



• **FACT SHEET No. 7**

Avaliação da dor nas crianças mais vulneráveis

As disciplinas de cuidados pediátricos reconhecem que a avaliação da dor é um meio importante para orientar o diagnóstico e avaliar as estratégias de tratamento.

A avaliação da dor envolve uma comunicação social em que a experiência de dor pessoal da criança é expressa em comportamento, que o médico, no contexto da situação clínica, observa, interpreta e usa como base para a sua atuação. A má avaliação e a interpretação incorreta dos sinais de dor na criança podem levar a erros de diagnóstico, submedicação, excesso de medicação ou tratamento inadequado.

A principal fonte de avaliação é, sempre que possível, o autorrelato. No entanto, as crianças mais vulneráveis não conseguem dar autorrelatos pertinentes de dor por serem muito jovens (recém-nascidos, bebês, crianças pequenas), por terem deficiências neurológicas ou de comunicação ou por terem sido sedadas para fins médicos. Para estas populações, a principal base da avaliação consiste na observação do comportamento da criança, que é complementada com o conhecimento do contexto, as informações partilhadas pelos pais e os sinais fisiológicos da dor.

A avaliação da dor é, preferencialmente, multidimensional, incluindo, sempre que possível, os seguintes domínios:

- **Localização da dor:** identifica a potencial fonte subjacente da doença ou lesão e ajuda a diferenciar a dor localizada da dor referida ou generalizada. Mesmo crianças muito pequenas ou com uma deficiência moderada conseguem apontar para o local «onde dói».
- **Qualidade ou natureza da dor:** proporciona uma descrição qualitativa das características sensoriais e temporais da dor para diferenciar o tipo de dor (nociceptiva, neuropática, vascular). As crianças vulneráveis poderão ter dificuldade em descrever a dor.
- **Impacto da dor:** observa o grau em que a dor interfere no funcionamento físico e social diário; estas informações podem ser recolhidas junto dos pais.

- Contexto da dor: o contexto, os acontecimentos e as condições observadas que influenciam a experiência da dor e que informam em mais pormenor a interpretação dos sinais e dos relatos de dor.
- Intensidade da dor: estima o grau de gravidade da dor, sendo útil para identificar uma medida de referência e avaliar a recuperação e as intervenções de alívio da dor.

Instrumentos de avaliação selecionados para crianças que não conseguem autorrelatar a intensidade da dor

Estes exemplos de instrumentos observacionais foram estruturados sobretudo para classificar expressões faciais, o choro ou verbalizações e a postura, bem como o tónus e os movimentos musculares.

Recém-nascidos, bebés e crianças pequenas [1,2]

- Perfil de Dor do Prematuro (PIPP).
- Escala de Dor Neonatal (NIPS) (também inclui pontos que avaliam a frequência cardíaca e a saturação de oxigénio).
- Escala de Dor Pós-Operatória para Crianças Pequenas/Crianças em Idade Pré-escolar (TPPPS).
- Escala FLACC (expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e consolabilidade).

Crianças com deficiências neurológicas [3,4,5,6]

- Escala FLACC revista (r-FLACC): os prestadores de cuidados podem adicionar descritores comportamentais que identifiquem comportamentos de dor específicos, já que muitas crianças com deficiências neurológicas têm formas idiossincráticas de reagir à dor.
- Escala Numérica Individualizada (INRS): complementa as avaliações globais de 0-10 com descritores, proporcionados pelos pais, de comportamentos de dor específicos da criança.
- Perfil da Dor Pediátrica (PPP): inclui tanto observações físicas como pontos funcionais (por exemplo, falta de apetite, distúrbios do sono; ver www.pppprofile.org.uk)
- *Checklist* de Dor em Crianças Não Comunicativas – Revista (NCCPC-R): uma lista de verificação de comportamentos para avaliar em crianças dos 3 aos 18 anos com deficiências cognitivas ou de comunicação.

Crianças sedadas ou imobilizadas [7]

- Escala COMFORT: inclui avaliações da frequência cardíaca e da pressão arterial.
- Comportamento COMFORT (COMFORT-B): não inclui pontos fisiológicos.

Considerações relativas à avaliação [8]

- As escalas observacionais da dor não diferenciam o sofrimento provocado pela dor de outras fontes de sofrimento, como sendo o compromisso fisiológico e o medo.

- Os parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigênio) variam em resposta à dor, mas são menos específicos e fiáveis como indicadores de dor do que os comportamentos observados.
- As decisões relativas ao tratamento devem considerar todos os aspetos da avaliação e eventuais fontes de sofrimento, incluindo fatores fisiológicos, de desenvolvimento e psicossociais.
- Os pontos de corte rígidos em escalas de dor não são adequados para orientar as decisões relativas à medicação, uma vez que podem resultar em submedicação ou excesso de medicação.
- As alterações nas pontuações de intensidade da dor, nos comportamentos de dor observados, nas respostas ao tratamento e no funcionamento da criança são usadas, em combinação, para orientar as decisões de tratamento.
- Embora os instrumentos de medição específicos relativamente à interferência da dor ou função tenham sido pouco ou nada investigados nos grupos pediátricos mais vulneráveis, é possível verificar, questionando os pais e observando diretamente, a recuperação do apetite, as atividades diárias, as interações sociais e a qualidade do sono, entre outros.
- Os doentes com doenças graves poderão não ser capazes de demonstrar respostas firmes à dor ou respostas comportamentais sustentadas.

Conclusão

As abordagens clínicas resumidas nesta *fact sheet* podem ajudar a enquadrar a avaliação da dor das crianças mais vulneráveis. Contudo, como sublinhado por Berde e McGrath, «Continua a ser uma arte clínica combinar os relatos dos doentes, a observação comportamental e os dados fisiológicos como a anamnese, o exame físico, as informações laboratoriais e o contexto clínico geral na orientação dos diagnósticos clínicos e das intervenções terapêuticas [9].»

REFERÊNCIAS

- [1] Lee GY, Stevens BJ. Neonatal and infant pain assessment. Chap. 35 in McGrath PJ, Stevens BJ, Walker SM, Zempsky WT (Eds.), Oxford Textbook of Paediatric Pain, 2014, pp. 353-369. Oxford, UK: Oxford University Press.
- [2] Crellin DJ Systematic review of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability tool in infants and children: is it reliable, valid, & feasible for use? Pain 2015;156:1232-51.
- [3] Crosta QR, Ward TM, Walker AJ, Peters LM. A review of pain measures for hospitalized children with cognitive impairment. J Spec Pediatr Nurs. 2014 Apr;19(2):109-18.
- [4] Malviya S, Voepel-Lewis T, Burke C, Merkel S, Tait AR. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. Paediatr Anaesth. 2006;16(3):258-265.
- [5] Pedersen LK, Rahbek O, Nikolajsen L, Moller-Madsen B. The revised FLACC score: Reliability and validation for pain assessment in children with cerebral palsy. Scand J Pain. 2015;9(1):57-61.
- [6] Solodiuk JC, Scott-Sutherland J, Meyers M, et al. Validation of the Individualized Numeric Rating Scale (INRS): a pain assessment tool for nonverbal children with intellectual disability. Pain. 2010;150(2):231-236.
- [7] Dorfman TL, Sumamo Schellenberg E, Rempel GR, Scott SD, Hartling L. An evaluation of instruments for scoring physiological and behavioral cues of pain, non-pain related distress, and adequacy of analgesia and sedation in pediatric mechanically ventilated patients: A systematic review. Int J Nurs Stud. 2014;51(4):654-676.
- [8] Voepel-Lewis T, Malviya S, Tait AR. Inappropriate opioid dosing and prescribing for children: An unintended consequence of the clinical pain score? JAMA Pediatr. 2017;171(1):5-6.
- [9] Berde C, McGrath P. Pain measurement and Beecher's challenge: 50 years later. Anesthesiology. 2009;111(3):473-474.



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.

AUTORES

Terri Voepel-Lewis, PhD, RN
Associate Professor School of Nursing
Associate Research Scientist in Anesthesiology
University of Michigan
Ann Arbor, Michigan

Carl L von Baeyer, PhD, Professor Emeritus
Department of Psychology
University of Saskatchewan,
Saskatoon, Canada

TRADUTOR

Tiago Campos, com revisão técnica da APED (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor)

Sobre a International Association for the Study of Pain®

A IASP é o principal fórum para a ciência, o exercício de Medicina e a educação na área da dor. [A associação está aberta a qualquer profissional](#) envolvido na investigação, no diagnóstico ou no tratamento da dor. A IASP conta com mais de 7000 membros em 133 países, 90 capítulos nacionais e 20 Grupos de Interesse Especial.

No âmbito do Ano Global Contra a Dor em Grupos Vulneráveis, a IASP disponibiliza uma série de fichas informativas sobre tópicos específicos relacionados com a dor em populações vulneráveis. Esses documentos foram traduzidos para diversas línguas e encontram-se disponíveis para download gratuito. Consulte mais informações em www.iasp-pain.org/globalyear.



© Copyright 2017 International Association for the Study of Pain. All rights reserved.

A IASP reúne cientistas, clínicos, prestadores de cuidados de saúde e decisores políticos com o objetivo de promover e apoiar o estudo da dor e de usar esse conhecimento para melhorar o alívio da dor em todo o mundo.