medicamentos, terapias físicas, técnicas de relaxamento, terapia cognitivo-comportamental e outras intervenções, dependendo da causa e gravidade da dor. Além disso, todo paciente tem direito ao tratamento e manuseio da dor, já que esta pode influenciar de forma negativa a evolução clínica do paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, descrevem a dor como o quinto sinal vital, e como tal, deve ser avaliado tão automaticamente juntamente com os outros sinais vitais do paciente, quais sejam: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Reconhecer e avaliar a dor são aspectos importantes, pois a dor está frequentemente presente durante diversas terapias e procedimentos invasivos

destinados a salvar as vidas desses pacientes. A avaliação da dor guia a escolha e também a avalia a eficácia das intervenções aplicadas. Contudo, a implementação de medidas para aliviar a dor diante de procedimentos potencialmente dolorosos ainda ocorre de maneira variada e, em algumas situações, é até mesmo insuficiente (BALDA; GUINSBURG, 2019).

Ressalta-se que a população pediátrica compreende as crianças desde recém-nascidas, os lactentes, os pré-escolares até a adolescência. Abrange uma ampla faixa etária, na qual existe um cuidado com o desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. Assim, a resposta emocional à dor é diferente, e pelo fato dessa população ainda estar em processo de desenvolvimento, nem sempre é possível que as crianças e adolescentes consigam verbalizar e expressar, de maneira precisa, as dores que estão sentindo, especialmente nos casos de crianças e adolescentes com dificuldades cognitivas e de fala (SEIXAS *et al.*, 2020).

Por conta dos inúmeros fatores subjetivos associados à avaliação da dor, um estudo realizado com 96 profissionais de saúde no Rio de Janeiro, demonstrou a dificuldade em avaliar o quinto sinal vital com eficácia e precisão (CHRISTOFFEL *et al.*, 2016).

Fato que contribuiu para a elaboração de diversas ferramentas de avaliação da dor como: escalas numéricas; nominais; analógicas; e, ilustradas (SEIXAS *et al.*, 2020).

Considerando o elevado número de escalas e de fatores que devem ser levados em consideração durante a avaliação da dor, fica evidente a necessidade de processos de Educação Permanente, junto aos profissionais da saúde, com foco no treinamento, informação e da melhoria da interação entre paciente-profissional (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Sob esta ótica, o presente estudo apresenta como piloto a proposição de um processo de educação permanente aplicável à equipe de enfermagem, que está vinculado à gestão da Unidade de Pediatria, de um hospital universitário federal.

1.1 JUSTIFICATIVA

As crianças de até 12 anos incompletos, e adolescentes de até 18 anos, apresentam diferentes reações quando vivenciam a dor. Este grupo representa uma

variedade de crianças em diferentes etapas de sua vida como: recém-nascidos, lactentes, pré-escolares e adolescentes. Além disso, há crianças em condições clínicas específicas como aquelas com dor crônica e complexa e dificuldade comunicativa e cognitiva. Como esta população está em uma fase crítica de desenvolvimento, com frequência há dificuldade em expressar e verbalizar a dor que sentem. E, em especial há os que ainda não apresentam expressões verbais organizadas neurologicamente, como os recém-nascidos, os lactentes e as crianças com dificuldade cognitiva (HOCKENBERRY; WILSON, 2014, p 420).

Neste cenário aponta-se a dificuldade de se avaliar a dor, e a tendência de a mesma se dar de maneira imprecisa por parte dos profissionais. Estes deverão aprender como avaliar os fatores subjetivos, como as expressões corporais e faciais, além dos movimentos motores do paciente pediátrico não verbalizante. Caso, não haja esta aferição e a tomada de providência para alívio do nível da dor, poderá em consequência, haver prejuízo no desenvolvimento da criança.

Entende-se que a avaliação da dor apoia e direciona os profissionais para uma observação mais crítica da eficácia da terapêutica medicamentosa e das intervenções, que combatem a dor nos pacientes pediátricos. E ainda pode servir como um sinalizador dos agravamentos no estado clínico do paciente pediátrico. A avaliação igualmente subsidia ações de intervenção para a minimização do quadro algico, promovendo a saúde durante a hospitalização (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

Assim, afirma-se que a sensibilização dos profissionais da enfermagem que atuam na Unidade de Pediatria é relevante, considerando ainda que atualmente, mesmo na vigência do Protocolo implantado na Unidade, a aplicabilidade ainda não é plena. Objetiva-se, portanto, com este processo piloto de Educação Permanente, qualificar o cuidado ao paciente pediátrico e seus acompanhantes e familiares.

Diante disso, o presente estudo utiliza a seguinte questão norteadora: *Como sensibilizar os profissionais da enfermagem de uma unidade de internamento pediátrica, para aplicação da avaliação da dor como quinto sinal vital?*

1.2 OBJETIVOS

- Sensibilizar a equipe de enfermagem de uma unidade pediátrica para a relevância e necessidade da avaliação da dor como quinto sinal vital, no contexto de um hospital universitário federal;
- Instrumentalizar a equipe de enfermagem para à avaliação da dor em diferentes faixas etárias pediátricas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A DOR: MECANISMO FISIOLÓGICO

A dor é uma das sensações mais primitivas de todos os seres vivos e ao longo dos anos nós aprendemos a percebê-la de maneiras diferentes. Além da definição da dor sendo como “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”. Ela ainda é acompanhada por 6 notas explicativas:

1. A dor é sempre uma experiência pessoal que é influenciada, em graus variáveis, por fatores biológicos, psicológicos e sociais.
2. Dor e nocicepção são fenômenos diferentes. A dor não pode ser determinada exclusivamente pela atividade dos neurônios sensitivos.
3. Através das suas experiências de vida, as pessoas aprendem o conceito de dor.
4. O relato de uma pessoa sobre uma experiência de dor deve ser respeitado.
5. Embora a dor geralmente cumpra um papel adaptativo, ela pode ter efeitos adversos na função e no bem-estar social e psicológico.
6. A descrição verbal é apenas um dos vários comportamentos para expressar a dor; a incapacidade de comunicação não invalida a possibilidade de um ser humano ou um animal sentir dor.

(DE SANTANA *et al.*, p 1, 2020)

A dor é uma preocupação importante dos seres humanos e desempenha um importante papel de alerta ao indicar disfunções biológicas. Ela pode ser dividida em três categorias, segundo Sedrez e Monteiro (2020):

- a) *Nociceptiva*: aguda, causada por cortes, cirurgia, trauma;
- b) *Neuropática*: crônica, gerada por algum dano ao sistema nervoso, causando sensações de formigamento, queimação ou descarga elétrica;
- c) *Psicogênica*: relacionada ao estado emocional, como enxaquecas, dor epigástrica e contraturas musculares. Esta última é mais difícil de diagnosticar, pois não há lesões visíveis ou causas aparentes.

2.2 A DOR NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA

Cada faixa etária da população pediátrica apresenta uma especificidade no que se refere a dor. Pelo fato de as crianças ainda estarem em processo de desenvolvimento, muitas vezes elas não conseguem verbalizar e expressar as experiências dolorosas, isso pode fazer com que a dor seja subtratada ou não tratada, podendo até acometer e ocasionar efeitos persistentes (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 419).

Portanto, a avaliação da dor deve levar em consideração as diferentes respostas corporais expressadas pelas crianças durante a vivência de alguma sensação dolorosa. Estas medidas comportamentais se alteram de acordo com a faixa etária e condições clínicas específicas (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 420).

Quando um lactente está experimentando dor aguda, diversas respostas fisiológicas e comportamentais podem ser observadas. No âmbito fisiológico, alterações nos sinais vitais, como aumento da frequência cardíaca e respirações rápidas, são indicativos. A oxigenação também pode ser afetada, evidenciada por redução na saturação de oxigênio transcutâneo e arterial. Mudanças na pele, como palidez ou vermelhidão, além de observações como tônus muscular aumentado e pupilas dilatadas, são comuns. (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 420).

No aspecto comportamental, vocalizações como choro e gemido são manifestações típicas. A expressão facial pode revelar características como caretas, sobrancelhas arqueadas, queixo trêmulo e olhos firmemente fechados. Os movimentos do corpo e a postura também fornecem pistas, como retirada do membro, rigidez ou flacidez. Mudanças no estado geral, como alterações nos ciclos sono-vigília, comportamento alimentar e nível de atividade, são indicadores importantes de desconforto. (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 420).

Já as crianças pré-escolares expressam a dor com choro alto, movimentação de braços e pernas, tentativas de evitar o estímulo, falta de cooperação, enquanto busca apoio emocional, conforto físico e antecipa comportamentos dolorosos. (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 420).

Na adolescência, observa-se menos protesto verbal, menor atividade motora, expressões verbais mais elaboradas e um maior controle do corpo, acompanhado de tensão muscular. (HOCKENBERRY; *WILSON*, 2014, p 420).

2.2.1 Dor em neonatos

Para a população de neonatos, o impacto da exposição às sensações dolorosas pode acometer gravemente o sistema nervoso, pois o mesmo se encontra ainda em desenvolvimento, podendo, a longo prazo, gerar efeitos persistentes. Um estudo realizado em uma unidade de neonatologia identificou que os principais procedimentos de rotina considerados dolorosos em neonatos foram a remoção de fitas adesivas, a troca de curativo, a punção venosa e a de calcâneo (SANTOS; MARANHAO, 2016)

Dessa forma, é necessário que seja feita a avaliação de suas respostas fisiológicas e comportamentais, com instrumentos validados para essa população (HOCKENBERRY; WILSON, 2014, p 428).

2.2.2 Criança com comprometimento cognitivo e comunicativo

Essa população envolve as crianças que têm alguma condição clínica com comprometimento neurológico significativo como as crianças com transtorno do espectro autista (TEA), que apresentam alterações comportamentais como medo e confusão mental, impulsividade, fuga, comportamentos auto e heteroagressivos. Além de apresentarem respostas próprias a estímulos sensoriais, apresentam resistência a dor e hipersensibilidade ao toque. (CASTRO *et al.*, 2018).

Por conta dos elevados fatores que podem mascarar a expressão da dor e ser difíceis de interpretar. Conseqüentemente, esta população está em maior risco de subtratamento da dor (HOCKENBERRY; WILSON, 2014, p 441).

No entanto, os membros do núcleo familiar desta criança possuem maior probabilidade de perceber precocemente as primeiras alterações e manifestações, fazendo com que sua participação nas intervenções terapêuticas, coloque a criança em situação favorável à experiência de uma vida mais próxima a autonomia (CASTRO *et al.*, 2018).

2.2.3 Criança com doença crônica e dor complexa

A dor crônica é aquela que persiste após três meses além do tempo habitual de cura de uma lesão, ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. (AGUIAR *et al.*, 2021)

Quando há condição clínica complexa de difícil mensuração, tal experiência pode acometer a capacidade de alimentação, sono e atividades de vida diárias por conta dos efeitos colaterais dos tratamentos a que são submetidos a criança (HOCKENBERRY; WILSON, 2014, p 446).

2.3 AVALIAÇÃO DA DOR EM PEDIATRIA

Para a avaliação da dor em pediatria existem escalas específicas para cada condição e faixa etária determinada. As escalas utilizadas de acordo com o protocolo do hospital universitário federal estão a seguir:

2.3.1 Escalas de avaliação da dor

A **Escala FLACC** foi desenvolvida em 1997, tem como base os parâmetros comportamentais, é destinada à utilização pelos profissionais da saúde, visando contribuir para a prática clínica na avaliação da dor em crianças não verbais ou com prejuízo da fala, impedidas de relatar sua dor (BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA, 2015).

A sigla FLACC representa cinco categorias de comportamentos observáveis que podem indicar a presença de dor, a saber: face, pernas, atividade, choro e consolabilidade. Cada categoria é avaliada e pontuada individualmente, e as pontuações são somadas para obter um valor total que representa a intensidade da dor, como apresenta a Figura 1.

FIGURA 1 – ESCALA DE FLACC ADAPTADA PARA O PORTUGUÊS

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Confortando-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação silenciosa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Orientações para aplicação da escala

1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.

2- **Pacientes acordados:** Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.

3- **Pacientes dormindo:** Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.

4- **A FLACC revisada** pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.

As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria.

Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos.

Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.

© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009
Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa.
Brasil – São Paulo, junho de 2013.

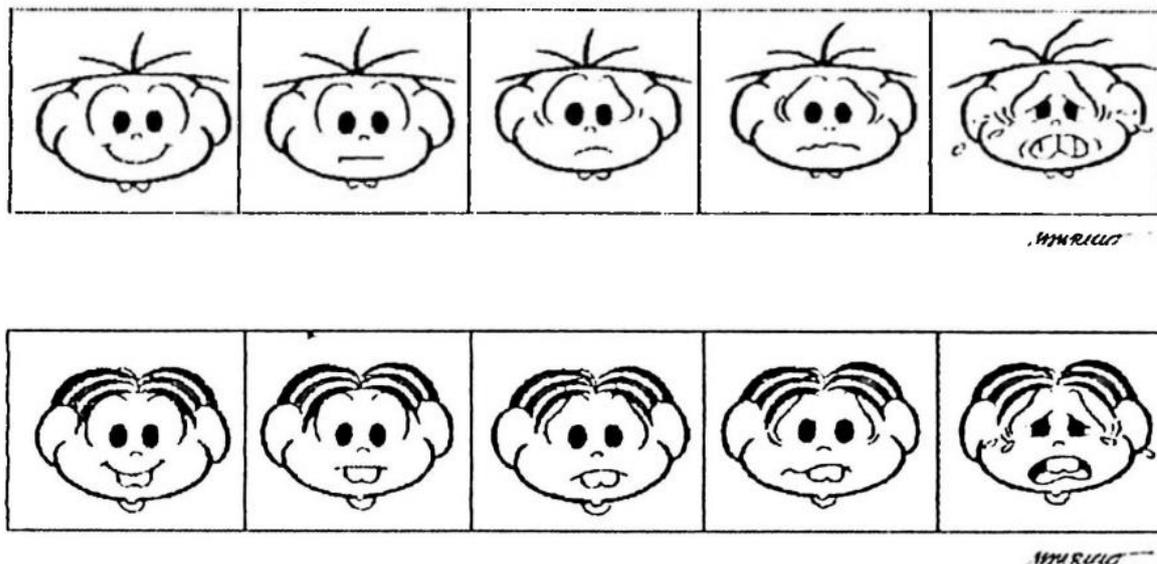
FONTE: BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA. (2015, p. 654)

A **Escala FACES**, de Wong-Baker (1988) é uma ferramenta visual amplamente utilizada para avaliar a intensidade da dor em crianças maiores de 4 anos e em adolescentes que são capazes de comunicar verbalmente seus níveis de desconforto. Consiste em uma série de rostos com diferentes expressões faciais, variando de um rosto sorridente (representando "sem dor") a um rosto chorando intensamente (representando "dor máxima"). (WONG; BAKER, 1988)

O paciente é solicitado a escolher o rosto que melhor representa a quantidade de dor que está sentindo no momento. Cada rosto é atribuído a um valor numérico, geralmente variando de 0 a 10, para ajudar a quantificar a intensidade da dor.

A Escala FACES de Wong-Baker (1988) é considerada uma ferramenta útil, especialmente para crianças e indivíduos com dificuldades de comunicação verbal, pois permite uma maneira visual e simples de expressar a intensidade da dor. A escala de faces de Wong-Baker foi adaptada para a cultura brasileira por Claro (1993) que apresenta personagens criados por Mauricio de Souza que são mais populares às crianças da cultura brasileira.

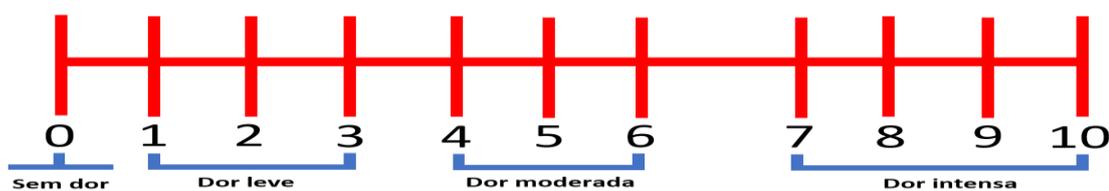
FIGURA 2 - ESCALA DE FACES ADAPTADA POR CLARO



FONTE: CLARO (1993, p. 25)

A Escala **Visual/Verbal Numérica (EVN)** é utilizada em adultos e em crianças a partir dos 6 anos, com capacidade cognitiva preservada que demonstram compreensão da escala. É solicitado ao paciente para atribuir uma nota que considera mais adequada para classificar a intensidade de sua dor. (FORTUNATO et al., 2013)

FIGURA 3 - ESCALA VISUAL/VERBAL NUMÉRICA (EVN)



FONTE: FORTUNATO et al., (2013, p. 114)

A **Escala Confort-Behavior** é utilizada para avaliação e para o manejo da sedação em crianças, com intervalos a cada 4 a 8 horas, ou conforme demanda do paciente. Essa escala avalia 6 itens comportamentais: alerta, calma/agitação, resposta respiratória ou choro, movimentos físicos, tônus muscular e tensão facial. (AMORETTI et al., 2008)

FIGURA 4 - ESCALA CONFORT-BEHAVIOR

Anexo 1 - Escala Comfort-B	
Nível de consciência: alerta	
Sono profundo	1
Sono superficial	2
Letárgico	3
Acordado e alerta	4
Hiperalerta	5
Calma / Agitação	
Calma	1
Ansiedade leve	2
Ansioso	3
Muito ansioso	4
Amedrontado	5
Resposta respiratória (apenas se paciente em ventilação mecânica)	
Ausência de tosse e de respiração espontânea	1
Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação	2
Tosse ou resistência ocasional ao ventilador	3
Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular	4
Compete com o ventilador, tosse	5
Choro (apenas se paciente com respiração espontânea)	
Respiração silenciosa, sem som de choro	1
Resmungando/ choramingando	2
Reclamando (monotônico)	3
Choro	4
Gritando	5
Movimento físico	
Ausência de movimento	1
Movimento leve ocasional	2
Movimento leve freqüente	3
Movimento vigoroso limitado às extremidades	4
Movimento vigoroso que inclui tronco e cabeça	5
Tônus muscular	
Totalmente relaxado	1
Hipotônico	2
Normotônico	3
Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos	4
Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos	5
Tensão facial	
Músculos faciais totalmente relaxados	1
Tônus facial normal, sem tensão evidente	2
Tensão evidente em alguns músculos faciais	3
Tensão evidente em toda a face	4
Músculos faciais contorcidos	5

FONTE: AMORETTI *et al.*, (2008, p. 330)

A **Escala Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS)** é uma escala neonatal que possui variáveis fisiológicas e comportamentais. Foi desenvolvida para avaliar a dor aguda, crônica e sedação em lactentes gravemente doentes. É composta pela medida de dor/agitação e sedação e em cada uma é avaliado cinco critérios: choro/irritabilidade; estado comportamental; expressão facial; tônus das extremidades; sinais vitais. O score da dor é avaliado por meio da observação sem intervenção, pontuando de 0 a 10. (BALDA; GUINSBURG, 2019).

FIGURA 5 - ESCALA NEONATAL PAIN AGITATION AND SEDATION SCALE (N-PASS)

Quadro 1. N-PASS - Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (Hummel et al., 2009).

	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/ irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/chora com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritado ou episódios de choro Consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Qualquer expressão de dor intermitente	Qualquer expressão de dor contínua
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SatO ₂	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal SatO ₂ 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal SaO ₂ < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Sedação: -10 a 0; Sedação profunda: -10 a -5; Sedação leve: -5 a -2.

Dor: 0-11 (somar 1 ponto se RN < 30 semanas de IG corrigida); Dor presente score > 3.

FONTE: BALDA; GUINSBURG (2019, p. 44)

A **Escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)** é uma ferramenta utilizada para avaliar a dor em recém-nascidos e em bebês prematuros. Foi desenvolvida para bebês com idade gestacional igual ou superior a 28 semanas e com até seis meses de idade (ANTUNES; NASCIMENTO, 2013).

FIGURA 6 - ESCALA NEONATAL INFANT PAIN SCALE (NIPS)

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
1) Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2) Choro	Ausente	"Resmungos"	Vigoroso
3) Respiração	Relaxada	Diferente da basal	—
4) Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	—
5) Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	—
6) Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	—

FONTE: ANTUNES; NASCIMENTO (2013, p. 665)

Apesar de existirem instrumentos desenvolvidos e confiáveis para avaliar o desconforto em crianças, o emprego dessas ferramentas pode ser obstaculizado em certas ocasiões devido às peculiaridades intrínsecas de cada uma. É necessário levar em conta a sua complexidade, acessibilidade e facilidade de uso, bem como o tempo requerido para sua aplicação, compatibilidade e vantagens em relação a outras alternativas disponíveis (SEIXAS *et al.*, 2020).

Devido ao elevado número de fatores subjetivos acompanhados na percepção e relato da dor, se tem deparado com dificuldades para a avaliação da mesma por profissionais da saúde. Uma pesquisa realizada com 112 profissionais da saúde de um município do norte do Paraná, revelou que cerca de 88,4% dos profissionais da saúde consideram a dor como um sinal vital, e cerca de 46,4% relatam alguma dificuldade na avaliação da dor. Além disso, apenas 18,8% relataram possuir alguma escala de avaliação da dor como ferramenta de trabalho (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Em um estudo realizado em uma UTI pediátrica localizada no estado de Rio Grande do Sul, enfermeiros relataram que a dor não era rotineiramente avaliada em suas unidades e que eles não recebiam treinamento adequado para realizar essa tarefa. E ainda, que mesmo após a aplicação das medidas de avaliação da dor, os processos de reavaliação não eram realizados ou eram insuficientes (SEDREZ; MONTEIRO, 2020).

A avaliação da dor, no entanto, é relacionada à interação entre o profissional, a criança e a família, e os fatores subjetivos desses profissionais podem exercer influência no processo. Também se observa que a sensibilização da equipe de enfermagem na avaliação da dor pode otimizar o tratamento na UTI (SEDREZ; MONTEIRO, 2020).

Tendo em vista estas observações, se faz importante sensibilizar as equipes de enfermagem para o problema, para que avaliem e quantifiquem a dor adequadamente, e se deve incluir estratégias para o desenvolvimento das habilidades para a identificação, mensuração, registro e manejo, em processos de Educação Permanente (SEDREZ; MONTEIRO, 2020).

O correto e rotineiro registro da avaliação da dor também é crucial. Considerando que é difícil prescrever cuidados sem ter um parâmetro para definir condutas de alívio e bem-estar ao paciente, a documentação adequada torna-se essencial para garantir uma abordagem holística e eficaz na gestão da dor (BOTTEGA; FONTANA, 2010).

A falha no registro da dor corrobora os achados em literatura que apontam para a falta de conhecimento dos profissionais em relação à avaliação e controle algico (GIMENES *et al.*, 2020)

As intervenções educativas são estratégias utilizadas na política de Educação Permanente que vão além da simples aquisição de habilidades intelectuais e

psicomotoras. Elas se apresentam como uma alternativa para o desenvolvimento das potencialidades individuais e coletivas, proporcionando um impacto positivo na melhoria dos processos de trabalho (QUERIDO *et al.*, 2017).

Portanto, investir em capacitação é uma atitude crucial para que os profissionais se mantenham atualizados tecnicamente em relação a determinadas questões, e conseqüentemente sintam-se mais sensíveis para oferta de uma assistência em saúde mais qualificada e, acima de tudo, mais humanizada (PEREIRA; MENDES; ROCHA, 2019).

3 MÉTODOS

A intervenção piloto foi realizada junto a equipe de enfermagem da unidade de Hematopediatria de um hospital universitário, a qual conta com um total de 24 funcionários da enfermagem, sendo 7 Enfermeiros e 17 Técnicos de Enfermagem.

Foi utilizada a metodologia da Problematização que possui uma orientação geral com etapas distintas, definidas com base em um problema identificado na realidade. Esta metodologia procura realizar um propósito maior com o objetivo de preparar o ser humano a tomar consciência de seu ambiente, e atuar intencionalmente para transformá-lo (SILVA *et al.*, 2020).

Assim, o foco é trabalhar as tensões e os problemas, refletindo sobre elas e, a partir disso, criar possíveis soluções, ou seja, respondendo ao conflito exposto por meio de processos de ensino-aprendizagem que valorizam o aprender a aprender (SILVA *et al.*, 2020).

Desta maneira, foi aplicado como método o Arco de Margueret, que se caracteriza por ser uma metodologia de problematização proposta por Charles Margueret, no século XX. O Arco de Margueret é composto por 5 etapas: Observação da realidade; Pontos-Chaves; Teorização; Hipótese de Solução; e Aplicação à Realidade (SILVA *et al.*, 2020).

3.1 PLANEJAMENTO DAS ETAPAS DO ARCO DE MARGUERET

1. Observação da Realidade: Realizar uma observação da prática onde os profissionais estão inseridos, observando suas dificuldades e discutindo sobre sua prática diária;
2. Pontos-Chaves: Elencar os pontos-chaves e dificuldades relatadas;
3. *Teorização*: Elaborar material para facilitar o acesso ao conhecimento pelos profissionais e discutir sobre os principais problemas encontrados, fornecendo alternativas para sua solução;
4. Hipóteses de solução: A partir das discussões e material fornecido, espera-se que os profissionais criem consciência reflexiva e busquem possíveis soluções;
5. Aplicação à realidade: Os profissionais irão aplicar as decisões e respostas encontradas para solucionar os problemas elencados anteriormente. O exercício

na prática diária causa transformação do contexto em que os profissionais trabalham, contribuindo e auxiliando no processo de ensino-aprendizagem.

Com essa proposta espera-se que os profissionais desenvolvam consciência reflexiva a respeito de seu ambiente, dessa forma se sensibilizando e dando a devida importância para a aplicação da avaliação da dor como o quinto sinal vital.

Aliado a metodologia de problematização foi utilizada a 9ª Edição do livro “Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica” (HOCKENBERRY; WILSON, 2014), que foi a base para a elaboração do material para a capacitação dos profissionais, abordando os cuidados e os procedimentos adequados para a avaliação da dor.

A aplicação da proposta ocorreu em reuniões presenciais durante as trocas de turno, visando abranger a maior quantidade de profissionais possível. Esta sugestão foi feita pela gestora da Unidade de Pediatria, na intenção de que houvesse um momento abrangente e que os profissionais, não fossem chamados para o processo educativo, fora de seu turno e dia de trabalho.

A primeira reunião foi em 01/11/2023 às 7:00 com 9 profissionais. As subsequentes foram em 08/11/2023 às 07:00 (10 profissionais), 09/11/2023 às 19:00 (9 profissionais), e 10/11/2023 às 7:00 (10 profissionais). Alguns profissionais participaram da sensibilização mais de uma vez por conta das mudanças de turno entre as equipes.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao todo foram realizados quatro encontros presenciais com a equipe de enfermagem do setor de Hematopediatria, do hospital universitário.

No **1º encontro** foi observado a prática dos profissionais, visando entender a maneira pela qual se operacionalizava a avaliação da dor, bem como, perceber o valor que os mesmos atribuíam ao cuidado no dia-a-dia do seu trabalho. Nesta oportunidade, procurou-se desenvolver um diálogo que abrangesse, com suavidade a importância desta avaliação e ouvir os relatos de suas dificuldades.

Dentre as principais dificuldades relatadas destacaram-se: a falta de conhecimento a respeito das diferentes escalas de avaliação da dor; a grande variedade de faixa etária entre os pacientes da pediatria e, as especificidades para a aplicação da avaliação da dor; as dificuldades para avaliar pacientes que apresentassem dificuldades de fala; e, falta de escalas de avaliação que apoiassem o processo de trabalho. Durante as interações, um profissional também relatou não saber quando o recém-nascido está com dor, já que o mesmo não consegue se expressar corretamente e, sua expressão facial não se apresenta clara.

Como preparação para o **2º encontro**, foram selecionadas na literatura, as escalas de avaliação da dor com maior aplicabilidade ao setor de Hematopediatria, considerando a diversidade etária e comorbidades. Após separadas, as escalas foram revisadas e adaptadas para melhor visualização e, adequação de sua impressão. De maneira que foi elaborada uma síntese de todo o material com indicações para o uso, a frequência de avaliação e as pontuações / classificações específicas de cada escala, além de cartazes de conscientização a respeito da avaliação da dor conforme descrito no Anexo - 1.

Também foi observado no **1º encontro** o interesse das crianças do setor em atividades de desenho e pintura. Na oportunidade, refletiu-se na possibilidade de aplicar uma escala de avaliação da dor visual, onde seria apresentada uma representação do corpo de uma criança e, seria orientado para que a mesma pintasse as áreas que estavam doendo, marcando a cor que se relacionasse com a sua dor. E ainda, reservou-se um espaço para registrar as características adicionais que a criança descrevesse, com respeito de sua dor, conforme descrito no Apêndice – 1.

No **2º encontro**, realizado com uma equipe do turno da manhã e da noite, foram fornecidas escalas de avaliação da dor atualizadas e adaptadas, juntamente com as orientações relativas a seu uso, bem como, os cuidados que deveriam ser tomados durante a avaliação da dor. Também foi travado um diálogo no formato de uma aula participativa para a capacitação, abrangendo o conteúdo mais atualizado a respeito da avaliação da dor utilizando como base o livro: “WONG: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica” (9 ed.).

Foi atribuído destaque às especificidades de cada faixa etária, seus principais sinais perante as experiências dolorosas, as intervenções não medicamentosas, a importância da avaliação da dor antes, durante e após intervenções, e a maneira de identificar a dor pela expressão facial, bem como pela linguagem corporal. Abordado também a maneira correta de ser registrado os escores da dor nos prontuários, e a importância da reavaliação da dor frequentemente, identificando intensidade, localização e fatores contribuintes e agravantes.

Ao final do processo educativo, foi requerido que os profissionais fizessem a avaliação da dor de um neonato que teve seu calcâneo puncionado, para tanto aplicando a escala de referência e, após registrando o escore da dor, de acordo com as orientações. Após a avaliação do neonato, todos os profissionais demonstraram bom entendimento das escalas e do processo de avaliação da dor, registrando a dor de maneira correta, especificando sua pontuação, ou seu escore, e a escala atribuída.

Durante o encerramento da dinâmica, uma profissional de enfermagem comentou que somente avaliava a dor no neonato pela sua expressão facial e que não tinha conhecimento de que a linguagem corporal também fazia parte do processo de avaliação. Outra técnica de enfermagem também comentou que percebia alguns sinais de dor, explicados durante a aula, como um ‘dengo da criança’.

Estes comentários demonstram fragilidade dos profissionais na questão da avaliação da dor, mas igualmente apontam para a importância do processo de educação permanente instituído como piloto, junto ao trabalho da enfermagem, bem como a eficácia destes processos educativos para melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem e atendimento à família.

O **3º Encontro** foi realizado com uma equipe do turno vespertino e noturno. Este grupo também demonstrou bom entendimento das escalas, e do correto registro da avaliação da dor e de sua intensidade. Alguns profissionais deste grupo

demonstraram maior interesse na escala de FLACC, pois comentaram ter dificuldades em avaliar crianças não-verbais, e principalmente com a escala de pintura, para visualização da dor na criança. Consideraram ser uma maneira fácil e intuitiva de visualizar a dor no paciente pediátrico.

O **4º encontro** foi realizado para verificar a aplicabilidade do material pelos profissionais. Neste pode-se ouvir os comentários de não terem utilizado amplamente a escala de FACES, em virtude da impaciência da criança, durante o processo doloroso.

A escala EVN foi mais utilizada, com maior intensidade na maneira verbal do que em sua forma física.

Já a escala NIPS e FLACC foram as mais utilizadas pelos profissionais, que deram atenção especial ao registro da intensidade da dor avaliada, atribuindo a pontuação e indicando a escala utilizada.

A escala de pintura para visualização da dor na criança também teve boa utilização e aplicabilidade.

E, as escalas COMFORT-B e N-PASS não foram utilizadas devido não terem atendido nenhum paciente em sedação no intervalo deste estudo.

Apresenta-se na sequência uma tabela resumo da intervenção piloto relatada neste trabalho monográfico.

TABELA 1 – Resumo da intervenção piloto

	Data	Objetivo	Profissionais
1º encontro	01/11/2023 às 7:00	Observar e avaliar a prática profissional e dialogar a respeito das principais dificuldades encontradas.	3 enfermeiros 6 técnicos de enfermagem
2º encontro	08/11/2023 às 7:00	Realizar a sensibilização com base nos achados e fornecer as ferramentas necessárias para avaliação da dor	4 enfermeiros 6 técnicos de enfermagem
3º encontro	09/11/2023 às 19:00	Realizar a sensibilização com base nos achados e fornecer as ferramentas necessárias para avaliação da dor	3 enfermeiros 6 técnicos de enfermagem
4º encontro	10/11/2023 às 7:00	Verificar a aplicabilidade do material e a sensibilização dos profissionais	4 enfermeiros 6 técnicos de enfermagem

FONTE: O autor (2023)

Apesar das escalas terem sido acolhidas com uma boa utilização, de maneira geral, observou-se que alguns profissionais ainda não estavam registrando a dor

corretamente. Isto se deu analisando alguns prontuários dos pacientes, onde o registro somente constava a dor de 0-10, sem especificação da escala e/ou localização da dor na criança. Contudo, foi possível observar a utilização da escala por um membro da equipe, durante as passagens de plantão, o que resulta em um incentivo indireto para os demais, considerando que a passagem de plantão precisa ser realizada de maneira padronizada, indicando a intensidade e o escore da dor avaliada, e a escala utilizada.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de avaliação da dor em pediatria é uma parte fundamental do processo de trabalho da enfermagem, devido viabilizar a avaliação das intervenções terapêuticas e promover a correta intervenção para sanar a dor na criança. O processo educativo desenvolvido neste estudo obteve sucesso em sensibilizar os profissionais a respeito da importância da avaliação da dor, indicar as especificidades da dor na criança, a maneira adequada de avaliar a dor, apresentar os principais sinais comportamentais em pediatria, bem como em orientar a respeito das escalas de avaliação da dor, de acordo com sua indicação e periodicidade.

Contudo, a capacitação não obteve sucesso em sensibilizar a totalidade dos profissionais do setor. No entanto, considerando que esta iniciativa foi um piloto, não se atribui um peso maior a ausência de parte da equipe. Apesar disto, a interação entre os profissionais durante as passagens de plantão, demonstrou a eficácia da estimulação entre os pares, na vigência da motivação pela compreensão quanto à utilização das escalas e da importância da correta avaliação da dor, para a ação de cuidado adequada e de sua reavaliação.

Enfatiza-se que o processo piloto, na sequência, será fortalecido aliando-se outras medidas educativas, que sejam válidas para oferecer ferramentas e qualificar o estímulo profissional para a avaliação da dor no segmento pediátrico.

Por fim, considera-se terem sido alcançados os objetivos propostos nesta ação de intervenção, e para o interlocutor da ação fica evidente que a sensibilização dos profissionais da enfermagem é necessária. Ela promove uma corrente de estímulo que reverbera em adesões, em tempos díspares, ao protocolo de avaliação da dor no serviço específico e nos demais que envolvam crianças. Foi um grande aprendizado que reverbera à partir da formatura na minha vida profissional.

Ressalta-se que as limitações desta ação piloto foram pertinentes ao tempo para leitura e preparo do material, de maneira sintonizada com a gestão da unidade, bem como à disponibilidade dos recursos necessários.

Recomenda-se fortemente que os gestores da equipe de Enfermagem e os Enfermeiros responsáveis pelos serviços pediátricos, se reaproximem da avaliação da dor e, estimulem suas equipes a manter a avaliação, o registro adequado, a reavaliação e informação na passagem de plantão. De maneira que se possa

privilegiar a qualidade do cuidado pediátrico, prevenir comprometimentos neurológicos psicológico e desenvolvimentais e gerar um exemplo que possa ser propagado de atenção à dor nos pacientes pediátricos.

Outra recomendação, é que pesquisas possam ser desenvolvidas no cenário desta intervenção, para que gerem conhecimentos das diversas realidades, e que se possa apoiar o desenvolvimento da educação permanente para a enfermagem desta instituição de ensino federal.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, D. B. *et al.* **Prevalência de dor crônica no Brasil: revisão sistemática.** São Paulo: BrJP, 2021.
- AMORETTI, C. F. *et al.* **Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária.** v. 20, n. 4, São Paulo: Rev. bras. ter. intensiva, 2008.
- ANTUNES, J. C. P.; NASCIMENTO, M. A de L. **A sucção não nutritiva do recém-nascido prematuro como uma tecnologia de enfermagem.** Rio de Janeiro: REBEn, 2013.
- BALDA R. C. X.; GUINSBURG, R. **Avaliação e tratamento da dor no período neonatal.** São Paulo: Residência Pediátrica, 2019.
- BOTTEGA, F. H.; FONTANA, R. T. **A dor como quinto sinal vital: utilização da escala de avaliação por enfermeiros de um hospital geral.** Rio Grande do Sul: SciELO, 2010.
- BUSSOTTI, E. A.; GUINSBURG, R; PEDREIRA, M. da L. G. **Adaptação cultural para o português do Brasil da escala de avaliação de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr).** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2015.
- CHRISTOFFEL, M. M. *et al.* **Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal.** Rio de Janeiro: REBEn, 2016.
- CASTRO, C. S. C. *et al.* **Transtorno do espectro autista: detecção precoce pelo enfermeiro na estratégia saúde da família.** Bahia: Rev. Baiana enferm., 2018.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar.** 1993. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
- CRUZ, C. T. *et al.* **Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva.** Rio Grande do Sul: Rev. Dor, 2016
- DE SANTANA, J. M. *et al.* **Definição de dor revisada após quatro décadas.** São Paulo, 2020.
- FORTUNATO, J. G. S. *et al.* **Escalas de dor no paciente crítico: uma revisão integrativa.** v. 12 n. 3. Rio de Janeiro: Revista HUPE, 2013.
- GIMENES, A. B. *et al.* **O registro da dor aguda em pacientes hospitalizados.** São Paulo: BrJP, 2020
- HOCKENBERRY M. J.; WILSON, D. **Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica.** 9ª ed. São Paulo: Elsevier, 2018.

NASCIMENTO, L. A. *et al.* **Manuseio da dor: avaliação das práticas utilizadas por profissionais assistenciais de hospital público secundário.** São Paulo: Revista da dor, 2016.

PEREIRA, L. S. de S.; MENDES, T. de P. L.; ROCHA, R. P. **Vista do Conhecimento dos profissionais de enfermagem na avaliação da dor neonatal em uma unidade de terapia intensiva.** Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019.

QUERIDO, D. L. *et al.* **View of Perceptions of professionals on neonatal pain: a descriptive study | Online Brazilian Journal of Nursing.** Rio de Janeiro: Online Brazilian Journal of Nursing, 2017.

SANTOS, J. P.; MARANHÃO, D. G. **Cuidado de enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica.** São Paulo: Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., 2016.

SEDREZ, E. da S.; MONTEIRO, J. K. **Avaliação da dor em pediatria 2020.** Rio Grande do Sul: Rev. Bras. Enfermagem, 2020.

SEIXAS, T. O. F. *et al.* **Instrumentos de avaliação da dor em crianças e adolescentes com deficiência cognitiva: revisão integrativa.** v.20, n.2. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped., 2020.

SILVA, L. A. R. *et al.* **O ARCO DE MAGUEREZ COMO METODOLOGIA ATIVA NA FORMAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE.** Mato Grosso do Sul: Interfaces Científicas - Educação, 2020.

WONG, D. L.; BAKER, C. M. **Pain in children: Comparison of assessment scales.** Pediatric Nursing. 1988.

ANEXO 1 - ESCALAS ADAPTADAS

ESCALAS E SUAS INDICAÇÕES

Escalas de dor	Indicação	Aplicação/pontuação	Competência	Periodicidade
1. COMFORT-B	Avaliar sedação em crianças	Muito sedado: 8 a 16 Sedação moderada: 17 a 26 Pouco sedado: 27 a 40	Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Aplicar a escala em cada turno ➤ Reaplicar conforme alterações do quadro clínico (agitação psicomotora, assincronia ventilatória) ➤ Pós-intubação, instalação e adequação da dosagem de sedoanalgesia ➤ Pós-cirúrgico ou após exames que necessitará de ajuste da sedoanalgesia.
2. N-PASS	Avaliar sedação em neonatos	Sedação profunda: -10 a -5 Sedação leve: -5 a -2 Sedação profunda não é recomendada, a menos que o neonato esteja em VM, devido ao alto potencial de hipoventilação e apneia.		

Notas: *Em casos de sedação, deve-se utilizar em conjunto à escala de avaliação da dor, uma escala de sedação apropriada para o paciente (Comfort Behavior ou N-PASS). Pacientes em uso de bloqueador neuromuscular (BNM), nos quais não é possível observar comportamentos, não será necessária a aplicação das escalas de dor. Na suspensão da infusão dos BNM, a escala poderá ser aplicada imediatamente.

Legenda: **COMFORT-B** (COMFORT Behavior Scale) – Escala de Comportamento COMFORT; **N-PASS** (Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale) – Escala de dor, agitação e sedação neonatal.

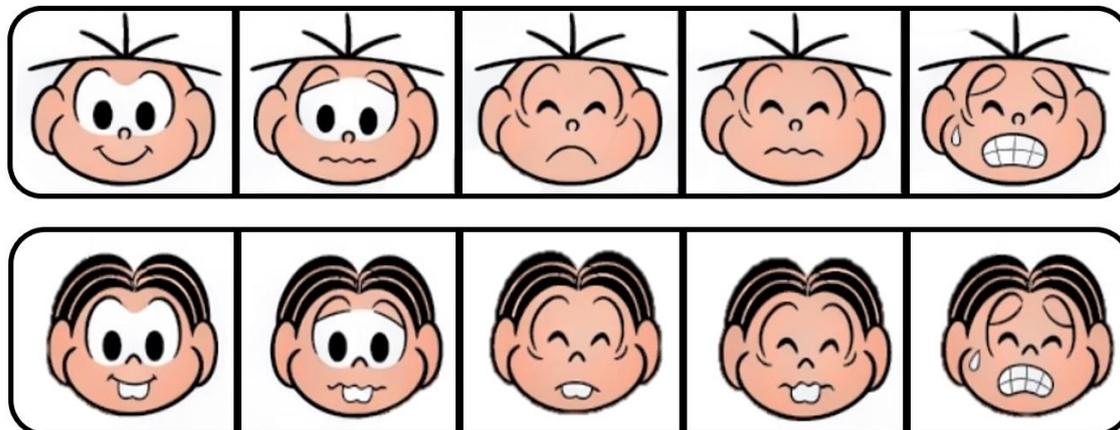
Escalas de dor	Indicação	Aplicação/pontuação	Competência	Periodicidade
1. EVN*	Crianças partir de 6 anos, com capacidade cognitiva preservada, e que demonstram compreensão da escala	Sem dor: 0 Dor leve: 1 a 3 Dor moderada: 4 a 6 Dor intensa: 7 a 9 Dor Insuportável: 10.	Equipe de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Na admissão do paciente juntamente com os SSVV. ➤ Conforme alterações do quadro clínico ou perante a presença de sinais sugestivos de dor moderada a intensa ➤ Pós-cirúrgicos ou após procedimentos/ exames Invasivos. ➤ Na reavaliação após medidas não farmacológicas
2. Faces - CLARO*	Crianças acima de 3 anos	Sem dor: 0 Dor leve: 1 a 2 Dor moderada: 3 Dor forte: 4 Dor insuportável: 5	Equipe de Enfermagem	
3. NIPS	Neonatos e crianças até 2 anos	Sem dor: 0 a 3 Dor fraca: 4 Dor moderada: 5 Dor forte: 6 a 7	Equipe de Enfermagem	
4. FLACC**	Crianças 0 a 6 anos e crianças maiores com déficit cognitivo e de comunicação	Sem dor: 0 Dor leve: 1-3 Dor Moderada: 4-6 Dor intensa: 7-9 Dor insuportável: 10	Enfermeiros	

Notas: *Nas unidades de internação com público pediátrico, a aplicabilidade da escala EVN ou Faces-CLARO, será definida pelo enfermeiro (a) que deverá levar em consideração a melhor compreensão da escala pelo paciente.

** A Escala FLACC poderá ser aplicada para crianças maiores que continuem internadas nas unidades de pediatria.

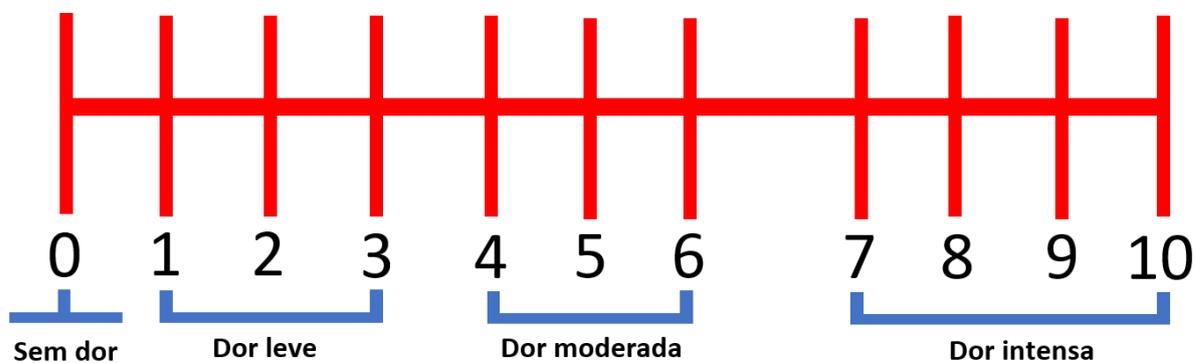
Legenda: **EVN** – Escala Verbal Numérica; **Faces CLARO** - Escala de Faces adaptada por CLARO (1993); **NIPS** (Neonatal Infant Pain Scale) - Escala de Avaliação de Dor no Recém-Nascido; **FLACC** (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) – Escala de Avaliação de Dor FLACC.

ESCALA DE FACES



Fonte: Claro (1993)

ESCALA VISUAL/VERBAL NÚMÉRICA (EVN)



Fonte: Fortunato *et al.* (2013)

Escala de avaliação de dor neonatal (NIPS)			
NIPS	0	1	2
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	-

Fonte: Adaptado de Motta; ScharDOSim; Cunha (2015)

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)			
CATEGORIAS	PONTUAÇÃO		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo: movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo): respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gasping ou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluções, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por torques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto

Fonte: Bussotti; Guinsburg; Pedreira (2015)

COMFORT Behavior Scale (COMFORT-B)					
Nível consciência: alerta		Resposta respiratórias (apenas se paciente em ventilação mecânica)		Movimento físico	
Sono profundo	1	Ausência de tosse e de respiração espontânea		1	Ausência de movimento
Sono superficial	2	Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta a ventilação		2	Movimento leve ocasional
Letárgico	3	Tosse ou resistência ocasional ao ventilador		3	Movimento leve frequente
Acordado e alerta	4	Respirações ativas contra o ventilador ou tosse regular		4	Movimento vigoroso limitado às extremidades
Hiperalerta	5	Compete com o ventilador, tosse		5	Movimento vigoroso (tronco e cabeça)
Calma / Agitação		Choro (apenas se paciente com respiração espontânea)		Tônus muscular	
Calma	1	Respiração silenciosa, sem som de choro		1	Totalmente relaxado
Ansiedade leve	2	Resmungando/choramingando		2	Hipotônico
Ansioso	3	Reclamando (monotônico)		3	Normotônico
Muito ansioso	4	Choro		4	Hipertônico com flexão dos dedos e artelhos
Amedrontado	5	Gritando		5	Rigidez extrema com flexão de dedos e artelhos
Tensão facial					
Músculos faciais totalmente relaxados					1
Tônus facial normal, sem tensão evidente					2
Tensão evidente em alguns músculos faciais					3
Tensão evidente em toda a face					4
Músculos faciais contorcidos					5

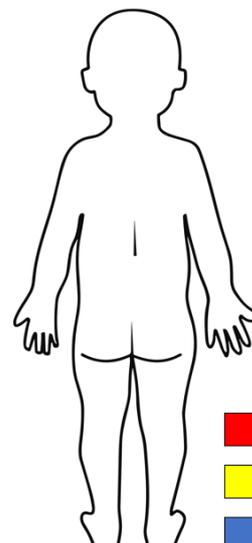
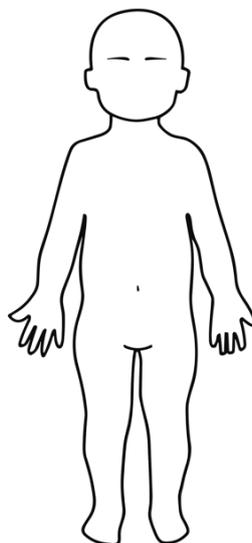
Fonte: Bussotti; Guinsburg; Pedreira (2015)

Neonatal Pain Agitation and Sedation Scale (N-PASS)					
	Sedação		Sedação/Dor	Dor/Agitação	
	-2	-1	0/0	1	2
Choro/irritabilidade	Não chora com estímulo doloroso	Resmunga/chora com estímulo doloroso	Sem sinais de sedação ou dor	Irritado ou episódios de choro consolável	Choro agudo ou silencioso contínuo Não é consolável
Comportamento	Não acorda com estímulo Sem movimento espontâneo	Acorda breve com estímulo Raro movimento espontâneo	Sem sinais de sedação ou dor	Inquieto, se contorce Acorda com frequência	Arqueia o corpo, fica chutando Acordado constantemente ou não acorda, nem se move (não está sedado)
Expressão facial	Boca caída e aberta Sem mímica	Mínima expressão facial com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Tônus de extremidade	Sem reflexo de preensão Flácido	Reflexo de preensão fraco Tônus muscular ↓	Sem sinais de sedação ou dor	Mãos cerradas ou espalmadas de modo intermitente Tônus corporal relaxado	Mãos cerradas ou espalmadas de forma contínua Tônus corporal tenso
Sinais vitais: FC, FR e SAT0 ²	Sem Δ após estímulo Hipoventilação ou apneias	Δ < 10% com estímulo	Sem sinais de sedação ou dor	↑ 10-20% em relação ao basal Sat02 76-85% com estímulo; rápida recuperação	↑ 20% em relação ao basal sa02 < 75% com o estímulo; lenta recuperação Sem sincronia com o ventilador

Fonte: Hummel *et al.* (2008)

APÊNDICE 1 – Escala Participativa para mensuração da dor em escolares e adolescentes

Nome:
Nome do responsável:
Descrição da dor:



- Dor forte
- Dor moderada
- Dor leve

APÊNDICE 2 – Cartazes para sensibilização





Avaliar a dor
é garantir o

sorriso



Avaliar a dor
é garantir o

bem-estar



Avaliar a dor
é garantir o

desenvolvimento



Avaliar a dor
é garantir a

curiosidade



Avaliar a dor
é garantir o

apetite