



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**A DOR PEDIÁTRICA NO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS  
PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL (DF)**

**Fernanda Nascimento Pereira Doca**

**Brasília, março de 2014**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA**

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

**Programa Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde**

**A DOR PEDIÁTRICA NO CONTEXTO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAIS  
PÚBLICOS DO DISTRITO FEDERAL (DF)**

Fernanda Nascimento Pereira Doca

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, área de concentração Psicologia da Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior (IP/UnB)

CO-ORIENTADOR: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (FMRP/USP)

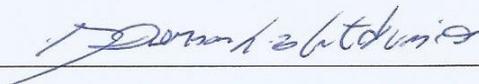
Brasília, março de 2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de  
Brasília. Acervo 1014980.

D636d	<p>Doca, Fernanda Nascimento Pereira.</p> <p>A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF) / Fernanda Nascimento Pereira Doca. -- 2014. xx, 163 f. : il. ; 30 cm.</p> <p>Tese (doutorado) - Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2014. Inclui bibliografia. Orientação: Áderson Luiz Costa Junior ; Coorientação: Maria Beatriz Martins Linhares.</p> <p>1. Dor em crianças - Tratamento. 2. Crianças - Assistência hospitalar. 3. Dor - Medição. 4. Dor - Aspectos psicológicos. 5. Hospitais públicos - Distrito Federal (Brasil). I. Costa Junior, Áderson Luiz. II. Linhares, Maria Beatriz Martins. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 159.9:362.116</p>
-------	---

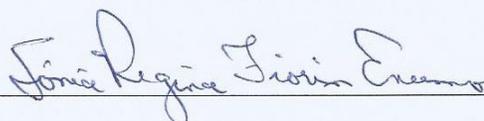
**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA**

EXAME FINAL - BANCA EXAMINADORA:



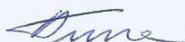
---

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior – Presidente  
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília



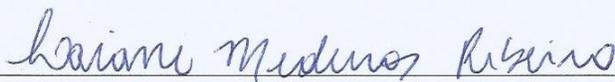
---

Profa. Dra. Sônia Regina Fiorim Enumo – Membro  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Pontifícia Universidade Católica de  
Campinas



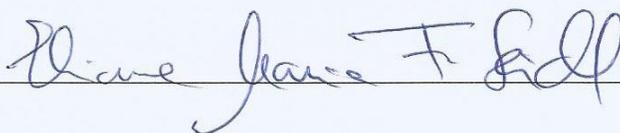
---

Profa. Dra. Virgínia Turra – Membro  
Faculdade de Psicologia - Universidade Católica de Brasília



---

Profa. Dra. Laiane Medeiros Ribeiro – Membro  
Departamento de Enfermagem - Faculdade de Ceilândia - Universidade de Brasília



---

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – Membro  
Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

---

Prof. Dra. Mércia Maria Braga Rocha – Suplente  
Faculdade de Medicina - Universidade de Brasília

Brasília, março de 2014

*“The modern field of pediatric pain was born out of a marriage of science and public concern. The science has and will continue to construct the knowledge base. However, the public concern and outcry, (...) provided the engine to move change forward. (...). Science is not enough to move knowledge into practice”.*

Patrick McGrath (2011)

## RESUMO

A dor pediátrica, historicamente, tem sido negligenciada, mesmo perante aos avanços registrados na literatura científica, com destaque à compreensão do seu processo neurofisiológico dentro do desenvolvimento infantil, aos seus efeitos adversos, a curto e longo prazo, bem como as evidências empíricas acerca dos métodos eficazes para avaliação e manejo. Pesquisas no âmbito institucional mostram falhas na transferência dos conhecimentos científicos para a prática clínica, resultando em sub-avaliação e subtratamento da dor pediátrica. O processo de desenvolvimento e implantação de políticas institucionais e/ou governamentais, para efetivo cuidado à dor, envolve o conhecimento detalhado da realidade. Este estudo foi realizado com o objetivo de caracterizar e comparar a percepção de dor dos pacientes (crianças/adolescentes), familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), assim como caracterizar a avaliação e o manejo da dor, no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF). De forma específica, buscou identificar a prevalência de dor, caracterizar seu perfil epidemiológico, verificar as ações de avaliação e manejo utilizadas no contexto hospitalar; além de avaliar a percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor da criança e as suas atitudes com relação ao uso de analgésicos para tratar a dor em crianças. O estudo foi realizado em seis hospitais públicos do DF. A amostra foi constituída por pacientes pediátricos (0-18 anos) internados, seus familiares/acompanhantes e os profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento. Os dados foram coletados por meio de roteiros de entrevistas individuais, específicos para cada tipo de participante, e questionários adaptados transculturalmente para a língua portuguesa. Os roteiros de entrevista tiveram como foco a experiência de dor da criança nas últimas 24 horas antes da realização da coleta de dados. Os questionários foram aplicados apenas aos cuidadores e se referiam às percepções dos mesmos sobre a expressão de dor na criança e a atitude perante o uso de analgésicos. Os dados foram coletados, por uma equipe selecionada e treinada para o estudo, em apenas um dia por hospital e/ou unidade, o qual foi determinado, aleatoriamente, por meio de sorteio. Os dados obtidos foram avaliados por meio de análise da estatística descritiva e correlacional (Qui-quadrado e Teste *t*), sendo adotado o nível de significância de 5 %. Os resultados evidenciaram prevalência alta de dor, embora diferente, estatisticamente, na percepção dos participantes. Comparados aos pacientes, os cuidadores perceberam menos a dor e apresentaram desconhecimento acerca de sua expressão na criança. O perfil epidemiológico da dor pediátrica no hospital, observada em um período de 24 horas, caracterizou-se como predominantemente de frequência única, curta duração, do tipo aguda-procedural, intensidade moderada ou severa, localizada principalmente no abdômen e membros superiores e inferiores. A dor foi avaliada em 75% dos casos, na percepção dos familiares/acompanhantes. Entretanto, foi subtratada, visto que na percepção de todas as categorias de respondentes, cerca de um quarto dos pacientes com dor não receberam tratamento para seu alívio. Os cuidadores, apesar de acreditarem que a dor não tratada pode causar danos físicos e psicológicos, ainda apresentaram uma atitude negativa perante o uso de analgésicos em crianças. Os achados do estudo contribuem para a formulação de hipóteses explicativas acerca dos fatores que influenciam o processo de percepção, identificação, avaliação e manejo da dor pediátrica, bem como podem subsidiar a formulação de políticas institucionais e/ou governamentais para melhorar o cuidado a dor pediátrica no contexto hospitalar.

Palavras-chave: Dor; Pacientes internados; Pediatria; Prevalência; Epidemiologia; Medição da Dor; Manejo da Dor; Auditoria Clínica.

## ABSTRACT

Pediatric pain historically has been neglected even in face of noted advances in scientific literature, with an emphasis on the understanding of its neurophysiological process within child development, its adverse effects in the short and long term, as well as the empirical evidence of the effective methods for assessment and management. Research in the institutional environment demonstrates flaws in the transferal of scientific knowledge to clinical practice, resulting in under-assessment and under-treatment of pediatric pain. The process of development and implementation of policies be they institutional or governmental, towards the effective care of pain requires a deeper understanding of reality. This study was conducted with the objective of characterizing and comparing the perception of pain of patients (children/adolescents), family/caregivers and health professionals (Medical and Nursing), as well as characterizing the assessment and management of pain, in the context of hospitalization in public hospitals of the Federal District of Brazil (DF). Specifically, the study sought to identify the prevalence of pain, characterize its epidemiological profile, verify management and assessment actions pursued in hospital settings and furthermore, to evaluate the perception of caregivers of a child's expression of pain and their attitudes towards the use of painkillers for treatment of pain in children. The study was conducted in six public hospitals of the Federal District. The sample consisted of hospitalized pediatric patients (0 to 18 years of age), their family/caregivers and health professionals responsible for their treatment. Data was collected by means of individual interviews, specific for each type of participant, and questionnaires adapted transculturally to the Portuguese language. The interview scripts focused on the child's experience of pain in the 24 hours before the collection of data. The questionnaires were applied only to caregivers and referred to their perception of expressed pain in the child and attitudes towards painkillers. Data was collected by a team selected and trained for the study, in only one day per hospital and/or unit which were determined randomly by drawing. The data obtained was evaluated by means of descriptive and correlational statistical analysis (Chi-squared and *t* test), with a significance level of 5%. Results evidenced a high prevalence of pain, albeit different, statistically, in the participant perception. Compared to the patients, the caregivers perceived less pain and presented lack of awareness of its expression in the child. The epidemiological profile of pediatric pain in the hospital, observed over a period of 24 hours, was characterized as being predominantly of singular frequency, short duration, of a procedural-acute nature, moderate or severe intensity, and located mainly in the abdomen and upper and lower limbs. Pain was assessed in 75% of the cases, in the perception of family/caregivers. However, it went by undertreated, seeing that in the perception of all participant categories, approximately a fourth of the patients with pain did not receive treatment for its relief. Caregivers, in spite of the belief that untreated pain may lead to physical and psychological damage, demonstrate negative attitudes towards the use of painkillers in children. The results of the study contribute towards the formulation of explanatory hypothesis' of factors which influence the process of perception, identification, assessment and management of pediatric pain, as well may lead to the subsidy of formulation of institutional and/or governmental studies to improve the care of pediatric pain in the hospital context.

Pain; Inpatients; Pediatrics; Prevalence; Epidemiology; Pain Measurement; Pain Management; Clinical Audit.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	VI
<b>ABSTRACT</b> .....	VII
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	XI
<b>LISTA DE QUADROS E FIGURAS</b> .....	XIII
<b>LISTA DE SIGLAS</b> .....	XIV
<b>PRÓLOGO</b> .....	XVI
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	XVIII
<b>CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 – Aspectos históricos.....	5
1.2 – Definição de dor.....	6
1.3 – A dor no desenvolvimento infantil.....	7
1.4 – Epidemiologia da dor pediátrica.....	8
1.4.1 – Prevalência de dor.....	8
1.4.2 – Tipo de dor.....	10
1.4.3 – Intensidade da dor.....	10
1.4.4 – Localização da dor.....	11
1.4.5 – Frequência da dor.....	12
1.5 – Avaliação da dor pediátrica.....	13
1.6 – Manejo da dor pediátrica.....	16
1.7 – Transferência de conhecimento científico para prática clínica.....	21
<b>CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS</b> .....	25
3.1 – Objetivo geral.....	25
3.2 – Objetivos específicos.....	25
<b>CAPÍTULO 4 – MÉTODO</b> .....	26
4.1 – Delineamento do estudo.....	26
4.2 – Amostra.....	26
4.3 – Local do estudo.....	27
4.4 – Aspectos éticos.....	29
4.5 – Instrumentos.....	29
4.5.1 – Roteiros de entrevista.....	29
4.5.2 - Questionários.....	32
4.6 – Recrutamento e treinamento da equipe.....	35

4.7 – Materiais.....	37
4.8 – Coleta de dados .....	37
4.9 – Preparação dos dados .....	41
4.10 – Análise de dados.....	41
<b>CAPÍTULO 5 – RESULTADOS .....</b>	<b>43</b>
5.1 – Características da amostra.....	44
5.2 – Características dos participantes.....	46
5.2.1 – Pacientes pediátricos .....	46
5.2.2 – Familiares/Acompanhantes .....	47
5.2.3 – Profissionais de Medicina .....	49
5.2.4 – Profissionais de Enfermagem .....	51
5.3 – Análise da dor.....	53
5.3.1 – Prevalência de dor .....	53
5.3.2 – Frequência da dor .....	59
5.3.3 – Duração da dor .....	59
5.3.4 – Tipo de dor .....	60
5.3.5 – Localização da dor .....	61
5.3.6 – Intensidade da dor .....	64
5.3.7 – Comunicação da dor .....	65
5.3.8 – Avaliação da dor.....	66
5.3.9 – Manejo da dor .....	67
5.3.10 – Alívio da dor .....	69
5.3.11 – Protocolo para manejo da dor.....	69
5.4 – Comparações entre as percepções de dor .....	70
5.5 – Análise da percepção e atitude do cuidador com relação à dor .....	71
5.5.1 – Percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor em crianças .....	71
5.5.2 – Atitudes dos cuidadores sobre uso de medicação para dor em crianças .....	77
<b>CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO.....</b>	<b>81</b>
6.1 – Qual a prevalência e as características da dor em pacientes pediátricos no contexto de internação? .....	81
6.2 – A dor pediátrica é avaliada no contexto de internação?.....	88
6.3 – Como é realizado o manejo da dor pediátrica no contexto da hospitalização? .....	89
<b>CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>94</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>98</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>109</b>
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS .....	110
ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FS/UnB .....	111
ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTES E/OU FAMILIARES/ACOMPANHANTES.....	112

<b>ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO F – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES/ACOMPANHANTES.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXO G – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>124</b>
<b>ANEXO H - TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA.....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO I – IDENTIFICAÇÃO DOS ENVELOPES .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO J – MAPA COLETA DE DADOS.....</b>	<b>133</b>
<b>ANEXO K – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA .....</b>	<b>134</b>
<b>ANEXO L – DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS .....</b>	<b>135</b>

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de leitos pediátricos nos hospitais do Distrito Federal .....	28
Tabela 2 - Parental Pain Expression Perceptions/ Percepção dos Pais sobre a Dor da Criança.....	33
Tabela 3 - Medication Attitude Questionnaire / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos .....	35
Tabela 4 - Perfil dos 397 casos da amostra total.....	44
Tabela 5 - Casos de acordo com a faixa etária e combinação dos entrevistados.....	45
Tabela 6 - Motivos que impossibilitaram a entrevista com pacientes pediátricos.....	46
Tabela 7 - Perfil dos pacientes pediátricos entrevistados (n = 76) .....	47
Tabela 8 - Motivos que impossibilitaram a entrevista com os familiares/acompanhantes .....	47
Tabela 9 - Perfil dos familiares/acompanhantes entrevistados (n = 293) .....	48
Tabela 10 - Perfil dos profissionais de Medicina entrevistados (n = 62).....	50
Tabela 11 - Perfil dos profissionais de Enfermagem entrevistados (n = 81).....	52
Tabela 12 - Prevalência de dor na percepção dos entrevistados.....	53
Tabela 13 - Prevalência de dor por sexo do paciente na percepção dos entrevistados ...	55
Tabela 14 - Prevalência de dor por faixa etária do paciente na percepção dos entrevistados .....	56
Tabela 15 - Prevalência de dor por tipo de unidade de internação do paciente na percepção dos entrevistados .....	58
Tabela 16 - Frequência de dor na percepção dos entrevistados.....	59
Tabela 17 - Duração da dor na percepção dos entrevistados.....	60
Tabela 18 - Tipo de dor na percepção dos profissionais entrevistados.....	60
Tabela 19 - Localização da dor na percepção dos entrevistados: número de localizações .....	62
Tabela 20 - Localização da dor na percepção dos entrevistados: partes do corpo, de acordo com o Body Map .....	63
Tabela 21 - Intensidade da dor na percepção dos pacientes (4-12 anos), de acordo com FPS-R .....	65
Tabela 22 - Pessoa a quem a dor foi comunicada.....	66
Tabela 23 - Quem avaliou a dor na percepção do familiar/acompanhante .....	67
Tabela 24 - Frequência e porcentagem de manejo da dor na percepção dos entrevistados .....	67
Tabela 25 - Responsável pelo manejo da dor na percepção dos pacientes e familiares/acompanhantes .....	68
Tabela 26 - Tipo de manejo da dor na percepção dos profissionais de saúde.....	68
Tabela 27 - Alívio da dor na percepção dos entrevistados.....	69

Tabela 28 - Conduta como parte do protocolo de dor na percepção dos profissionais...	70
Tabela 29 - Associação ( $\chi^2$ ) entre a percepção dos pacientes e os cuidadores sobre a prevalência de dor .....	70
Tabela 30 - Associação ( $\chi^2$ ) entre as percepções dos cuidadores sobre a prevalência de dor .....	71
Tabela 31 - Percepção dos familiares/acompanhantes sobre a expressão de dor da criança .....	72
Tabela 32 - Percepção dos profissionais de saúde sobre a expressão da dor da criança.	74
Tabela 33 - Percepção dos cuidadores acerca dos danos físicos e psicológicos causados pela dor .....	76
Tabela 34 - Atitudes dos familiares/acompanhantes sobre o uso de medicação para dor em crianças .....	78
Tabela 35 - Atitudes dos profissionais de saúde sobre o uso de medicação para dor em crianças .....	79

**LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

Figura 1 - Mapa Estrutural da Tese.....	4
Figura 2 - Fluxograma da Composição da Amostra .....	27
Figura 3 - Faces Pain Scale - Revised.....	31
Figura 4 - Equipe de Coleta de Dados.....	36
Figura 5 - Kit de Material da Coleta de Dados .....	37
Figura 6 - Fluxograma da Coleta de Dados do Estudo .....	40
Figura 7 - Percepção dos Familiares/acompanhantes sobre a Expressão de Dor da Criança.....	72
Figura 8 - Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Expressão da Dor da Criança	74

**LISTA DE SIGLAS**

ALCON - Alojamento Conjunto  
CHEOPS - *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale*  
CIPED - Cirurgia Pediátrica  
CAS - *Color Analog Scale*  
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem  
DF - Distrito Federal  
EPIC - *Evidence-based Practice for Improving Quality*  
EUA - Estados Unidos da América  
FEPECS - Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde  
FLACC - *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*  
FPS - *Faces Pain Scale*  
FPS-R - *Faces Pain Scale Revised*  
HBDF - Hospital de Base do Distrito Federal  
HCB - Hospital da Criança de Brasília  
HC-FMRP/USP - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto  
HMIB - Hospital Materno Infantil de Brasília  
HRAN - Hospital Regional da Asa Norte  
HRC - Hospital Regional de Ceilândia  
HUB - Hospital Universitário de Brasília  
HUGO - Hospital de Urgências de Goiânia  
IASP - *International Association for the Study of Pain*  
IP - Instituto de Psicologia  
JCAHO - *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization*  
LADOR - Liga Acadêmica de Dor  
MAQ - *Medication Attitude Questionnaire*  
NFCS - *Neonatal Facial Coding System*  
NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*  
NRS - *Numerical Rating Scale*  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
PedIMMPACT - *Pediatric Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials*  
PICH - *Pain in Child Health*  
PIPP - *Premature Infant Pain Profile*  
PGPDS - Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde  
PPEP - *Parental Pain Expression Perceptions*

PPQ - *Pediatric Pain Questionnaire*

SES/DF - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

SPA - Serviço de Pronto Atendimento

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

UCIN - Unidade de Cuidados Intermediários

UDIP - Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias

UnB - Universidade de Brasília

UTIN - Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

VAS - *Visual Analog Scale*

## PRÓLOGO

O presente estudo de doutorado insere-se no Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS), do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade de Brasília (UnB), na linha de pesquisa denominada “Processos Saúde-Doença”. É resultante de minha trajetória acadêmico-profissional, a qual, desde a graduação encontra-se focada na área de Psicologia da Saúde, mais especificamente em Psicologia Pediátrica.

Durante a graduação, tive a oportunidade de atuar voluntariamente, como bolsista, no Serviço de Psicologia do Hospital de Urgências de Goiânia (HUGO), onde fui apresentada à Psicologia Hospitalar. Em seguida, trabalhei voluntariamente no Hospital Araújo Jorge, na área de Oncologia, local no qual vim a realizar, posteriormente, estágio extracurricular e curricular, na Pediatria, sob supervisão da Psicóloga Patrícia Gramacho.

No âmbito profissional, atuei inicialmente como Psicóloga na Vila São José Bento Cotelengo, em Trindade, GO, na área de reabilitação e, concomitantemente, na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, no grupo de Qualidade e Humanização. Desde 2005, atuo como Psicóloga concursada, no Hospital Universitário de Brasília (HUB) da UnB, onde inicialmente estruturei o serviço de Psicologia na Pediatria e, posteriormente, atuei na Enfermaria de Clínicas Cirúrgicas (com pacientes adultos), no projeto de extensão universitária “Atendimento psicossocial aos pacientes internados no HUB: Clínicas Cirúrgica e Pediátrica”. Em 2011, passei a atuar, também, como psicóloga concursada, no Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF) da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Neste local, inicialmente, trabalhei como Psicóloga responsável pela Infectologia, Gastroenterologia e Reumatologia; entretanto, atualmente, as minhas atividades encontram-se voltadas ao atendimento ambulatorial de pacientes portadores de doenças crônicas, egressos da internação. Na SES/DF atuo também no Grupo de Trabalho Técnico em Psicologia Hospitalar, responsável pelo desenvolvimento de protocolos de atuação na área.

No âmbito acadêmico, cursei Especialização em Psicologia Hospitalar e da Saúde (2005-2006) e, em seguida o Mestrado Acadêmico (2007-2009), ambos orientados pelo Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior. O foco do Mestrado foi a atuação profissional dos psicólogos em serviços de Psicologia Pediátrica dos hospitais universitários públicos federais brasileiros, destacando-se as intervenções de preparação psicológica por eles realizados. Entre 2009-2010 realizei treinamento técnico-científico com a Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares, na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP/USP), com foco no estudo da dor pediátrica. Neste período, participei do Projeto “Programa HC Criança Sem Dor”, além de integrar a equipe de coleta de dados de outros projetos do laboratório de pesquisa em “Prevenção de Problemas do Desenvolvimento e Comportamento da Criança”, bem como realizar cursos e disciplinas extras na USP-Ribeirão Preto, SP. O treinamento abriu as portas para a inserção no

âmbito internacional de estudo e pesquisa na área de dor pediátrica, por meio de contato com o Prof. Dr. Allen Finley. Em 2010, fui convidada por ele para integrar o *Pain in Child Health* (PICH), um programa de treinamento internacional na área de dor pediátrica, com atividades à distância (*on-line*) e presenciais (realizadas anualmente no Canadá). Por meio deste programa, tive a oportunidade de participar de treinamentos técnicos e metodológicos na área de dor pediátrica, além de importantes congressos internacionais, como o *World Congress on Pain*, o *International Forum on Pediatric Pain* e a *Annual Conference of Canadian Pain Society*. Adicionalmente, o programa também oportunizou visitas técnicas a diversos laboratórios de pesquisa, dos mais renomados pesquisadores na área de dor pediátrica no mundo, viabilizando assim o estabelecimento de uma rede de conexão, com pesquisadores na área de dor pediátrica e suas equipes.

Assim, é nesse contexto de contínua e constante articulação entre assistência, pesquisa, ensino e extensão universitária que se insere o presente estudo de doutorado.

## AGRADECIMENTOS

Ingressar no doutorado foi para mim um rompimento de limites geracionais, familiares, culturais e sociais. Permanecer nele e concluí-lo foi, acima de tudo, o rompimento de limites pessoais, o qual só se fez possível com o apoio de inúmeras pessoas, cada qual da sua forma e na sua área de competência. Assim, agradeço...

Ao Prof. Áderson por me acompanhar em toda a minha trajetória na pós-graduação, desde a especialização até o doutorado. Obrigada pelo respeito, apoio e orientações.

À Profa. Beatriz, por desde o primeiro momento ter acreditado e confiado em mim. Obrigada por todos ensinamentos, orientações, incentivos e apoio, sempre com muita competência, humanidade e sensibilidade. Obrigada, sobretudo, por ter segurado em minhas mãos, não deixando eu desistir, fazendo-me chegar até aqui.

Ao Prof. Allen Finley, pela disponibilidade constante, pelos ensinamentos, apoio, incentivo e torcida, não apenas do ponto de vista acadêmico, mas também pessoal.

Ao programa “*Pain In Child Health - PICH*”, especialmente aos *principals investigators*, Bonnie Stevens, Carl von Baeyer, Celeste Johnston, Christine Chambers, Jennifer Stinson, Ken Craig, Patrick McGrath, Rebecca Pillai Riddell e Ruth Grunau. Integrar o PICH como *international trainee* foi uma das experiências mais importantes dentro do processo de formação do doutorado. Revelou-se num divisor de águas, que transformou a minha forma de perceber, ler e fazer pesquisa científica, a qual deve ter sempre por finalidade a modificação da realidade que nos cerca.

À *Mayday Foundation Canadian Institutes for Health Research*, por subsidiar financeiramente minha participação nos treinamentos anuais do PICH e congressos internacionais na área de dor.

À Profa. Dra. Margarita Urdaneta, Prof. Dr. Ronaldo Pilati e Profa. Dra. Thaíla Castral pelas valiosas contribuições na banca de qualificação.

À Profa. Dra. Sônia Enumo, Profa. Dra. Mariana Bueno, Profa. Dra. Virginia Turra, Profa. Dra. Eliane Seidl e Profa. Dra. Mércia Rocha por aceitarem o convite para a banca examinadora final deste trabalho e, pelas contribuições que, certamente advirão desta participação.

Ao Alexandre, chefe da Divisão de Psicologia do HUB, pelo total e irrestrito apoio à minha formação e prática, e por nos liderar e defender no meio das transformações e perdas que vivenciamos no hospital.

Ao Prof. Dr. Patrick McGrath, Profa. Dra. Yaffa Zisk, Profa. Dra. Jill Chorney pela autorização para tradução dos instrumentos e colaboração na adaptação transcultural deles.

À Clarissa Vaz, Gunther Zafred, Fabrício Almeida, Eduardo Weiss, Giovanna Freitas, Nicku Hunt e Taynara Segurado pelas traduções.

À equipe de coleta de dados: Angélica Maçaneiro Vieira, Daniely Damasceno de Melo, Isabella Barros Rabelo Gontijo, Isabella de Azevedo Levino, Giselle Santos Calil, Julia Fernandes Alarcon, Luciana Almeida da Silva, Mariana Amado Cordeiro e Yara do Nascimento Pitombo. Obrigada meninas, pela disponibilidade em aprender e auxiliar, pela persistência, garra e luta na árdua tarefa da realização das entrevistas. Sem o apoio de vocês, este trabalho não teria se concretizado!

Aos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de Medicina e Enfermagem por participarem do estudo, fornecendo a matéria-prima para sua concretização.

Às amigas e companheiras de jornada - Rafaella Cassiano, Beatriz Valeri, Cláudia Gaspardo, Fabíola Dantas, Vivian Klein, Luciana Leonetti, Luciana Consentino, Nátaí Antunes, Sofia Gracioli, Aline Sarillo, Ana Claudia Castro, Daniela Moré, Valéria Pereira e Sílvia Coutinho - pela convivência.

Aos colegas, *trainees* do PICH - especialmente à Ayala Gorodzinsky, Clara Abadesso, Joana Goncalves, Line Caes, Maria Dulce Damas Cruz, Marsha Campbell-Yeo, Nicole Racine, O'Brien Kyololo - por toda a acolhida, paciência, cuidado e compartilhamento de experiências e conhecimentos.

À Bia, doce guerreira, companheira, especialmente nos desafios internacionais, obrigada pela amizade.

A meus pais, Olga e Deuzelino, que apesar de não terem formação acadêmica, sempre valorizaram o estudo e nos incentivaram a buscá-lo, mesmo não compreendendo exatamente a dimensão dos graus que paulatinamente fui galgando. Agradeço por me amarem, apoiarem e estarem ao meu lado independente da situação. Agradeço, sobretudo, pela mais importante formação que alguém pode ter na vida, que é a formação moral.

Aos meus irmãos, Karla, Fabiano e Raul, por cada um, à sua maneira, estar comigo nesta jornada, amo-os muito. A você mana querida, amiga de todas as horas, companheira fiel, incentivadora incansável, ombro amigo nos momentos difíceis, presença certa nos momentos felizes, obrigada.

À minha vó Jenesy, por tudo o que representa e significa pra mim. Sinto muito sua falta!

Ao Marco Aurelio, Anjo de luz na minha vida, presente divino, esposo companheiro, carinhoso e fiel. Obrigada por tornar minha vida mais leve, completa e feliz! E, também, por tolerar, relevar e me dar suporte em todo o caos pessoal que passei nesta jornada.

Às famílias Plazzi e Palis, especialmente à Virgínia, pela acolhida, apoio e amor a mim dispensados.

À Virgínia e ao Fabrício, meus amigos-irmãos. Vocês foram fundamentais, do ponto de vista teórico, prático, pessoal e emocional, em todo o percurso do doutorado. Obrigada por

acompanharem cada passo da jornada, auxiliarem desde as pequenas até as grandes decisões e, principalmente, por permanecerem em minha vida.

À Clarissa, Wenddie e Marcela, amigas e parceiras em todos os momentos, sejam eles de alegria ou tristeza. Obrigada por compartilharmos sonhos e realizações!

Ao Rodolfo, amigo querido, presente sempre em minha vida, mesmo que fisicamente não nos encontremos. Obrigada por toda disponibilidade e ajuda quando necessário.

À Maristela, companheira de vivências e sofrimentos. Foi difícil, mas conseguimos!

À Célia Moraes pelo suporte terapêutico, de inestimável valia. Obrigada por me ajudar a desvendar e por me acompanhar pelos caminhos mais íntimos do meu ser.

Aos amigos do CECIPE, pelo suporte espiritual, fundamental à manutenção do meu equilíbrio.

Agradeço, sobretudo à Deus, por me sustentar dia após dia, por me proporcionar oportunidades de crescimento e por colocar em meu caminho cada uma das pessoas aqui mencionadas.

## CAPÍTULO 1 – INTRODUÇÃO

A dor é um problema mundial de saúde, sendo o seu alívio/tratamento, um direito humano reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2004. Entretanto, a negação da dor pediátrica, estabelecida no Século XIX e início do Século XX, ainda não foi completamente extirpada. Em pleno Século XXI, a despeito do reconhecimento da condição de vulnerabilidade da criança à dor, dos efeitos adversos desta experiência ao processo de desenvolvimento infantil e dos avanços científicos na área de avaliação e manejo da dor pediátrica, neonatos, crianças e adolescentes, ainda sofrem, desnecessariamente, com dor, tendo o seu direito violado.

Sub-identificação, sub-avaliação e subtratamento da dor pediátrica são frequentemente observados por estudiosos ao redor do mundo, por falhas no processo de transferência do conhecimento científico à prática clínica.

O primeiro passo, para melhorar o cuidado à dor pediátrica, é o conhecimento detalhado acerca da realidade que a envolve. Assim, identificar a prevalência da dor, seu perfil epidemiológico, as ações adotadas para avaliação e o manejo, permite o reconhecimento das lacunas e dos recursos disponíveis, sob os quais pode-se delinear e propor estratégias de melhoria. Estas ações incluem, entre outros, a sensibilização da instituição e da equipe de saúde para a importância do cuidado à dor, além de educação continuada de profissionais e o desenvolvimento e implantação de políticas institucionais e/ou protocolos de cuidado à dor.

É dentro deste contexto que se insere esta pesquisa de doutorado, a qual teve por objetivo caracterizar e comparar a percepção de dor dos pacientes (crianças/adolescentes), familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), assim como caracterizar a avaliação e o manejo da dor, no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF). A pesquisa pretende contribuir para o campo científico, acrescentando dados da realidade brasileira em seis diferentes hospitais públicos, na capital do Brasil, um país em desenvolvimento; além disso, contribuições para a prática clínica, no que tange a fornecer informações básicas, necessárias para o planejamento de ações de melhoria do cuidado à dor pediátrica, também são esperadas.

Para subsidiar teoricamente este estudo, inicialmente buscou-se revisar e analisar a literatura científica, a qual é apresentada no Capítulo 2 desta tese. São apresentados, no referido capítulo, dados acerca dos aspectos históricos que conduziram a situação, ainda atual, de negação e/ou negligência da dor pediátrica, bem como a definição e caracterização deste fenômeno no desenvolvimento infantil. Além disso, apresentam-se, também, características epidemiológicas da dor, em termos de prevalência, tipo, intensidade, localização e frequência, assim como métodos de avaliação e manejo da dor pediátrica. Por fim, são assinaladas dificuldades encontradas na transferência do conhecimento científico para a prática clínica e os fatores que contribuem com esta situação.

Com base nas lacunas encontradas na literatura, e no interesse dos pesquisadores responsáveis por este estudo, delinearam-se objetivos gerais e específicos, os quais nortearam a pesquisa de campo. Estes objetivos são apresentados no Capítulo 3.

No Capítulo 4, reservado à apresentação do método utilizado na condução da pesquisa, descrevem-se o delineamento da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão na amostra do estudo, os locais onde foram coletados os dados e aspectos éticos observados durante o estudo. Apresentam-se também os roteiros de entrevista, específicos para cada tipo de participante, adaptados de outro estudo brasileiro, e os questionários, traduzidos e adaptados transculturalmente para a língua portuguesa. Além disso, na seção de Método explicita-se o processo de seleção e treinamento da equipe, bem como os materiais necessários, para o seguimento dos procedimentos de coleta de dados. Por fim, neste capítulo, são relatados os procedimentos adotados nas etapas de preparação e análise dos dados.

O Capítulo 5, destinado à apresentação dos resultados, está organizado em cinco seções. Nas duas primeiras, caracteriza-se a amostra do estudo e o perfil de cada tipo de participante: pacientes pediátricos, familiares/acompanhantes, profissionais de Medicina e Enfermagem. Na terceira, expõe-se a análise da dor, no que tange à prevalência e caracterização da dor (frequência, duração, tipo, localização e intensidade), bem como dados acerca da comunicação, avaliação, manejo e alívio da dor, na percepção dos diferentes tipos de participantes. Na quarta seção, são apresentados os dados referentes à comparação das percepções dos participantes, sobre a dor pediátrica, par a par, evidenciando o grau de acordo entre eles. Por fim, a última seção dos resultados expõe a análise da percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor na criança, bem como a atitude dos mesmos com relação ao uso de medicação para dor. Nesta seção, comparam-se as percepções e atitudes dos dois grupos de cuidadores atuantes no contexto de internação: familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem, conjuntamente).

Os resultados apresentados são discutidos, à luz da literatura científica, no Capítulo 6. A discussão está orientada em três eixos, buscando responder as perguntas eliciadoras deste estudo: (a) qual a prevalência e as características da dor em pacientes pediátricos no contexto de internação? (b) a dor pediátrica é avaliada no contexto de internação? e (c) como é realizado o manejo da dor pediátrica no contexto de hospitalização?

No Capítulo 7, reservado às considerações finais, as principais conclusões e contribuições do estudo são explicitadas, indicando-se, desdobramentos para a prática clínica. Ressalta-se, ainda, as limitações do estudo, perante as quais são sugeridas algumas possibilidades de pesquisas futuras que podem contribuir, a partir deste ponto, para o avanço do conhecimento científico na área. O capítulo é encerrado com uma mensagem final, a qual expressa o desejo de, por meio deste estudo, chamar a atenção dos agentes envolvidos no cuidado à saúde de crianças e adolescentes, sejam eles familiares/acompanhantes, profissionais de saúde, gestores e

governantes, a fim de que possam empreender esforços, cada um em seu nível de atuação, para que a dor pediátrica receba a atenção e o cuidado que requerem na experiência daqueles que a vivenciam.<sup>1</sup>

A Figura 1 apresenta o mapa estrutural da tese, por meio do qual visualiza-se todos os capítulos e seções ora descritos, a fim de facilitar a compreensão do leitor.

---

<sup>1</sup> Este trabalho está formatado conforme as normas da *American Psychological Association* (APA), 6ª edição.

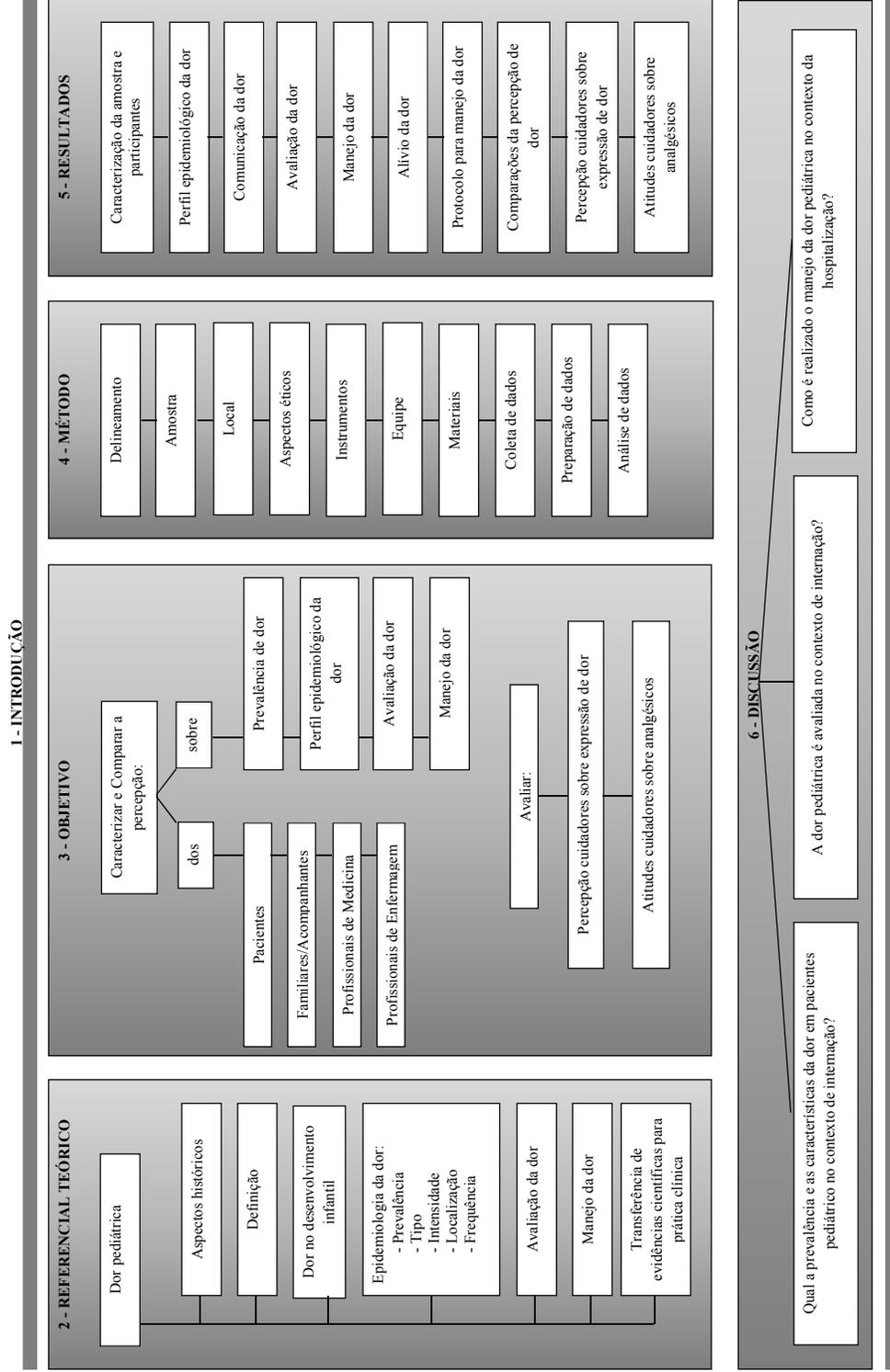


Figura 1 - Mapa Estrutural da Tese

## CAPÍTULO 2 – REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 – Aspectos históricos

A dor na infância foi amplamente reconhecida por médicos e filósofos antigos e medievais, os quais aconselhavam práticas de alívio da dor (Pabis, Kowalczyk, & Kulik, 2010; Unruh, 1992). Entretanto, no Século XIX e início do Século XX, este reconhecimento cedeu lugar a uma visão equivocada, na qual se acreditava que as crianças tinham menor sensibilidade à dor e maior tolerância ao estímulo nódico do que os adultos.

Uma revisão histórica da literatura em dor pediátrica (Rodkey & Pillai Riddell, 2013) identificou quatro fatores que pareceram ter desempenhado papel causal fundamental no estabelecimento da negação da dor em crianças, a saber: (a) a teoria de Darwin - a qual percebia a criança como um ser inferior, cuja expressão emocional envolvia apenas ações reflexas reforçadas pelo hábito; (b) o extremo rigor científico em pesquisas experimentais adotado pelos cientistas no intuito de adquirir e/ou reforçar sua credibilidade; (c) a teoria Behaviorista - a qual focava, exclusivamente, em comportamentos observáveis, reduzindo a compreensão de dor a apenas um processo de estímulo-resposta e; (d) o enfoque das pesquisas no cérebro e no sistema nervoso - por meio das quais se chegou à conclusão de que as reações lentas dos neonatos ao estímulo nódico (picadas de agulhas pelo corpo) ocorriam pelo fato deste estímulo não se estender além do nível do tálamo, sendo, portanto, consideradas reações subcorticais, interpretadas como reflexo de proteção ou irritação, e não como dor.

Em meados do Século XX, após os anos 1950, houve um decréscimo no interesse por pesquisas na área de dor pediátrica. Segundo Rodkey e Pillai Riddell (2013), este fato indica que o ceticismo acerca da inabilidade de neonatos e crianças de sentirem dor estava tão bem estabelecido, que a realização de novas pesquisas na área não se justificava. Este consenso científico acerca da imaturidade do sistema nervoso infantil para perceber e recordar a experiência dolorosa conduziu à ampla prática de não prevenção e/ou tratamento da dor nesta população. Assim, os adultos reservavam a si mesmos o direito de se protegerem da dor durante intervenções cirúrgicas, e violavam o direito dos neonatos e lactantes, ao realizarem intervenções desta natureza sem analgesia (McGrath, 2011; Schechter, Allen, & Hanson, 1986).

O cenário começou a mudar nos anos 1980, quando Kanwaljeet J. S. Anand conduziu uma série de estudos clínicos randomizados sobre dor em neonatos, nos quais comparava as reações de neonatos pré-termo e a termo, submetidos à cirurgia, com e sem anestesia. Estes trabalhos foram amplamente divulgados no meio científico, sendo os dois primeiros publicados na Revista *The Lancet*, em 1987 (Anand, Sippell, & Aynsley-Green, 1987a; Anand, Sippell, & Aynsley-Green, 1987b). A não analgesia de recém-nascidos ganhou notoriedade também nos jornais impressos e passou ser questionada no discurso público (McGrath, 2011)

Nesta mesma época, na Inglaterra, o caso de Jeffrey Lawson – um prematuro que nasceu com 25-26 semanas de gestação e 760 gramas – mobilizou a opinião pública. Ele foi submetido a uma cirurgia cardíaca e sua mãe publicou uma carta no jornal descrevendo o seu tratamento:

*Jeffrey had holes cut on both sides of his neck, another cut in his right chest, an incision from his breastbone around to his backbone, his ribs pried apart, and an extra artery near his heart tied off. This was topped off with another hole cut in his left side. The operation lasted hours. Jeffrey was awake through it all. The anesthesiologist paralyzed him with Pavulon, a drug that left him unable to move, but totally conscious. When I questioned the anesthesiologist later she said Jeffrey was too sick to tolerate powerful anesthetics. Anyway, she said, it had never been demonstrated to her that premature babies feel pain. (Lawson citado por McGrath, 2011, p. 2458).*

Estes fatos tiveram repercussão mundial e impactaram a pesquisa e a prática clínica. Surgiu a moderna área de dor pediátrica – fruto da união entre a ciência e a preocupação pública – e com ela, neonatos e crianças começaram a ter sua dor reconhecida (McGrath, 2011).

Todos estes avanços na área pediátrica foram, muito provavelmente, influenciados também pelo crescente interesse na área de dor, em geral, estimulado por John J. Bonica nas décadas de 1960 e 1970. Pesquisas e teorias desenvolvidas neste período, tais como a Teoria do Portal de Melzack-Wall, resultaram em mudanças paradigmáticas ao demonstrarem que comportamentos dolorosos eram influenciados por eventos afetivos, sendo a abordagem psicossocial eficaz no manejo da dor; que lesão tissular não é sinônimo de dor, não estando, portanto, diretamente ligada ao sofrimento e aos comportamentos dolorosos; e que o ambiente influencia fortemente os comportamentos dolorosos podendo ser responsável por sua cronificação (Loeser, 2008).

Apesar dos fatos históricos ressaltados e do impacto dos mesmos na modificação dos paradigmas teóricos, as mudanças práticas no reconhecimento da dor pediátrica ocorrem em ritmo lento e gradual, como se pode observar, a seguir, na própria definição de dor aceita em âmbito mundial.

## **1.2 – Definição de dor**

Como a mudança paradigmática na percepção da dor pediátrica começou a ocorrer no início da década de 1980, a definição estabelecida pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) em 1979, e reconhecida mundialmente, ainda não contemplava a população pediátrica. A dor foi definida como “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano” (Bonica & IASP *Subcommittee on Taxonomy*, 1979). Ainda com resquícios de dois séculos de negação da dor pediátrica, esta definição excluía populações especiais que não tinham a possibilidade de

relatar dor, tais como crianças e neonatos, sendo assim limitada, ou no mínimo insuficiente (Correia & Linhares, 2008).

Recentemente, em 2011, uma revisão da taxionomia foi publicada pela IASP e acrescentou uma nota à definição original de dor, a qual esclarece que “a inabilidade de comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de o indivíduo a experimentar e sua necessidade de receber tratamento adequado para o seu alívio” (IASP *Subcommittee on Taxonomy*, 2011). Este esclarecimento é de suma importância, visto que a impossibilidade de relato da dor não impede o seu processamento neurofisiológico, que ocorre concomitantemente ao processo de desenvolvimento infantil.

### **1.3 – A dor no desenvolvimento infantil**

Neurobiólogos do desenvolvimento têm reforçado a percepção de que as crianças, desde uma tenra idade, podem sentir dor e demonstrar comportamentos de dor específicos (Anand, Al-Chaer, Bhutta, & Hall, 2007; Beggs & Fitzgerald, 2007). Estudos recentes têm mostrado que fetos, por volta de 18 a 20 semanas de idade gestacional, assim como neonatos pré-termo, apresentam reações fisiológicas e comportamentais à dor e ao estresse (Anand & Hall, 2007; Van de Velde, Jani, De Buck, & Deprest, 2006).

De acordo com Wolf (1999), as estruturas periféricas e centrais necessárias à nocicepção estão presentes e funcionais precocemente na gestação (entre o 1º e 2º trimestre). Embora as vias transmissoras do estímulo doloroso não estejam ainda mielinizadas no feto, durante o segundo e terceiro trimestre de gestação, sendo completamente mielinizadas entre 30ª a 37ª semanas de idade gestacional, as fibras nervosas são capazes de conduzir estímulos dolorosos. A mielinização incompleta implica apenas em velocidade de condução mais lenta, no trajeto do Sistema Nervoso Central. No entanto, no recém-nascido, o impulso nervoso percorre uma trajetória de curta distância, o que acaba compensando a lentidão da transmissão do estímulo (Wolf, 1999). Em neonatos, a transmissão do impulso doloroso ocorre primeiramente ao longo das fibras C não mielinizadas em relação às fibras mielinizadas A-delta (Wolf, 1999). Existe menos precisão na transmissão do sinal de dor na medula espinal e faltam os neurotransmissores inibitórios descendentes.

Assim, os recém-nascidos possuem capacidade neurológica para perceber a dor, mesmo os neonatos prematuros (Bartocci, Bergqvist, Lagercrantz, & Anand, 2006), e exibem respostas bioquímicas, fisiológicas e comportamentais em reação a procedimentos dolorosos (Franck & Miaskowski, 1997). Os neonatos podem perceber a dor mais intensamente quando comparados a crianças mais velhas ou a adultos. Isso se explica devido a mecanismos de controle inibitório do sistema ativação-modulação que são imaturos e têm limitações em sua sensibilidade para modular a experiência dolorosa (Bartocci et al., 2006; Glover & Fisk, 2007; Lowery et al., 2007; Milh et al., 2007; Slater, Fitzgerald, & Meek, 2007).

Entretanto, há que se ressaltar que, a informação nociceptiva é processada em um sistema em constante mudança durante o desenvolvimento, o que pode gerar efeitos adversos, de curto e de longo prazo, de danos tissulares no sistema nervoso (Stevens, Anand, & McGrath, 2007).

Além de especificidades quanto ao processo neurofisiológico de transmissão, modulação e resposta, a dor pediátrica também possui especificidades quanto à sua epidemiologia, avaliação e manejo, abordados nas seções a seguir.

#### **1.4 – Epidemiologia da dor pediátrica**

Em termos etimológicos, epidemiologia (epi = sobre; demo = população; logos = tratado) é o estudo do que afeta a população. O foco das investigações epidemiológicas é a distribuição e os determinantes de eventos relacionados à saúde, que permitem a compreensão de sua etiologia, história e impacto, além dos fatores de risco a ela associados (Crombie, 1999; Pereira, 1995).

Apesar de relativamente pouco frequentes na literatura científica na área de dor pediátrica, especialmente no contexto de internação, os estudos epidemiológicos constituem pré-requisitos fundamentais para o desenvolvimento e planejamento de políticas institucionais e/ou públicas (Crombie, 1999; Cummings, Reid, Finley, McGrath, & Ritchie, 1996), tão necessárias à adequada avaliação e manejo da dor.

Dentre os indicadores mais frequentemente adotados em epidemiologia, encontra-se o perfil de morbidade da população, o qual se refere à situação e/ou frequência de determinado evento relacionado à saúde. A frequência em epidemiologia é avaliada em termos de número de casos novos (incidência) ou número de casos existentes (prevalência) em um determinado período de tempo, sendo que a primeira revela a magnitude e a segunda a importância do dano à saúde.

##### **1.4.1 – Prevalência de dor**

Os estudos que objetivam identificar a prevalência de dor pediátrica têm sido desenvolvidos utilizando, principalmente, entrevista direta ao paciente ou, na impossibilidade desta, ao seu familiar/acompanhante, ou ainda ao profissional de saúde responsável por seu cuidado. Usualmente, os dados das entrevistas são complementados pela análise/revisão do prontuário do paciente. Exemplos de estudos que utilizaram a medida de prevalência na área de dor pediátrica, no contexto hospitalar, foram publicados por Forgeron, Finley e Arnaout (2005), Melotti et al. (2005), Taylor, Boyer e Campbell (2008), Kozłowski et al. (no prelo) e Linhares et al. (2012).

O estudo realizado por Forgeron, Finley e Arnaout (2005) avaliou a prevalência da dor pediátrica por meio de entrevista a 35 pacientes de um hospital oncológico na Jordânia. Os

autores identificaram 20 pacientes com dor (57%), sendo que 11 estavam internados e nove eram atendidos ambulatoriamente.

No estudo de Melotti et al. (2005), por sua vez, foram entrevistados pacientes adultos e pediátricos (6-18 anos), em um hospital italiano. Identificaram que, dentre os 32 pacientes pediátricos entrevistados, 34% relataram dor nas 24 horas anteriores à entrevista, sendo que 25% relataram permanecerem com dor no momento da coleta de dados.

No estudo de Taylor, Boyer e Campbell (2008) foram entrevistados pacientes, familiares ou a enfermeira responsável, sobre a dor de 241 pacientes pediátricos internados em um hospital canadense. Houve uma prevalência de dor de 77% entre os pacientes pediátricos internados no dia estabelecido para coleta de dados.

O estudo prospectivo de Kozlowski et al. (no prelo), realizado no *Johns Hopkins Children's Center*, nos Estados Unidos da América (EUA), utilizou entrevistas com pacientes (autorrelato) ou, na impossibilidade desta, familiares (heterorrelato) e revisão do prontuário, com foco em cinco dias de internação. Por meio das entrevistas identificaram que 86% dos 199 pacientes tiveram dor no período da coleta de dados, sendo que os pacientes cirúrgicos relataram mais dor do que os pacientes internados por motivos clínicos.

No Brasil, até onde se sabe, o único estudo de prevalência de dor em pacientes internados foi realizado por Linhares et al. (2012) no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP/USP). No contexto institucional do referido hospital, os autores avaliaram a prevalência de dor nas 24 horas anteriores à coleta de dados, por meio de entrevista ao paciente (> 2 anos), familiar/acompanhante, profissionais de Medicina e Enfermagem, e análise do prontuário. Dos 34 pacientes pediátricos entrevistados, 59% relataram dor. Dentre os 82 familiares/acompanhantes entrevistados, 49% relataram dor pediátrica nas últimas 24 horas. Os profissionais de Medicina e Enfermagem relataram, respectivamente, 38% e 50% de pacientes pediátricos com dor. Por fim, houve registro de dor em apenas 36% dos prontuários. Adicionalmente, Linhares et al. (2012) verificaram o grau de acordo entre o relato de dor dos diferentes respondentes e, observaram que houve concordância em 59 casos, entre o relato do paciente ou, na impossibilidade deste, o relato do familiar/acompanhante, e o relato dos profissionais de saúde.

A análise do indicador de morbidade apresentado, a prevalência, indica uma alta frequência de dor na população pediátrica, no contexto hospitalar, a qual se sabe que, em termos desenvolvimentais, é mais vulnerável e suscetível a efeitos adversos da experiência de dor, tanto a curto quanto a longo prazo. Entretanto, para o adequado planejamento e desenvolvimento de políticas institucionais e/ou públicas, o conhecimento da prevalência de dor, não é suficiente. Para tanto, faz-se necessária a caracterização epidemiológica desta condição, indicando, por exemplo, o tipo de dor, a severidade/intensidade, localização, frequência e duração deste evento, como proposto por Goodman e McGrath (1991).

### **1.4.2 – Tipo de dor**

A dor pode ser do tipo aguda, crônica ou recorrente (Turk & Okifuji, 2009). A dor aguda é reativa a um estímulo doloroso e cessa após a remoção do mesmo; relaciona-se espacial e temporalmente à lesão causadora e funciona como alerta para o organismo (Turk & Okifuji, 2009). Pode ocorrer em decorrência de procedimentos médicos, tais como vacinação e punção venosa; cirurgias ou outras intervenções invasivas, ferimentos ou ainda devido à doença/quadro clínico (McGrath et al., 2008).

A dor crônica envolve um processo patológico crônico nas estruturas somáticas ou um dano ao Sistema Nervoso Central (Basbaum, Bushnell, & Devor, 2005; Howard, 2005; Jones, 2005). Pode ser iniciada por uma lesão ou doença, mas persiste por fatores que são patogeneticamente e fisicamente distantes da causa originária (Turk & Okifuji, 2009). Em termos temporais, sua persistência se estende por mais de três meses e sua intensidade é suficiente para interferir nas atividades de vida diária da criança (Puccini & Bresolin, 2003). Entre as dores crônicas pode-se citar a cefaléia, dor abdominal recorrente, dor lombar ou em membros, dor musculoesquelética, entre outras (Schechter, 2006).

A dor recorrente, por sua vez, caracteriza-se por ocorrências intermitentes de dor, com episódios/surtos relativamente com duração, intensidade e frequência diversificados, intercalados por períodos completamente livres de dor (Turk & Okifuji, 2009).

No estudo realizado por Linhares et al. (2012), no Brasil, a dor pediátrica no contexto de internação, foi avaliada pelos profissionais de saúde como sendo majoritariamente do tipo aguda. Dos 44 pacientes com dor, na percepção dos profissionais de Medicina, 93% apresentavam dor aguda. Os profissionais de Enfermagem, por sua vez, perceberam dor em 60 pacientes, sendo que destes, 92% apresentavam dor aguda na percepção destes profissionais.

Com relação à prevalência da dor crônica e recorrente, pode-se citar a revisão sistemática da literatura realizada por King et al. (2011), a qual incluiu 42 estudos com amostras de pessoas da comunidade, realizados em vários países tais como Alemanha, Brasil, Canadá, EUA, Finlândia, Grécia, Islândia, Reino Unido, Singapura, Suécia, Turquia, entre outros. Esta revisão indicou uma alta prevalência de dor crônica e recorrente em crianças/adolescentes, como por exemplo: cefaléia (8-83%); dor abdominal (4-53%); dor lombar (14-24%) e dor musculoesquelética (4-40%).

### **1.4.3 – Intensidade da dor**

Apesar do reconhecimento do caráter multidimensional da dor, a intensidade é o aspecto mais comumente avaliado nos ensaios clínicos (Stinson, Kavanagh, Yamada, Gill, & Stevens, 2006). Reduzir a complexidade da dor a sua intensidade pode parecer negligência por um lado, entretanto, von Baeyer (2006) afirma a necessidade desta simplificação, visto que permite

avaliar sensivelmente os efeitos de alívio da dor causados pelo uso de intervenções para seu manejo.

Entre os estudos que avaliaram intensidade da dor em pacientes pediátricos internados para tratamentos de saúde, pode-se citar o estudo de Cummings et al. (1996). Os autores avaliaram a intensidade da dor em 231 pacientes pediátricos por meio do autorrelato do paciente (maior de 5 anos de idade) ou do heterorrelato do familiar/acompanhante. Utilizaram a escala *Faces Pain Scale* (FPS) de 7 pontos (0 = sem dor; 6 = pior dor possível), por meio da qual avaliaram a intensidade da pior dor sentida durante a internação, a dor sentida usualmente e a dor no momento da entrevista, estabelecendo que escores acima de três eram clinicamente significantes. Assim, identificaram que 49% dos pacientes tiveram níveis de dor clinicamente significativo com relação a pior dor sentida durante a internação e, 21% com relação a dor sentida usualmente.

O estudo de Melotti et al. (2005) também identificou a intensidade da dor, utilizando porém, a escala *Numerical Rating Scale* (NRS). Observou que dos 32 pacientes pediátricos avaliados, 19% sentiam dor moderada ou grave no momento da entrevista. O percentual de dor qualificada como moderada ou grave foi ainda maior (31%) considerando as 24 horas anteriores à entrevista.

Mais recentemente, a pesquisa realizada por Kozlowski et al. (no prelo) indicou que 40% dos pacientes relataram dor moderada ou severa em algum momento do período de hospitalização analisado (5 dias). E, no estudo de Stevens et al. (2014), dentre os 640 pacientes pediátricos avaliados, 19% apresentaram dor severa, 31% dor moderada, 40% dor leve e 10% não tiveram dor.

#### **1.4.4 – Localização da dor**

A avaliação da localização da dor apesar de ser menos utilizada do que as medidas de intensidade, é importante para o diagnóstico, tratamento e avaliação da eficácia das intervenções de manejo da dor. Segundo von Baeyer, Lin, Seidman, Tsao e Zeltzer (2011), os principais meios de avaliação de localização da dor são: (a) inquérito verbal ao paciente; (b) *checklist* de possíveis localizações da dor e; (c) mapa corporal no qual o paciente pode assinalar/colorir a localização exata da dor.

O mapa corporal (*body map*), também é denominado gráfico da dor (*pain chart*), manequim da dor (*pain manikins*), desenho da dor (*pain drawing*), entre outros. Segundo von Baeyer et al. (2011), seu uso foi introduzido por Melzack, como parte do *McGill Pain Questionnaire* (Melzack, 1975), um instrumento de avaliação de descritores e intensidade de dor em adultos.

Um estudo realizado por von Baeyer et al. (2011) indica que o mapa corporal da dor tem sido amplamente utilizado e, muitas vezes, associado a questionários multidimensionais de

avaliação de dor e/ou diários de dor, apesar de ainda requerer estudos acerca de sua validade. Os autores discutem questões técnicas relativas à demarcação, ou não, das áreas corporais, ao número de áreas a serem demarcadas, ao uso, ou não, de vestuário, ao gênero, idade e etnicidade representadas e o tamanho do desenho. Baseado nos estudos disponíveis na literatura, os autores recomendam o uso do mapa corporal da dor desenvolvido no estudo “*SUPER-KIDZ: Ask me where it hurts*” por Stinson et al. (2009). Este mapa corporal utiliza a demarcação de 21 áreas corporais, provenientes de um consenso entre clínicos e pesquisadores, nas quais não há diferenciação de lateralidade (direito/esquerdo).

No estudo realizado por Linhares et al. (2012), os profissionais de Medicina e Enfermagem relataram dor nos pacientes pediátricos (0-18 anos) principalmente nos membros superiores e/ou inferiores (22% e 37%), seguido pelo tórax, o qual inclui o abdômen e as costas (25% e 15%) e, pela face, cabeça e/ou pescoço (19% e 15%), respectivamente.

#### **1.4.5 – Frequência da dor**

Apesar de a avaliação de aspectos temporais dos episódios de dor, tais como a sua frequência e duração, serem importantes para melhor caracterização da dor pediátrica, estes aspectos têm sido observados, diretamente, apenas com relação à dor crônica. No que tange à dor aguda, pode-se depreender a frequência da dor, por meio dos estudos que observaram o número de procedimentos dolorosos a que os pacientes são submetidos durante a internação.

O estudo realizado por Carbajal et al. (2008), de delineamento observacional prospectivo, foi desenvolvido em 13 Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), na França. Os autores observaram os procedimentos potencialmente capazes de gerar dor, estresse ou desconforto nos primeiros 14 dias de internação de 430 neonatos, identificando que cada neonato foi submetido, em média, a 75 procedimentos dolorosos durante o período de coleta de dados, sendo, em média, 10 procedimentos dolorosos por dia.

O estudo de Johnston et al. (2011), também de delineamento observacional prospectivo, foi realizado em 14 UTINs, no Canadá, nas quais os pesquisadores acompanharam 582 neonatos e lactentes durante realização de todos os procedimentos dolorosos ao longo de uma semana. Observaram uma média de 5,8 procedimentos causadores de dano tecidual (por exemplo: coleta de sangue e punção lombar) por semana, sendo 0,82 por dia, em média, para cada neonato; além de uma média de 25,6 procedimentos dolorosos, mas não causadores de dano tecidual (por exemplo: intubação endotraqueal e exame oftalmológico), por semana, sendo, em média, três por dia para cada neonato.

O estudo de Stevens et al. (2011), por sua vez, analisou retrospectivamente o prontuário de 3822 pacientes pediátricos em oito hospitais canadenses, identificando que 78,2% foram submetidos a, pelo menos, um procedimento doloroso nas 24 horas imediatamente antecedentes à coleta de dados. Identificaram, ainda, que os pacientes pediátricos foram submetidos a uma

média de 6,3 procedimentos dolorosos no período da coleta de dados, sendo esta média maior nas unidades intensivas comparadas às unidades clínicas e cirúrgicas.

Por sua vez, Chen et al. (2012) avaliaram prospectivamente a dor em 108 neonatos internados em uma das maiores UTIN da China. Os pesquisadores utilizaram o *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) para avaliar a dor dos neonatos em todos os procedimentos dolorosos a que foram submetidos ao longo da hospitalização. Identificaram que os neonatos pré-termo eram submetidos, em média, a 100 procedimentos dolorosos durante a internação, com uma média de seis por dia. Os neonatos a termo, por sua vez, eram submetidos a um número menor de procedimentos dolorosos, em média 56 ao longo da internação e cinco por dia.

Nota-se que os estudos, nos quais se pode observar, indiretamente, a frequência da dor aguda durante a hospitalização, são mais frequentemente realizados em contexto de cuidados intensivos a pacientes neonatais, considerando o fato de que o diagnóstico e tratamento das condições de saúde/doença nesta faixa etária implica no uso de inúmeras intervenções dolorosas para manutenção e suporte de vida.

### **1.5 – Avaliação da dor pediátrica**

Neonatos, lactentes, crianças e adolescentes com dor diferem-se dramaticamente em termos físicos, emocionais, comportamentais e sociais. Essas diferenças implicam no uso de instrumentos diferentes de avaliação e estratégias de manejo de dor, de acordo com o nível de desenvolvimento (Craig & Korol, 2008). A escolha do instrumento de avaliação de dor deve considerar também os critérios psicométricos dos mesmos, tais como validade, fidedignidade, sensibilidade, especificidade e aplicabilidade clínica.

Baseados em critérios psicométricos, bem como no detalhamento dos instrumentos disponíveis na literatura e no número/qualidade de publicações de estudos utilizando medidas de dor, duas iniciativas, complementares, analisaram os instrumentos de avaliação de dor pediátrica, fazendo recomendações acerca de seu uso. A primeira iniciativa, vinculada à *Society of Pediatric Psychology*, refere-se a uma força tarefa, liderada por La Greca em 2002, com o objetivo de identificar, criticar e divulgar informações relativas às medidas de avaliação utilizadas em Psicologia Pediátrica (Cohen, La Greca, et al., 2008), inclusive na área de dor pediátrica (Cohen, Lemanek, et al., 2008; Stinson et al., 2006; von Baeyer & Spagrud, 2007). A segunda iniciativa, refere-se ao *Pediatric Initiative on Methods, Measurement, and Pain Assessment in Clinical Trials* (PedIMMPACT), um consenso internacional sobre medidas recomendadas para avaliação de dor pediátrica, de acordo com a idade da criança e do tipo de dor (McGrath et al., 2008). Ambas as iniciativas, classificaram os instrumentos de avaliação da dor pediátrica em: (a) bem estabelecidos (*well-established assessment*); (b) quase bem estabelecidos (*approaching well-established assessment*) e; (c) promissores (*promising*

*assessment*) (Cohen, La Greca, et al., 2008). Os instrumentos recomendados, por uma e/ou outra iniciativa, serão apresentados a seguir, de acordo com a faixa etária a que se destinam.

A avaliação de dor em neonatos a termo e pré-termo é realizada por meio de instrumentos observacionais, os quais podem utilizar indicadores comportamentais (atividade facial, movimento corporal), indicadores fisiológicos (saturação de oxigênio, batimento cardíaco, cortisol salivar, entre outros) e/ou aspectos do contexto (idade gestacional, estado de sono e vigília, entre outros). A literatura recomenda, para avaliação de dor em neonatos, os instrumentos *Neonatal Facial Coding System* - NFCS (Grunau & Craig, 1987), traduzido para língua portuguesa por Linhares e Chimello (2002); *Premature Infant Pain Profile* - PIPP (Ballantyne, Stevens, McAllister, Dionne, & Jack, 1999; Stevens, Johnston, Petryshen, & Taddio, 1996), traduzido para língua portuguesa por Bueno, Costa, Oliveira, Cardoso, & Kimura (2013); e *Neonatal Infant Pain Scale* – NIPS (Lawrence et al., 1993).

A partir dos dois anos de idade, a criança pode fornecer informações sobre sua dor, entretanto, nesta faixa etária raramente compreende os conceitos relativos à intensidade e qualidade da dor (Correia & Linhares, 2008). Portanto, a literatura recomenda a utilização do instrumento *Poker Chip Tool / Pieces of Hurt Tool* (Hester, 1979; Hester, Foster, & Kristensen, 1990).

Com o avanço das habilidades de linguagem e comunicação social, por volta dos três anos de idade, a utilização de medidas de autorrelato (*self-report*) pode ser utilizada com maior confiabilidade. As escalas de autorrelato de dor privilegiam, em geral, o relato da intensidade da dor. Dentre essas escalas, a literatura recomenda o uso da *Faces Pain Scale-Revised* - FPS-R (Bieri, Reeve, Champion, Addicoat, & Ziegler, 1990; Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar, & Goodenough, 2001), *Visual Analog Scale* - VAS (Scott, Ansell, & Huskisson, 1977), *Numerical Rating Scale* - NRS (von Baeyer et al., 2009) e *Oucher Scale* (Beyer, 1984; Beyer & Aradine, 1986). Há que se ressaltar que, apesar do autorrelato sobre a experiência subjetiva da dor das crianças ser muito importante, este indicador deve ser associado a outras medidas, tais como observação direta de comportamentos, heterorrelato dos pais, dados clínicos e informações sobre o ambiente social em que a criança vive (von Baeyer, 2006).

Vários outros instrumentos são recomendados pela literatura científica para avaliação de dor pediátrica, tais como as escalas para avaliação de dor em contexto pós-operatório: *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability* - FLACC (Manworren & Hynan, 2003; Merkel, Voepel-Lewis, Shayevitz, & Malviya, 1997) e *Children's Hospital of Eastern Ontario Pain Scale* - CHEOPS (McGrath, Johnson, Goodman, Dunn & Chapman, 1985). A escala COMFORT (Ambuel, Hamlett, Marx, & Blumer, 1992) para avaliação de dor em contexto de cuidado intensivo/crítico. O questionário *Non-communicating children's pain checklist-revised* (Breau, McGrath, Camfield, & Finley, 2002), desenvolvido para avaliação de dor em crianças com problemas de comunicação, por prejuízos neurológicos ou transtornos do desenvolvimento. Ou,

ainda, os diários de dor, os quais são dirigidos à avaliação da dor crônica, tais como o *The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire - PPQ* ou o *Pain Diary* (Hunfeld et al., 2001; Hunfeld et al., 2002).

Como pode-se perceber, há uma vasta gama de opções de instrumentos para avaliação de dor pediátrica, os quais já foram submetidos a estudos psicométricos de validade. Incontáveis outros instrumentos encontram-se em fase de desenvolvimento e/ou análise de validade. Segundo Stevens et al. (2012), considerando apenas a avaliação de dor aguda, existem na literatura mais de 40 medidas de dor para neonatos, 30 medidas de autorrelato de dor para crianças e 20 medidas observacionais de dor. Apesar disso, a dor pediátrica continua sendo subavaliada.

No estudo realizado por Taylor et al. (2008), por exemplo, a revisão de 212 prontuários dos pacientes pediátricos indicou que 73% não tiveram qualquer avaliação de dor registrada no período de 24 horas anteriores à coleta de dados.

O estudo de Harrison, Loughnan e Johnston (2006) analisou as práticas de avaliação de dor em 105 unidades de tratamento neonatal na Austrália e verificou que apenas 6% utilizavam, regularmente, uma ou mais escalas de avaliação de dor.

O estudo de Stevens et al. (2012), por sua vez, examinou 3.840 prontuários de pacientes pediátricos (0-18 anos) em oito hospitais canadenses, com foco na avaliação da dor nas últimas 24 horas antes da coleta de dados. Os autores verificaram que 68,4% dos prontuários tinham, pelo menos, uma avaliação de dor, com média de 3,3 avaliações de dor realizadas, no período de 24 horas, por paciente. A dor foi avaliada por meio de instrumento de medida validado em apenas 28,1% dos casos, sendo as escalas NRS e FLACC as mais utilizadas. Importante ressaltar ainda que em 5,4% (n = 206) dos casos, o instrumento de medida era validado, porém, inadequado à idade do paciente.

No estudo realizado por Kozlowski et al. (no prelo) a avaliação de dor utilizando escala validada e adequada à idade, foi documentada por profissionais de Enfermagem em 96% dos 199 prontuários analisados. Os profissionais de Medicina descreveram a dor em 48% dos prontuários, todavia, em apenas 5% destes prontuários eles registraram escores de avaliação de dor utilizando escalas validadas.

No Brasil, o estudo de Linhares et al. (2012) indicou que a avaliação da dor, utilizando escalas validadas, praticamente não foi relatada pelos profissionais de saúde. Estes referiram avaliar a dor, prioritariamente, por meio do relato do paciente, da avaliação clínica ou da observação de sinais/sintomas de dor. A análise do prontuário, realizada no referido estudo, indicou que a avaliação de dor foi registrada em 31 dos 118 prontuários analisados. Entretanto, em apenas 15 prontuários havia o registro de mensuração de dor por meio de escala validada (NFCS, NIPS ou COMFORT).

De forma complementar, no estudo de Linhares et al. (2014) foram entrevistados 92 profissionais de saúde sobre a avaliação de dor no paciente pediátrico. Os autores verificaram que 84% dos participantes avaliavam a dor em sua rotina clínica. Entretanto, esta avaliação era, prioritariamente, realizada por meio de avaliação clínica (anamnese e exame físico). Apenas 29% dos profissionais referiram o uso de medidas validadas para mensuração da dor pediátrica, apesar de 43% ter referido a disponibilidade de escalas em seu setor de trabalho.

Consequentemente, a subavaliação da dor pode ter impacto direto no manejo adequado e efetivo para alívio da dor no contexto hospitalar.

### **1.6 – Manejo da dor pediátrica**

O manejo da dor pediátrica pode ser realizado por meio de intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. As primeiras, de uso específico dos médicos, envolvem o uso de analgésicos, anestésicos, sedativos e/ou outras drogas para prevenção e/ou tratamento da dor, as quais variam em termos de dose, intervalo e via de administração. De acordo com Finley (2001), a escolha da medicação deve considerar o objetivo a ser alcançado em termos de nível de sedação, a duração do procedimento, além de requerer um profundo conhecimento dos efeitos, complicações, indicações de cada droga e a interação entre elas. Os riscos no uso de sedação e/ou analgesia incluem apneia, dessaturação de oxigênio, broncoespasmo, arritmia, náusea, vômito, aspiração, entre outros. Apesar destes riscos, há que se considerarem os avanços significativos nas habilidades e técnicas de monitoramento e o estabelecimento de normas e recomendações técnicas, os quais reduzem a chance de ocorrência dos efeitos adversos (Finley, 2001).

As intervenções não farmacológicas, por sua vez, podem ser utilizadas, em geral, por qualquer profissional de saúde e/ou mesmo pelo familiar/acompanhante do paciente. Inúmeras intervenções não farmacológicas podem ser eficazes no alívio da dor pediátrica, devendo a escolha da técnica considerar a idade do paciente, o tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crônica), o contexto da dor (procedimentos ou exames invasivos e dolorosos, cirurgia, quadro clínico, entre outros), assim como as características da dor (frequência, duração, localização, intensidade, entre outros) (Linhares & Doca, 2010).

As intervenções não farmacológicas consideradas eficazes para alívio de dor em neonatos são as seguintes: sacarose (Stevens, Yamada, & Ohlsson, 2010) e outras soluções adocicadas (Harrison, Bueno, Yamada, Adams-Webber, & Stevens, 2010; Harrison et al., 2010), leite materno (Shah, Aliwalas & Shah, 2009), método canguru (Warnock et al., 2010) ou contato pele-a-pele (Castral, Warnock, Leite, Haas, & Scochi, 2008; Johnston, Campbell-Yeo, Fernandes, Inglis, Streiner, & Zee, 2014), a sucção não nutritiva (chupeta) e o enrolamento/toque palmar (Pillai Riddell, Racine, Turcotte, Uman, Horton, Din Osmun, Kohut,

Stuart, Stevens, & Lisi, 2011; Pillai Riddell, Racine, Turcotte, Uman, Horton, Din Osmun, Kohut, Stuart, Stevens, & Gerwitz-Stern, 2011).

A sacarose é uma das intervenções não farmacológicas mais recomendadas pela literatura para manejo de dor aguda em neonatos. Uma revisão sistemática da literatura realizada por Stevens, Yamada e Ohlsson (2010) identificou que a sacarose é segura e eficaz para redução da resposta de choro, saturação de oxigênio e os escores de dor em escalas validadas para esta idade. Adicionalmente, um estudo brasileiro, realizado por Gaspardo, Miyase, Chimello, Martinez e Linhares (2008), verificou que a eficácia da sacarose, para o alívio da dor em procedimentos realizados em neonatos internados na UTIN, é mantida mesmo com o uso de repetidas doses, além de não apresentar efeitos colaterais. Outras soluções adocicadas, como por exemplo a glicose, também são eficazes para o manejo da dor em neonatos, tal como apresentado nas revisões sistemáticas de Harrison, Bueno, et al. (2010) e Harrison, Stevens, et al. (2010).

Outra intervenção eficaz no manejo da dor em neonatos submetidos à dor aguda procedural é o aleitamento materno ou leite materno. Segundo revisão sistemática realizada por Shah, Aliwalas e Shah (2009), ensaios clínicos randomizados mostram que esta intervenção reduz o choro e promove menor aumento do batimento cardíaco durante o procedimento doloroso, comparado ao grupo placebo, não intervenção ou posicionamento do bebê. Entretanto, um estudo realizado por Bueno et al. (2012), no Brasil, indicou que, baseado nos escores do PIPP e nas respostas de choro, o leite materno apresentou menor alívio de dor comparado à glicose 25% durante a lancetagem de calcâneo.

O contato pele-a-pele também se apresenta como uma intervenção eficaz e segura para o manejo da dor em neonatos, conforme indicado pela primeira revisão sistemática desta intervenção desenvolvida por Johnston, Campbell-Yeo, Fernandes, Inglis e Streiner (2014). Os autores destacam que, não obstante haver ainda necessidade de estudos que avaliem o tempo ideal de duração da intervenção, o seu uso repetido e os efeitos a longo prazo; o contato pele-a-pele tem se apresentado como uma intervenção aparentemente eficaz e benéfica para manejo de dor em neonatos.

Além das soluções adocicadas, do leite materno e do contato pele-a-pele, outras intervenções não farmacológicas são comprovadamente eficazes para manejo da dor em neonatos e crianças menores. Uma revisão sistemática, realizada por Riddell et al. (2011), avaliou a eficácia das intervenções não farmacológicas para dor aguda procedural em crianças de até três anos de idade, as quais foram separadas em: neonatos pré-termo ( $\leq 36$  semanas), neonatos a termo (37 semanas até 1 mês de idade) e crianças (1 a 36 meses de idade). A eficácia das intervenções foi avaliada por meio da reatividade à dor e da regulação imediata à dor, sendo classificada em termos de evidência suficiente ou evidência limitada. As intervenções com evidência de eficácia suficiente para o manejo da dor em neonatos pré-termo são o método

canguru, a sucção não nutritiva (chupeta) e o enrolamento/toque palmar (*swaddling/tucking-related*). Para os neonatos a termo o uso da sucção não nutritiva foi a única que apresentou eficácia suficiente tanto no que se refere à reatividade quanto à regulação. Por fim, para as crianças de até três anos, ainda não existe intervenção com eficácia suficientemente comprovada, sendo que a distração com vídeos é a única que apresenta evidência de eficácia, porém limitada (Pillai Riddell, Racine, Turcotte, Uman, Horton, Din Osmun, Kohut, Stuart, Stevens & Lisi, 2011; Pillai Riddell, Racine, Turcotte, Uman, Horton, Din Osmun, Kohut, Stuart, Stevens & Gerwitz-Stern, 2011).

As intervenções não farmacológicas eficazes para o alívio da dor em crianças e/ou adolescentes são as intervenções psicológicas. Chambers, Taddio, Uman e McMurtry (2009) em uma revisão sistemática da literatura acerca da eficácia das intervenções psicológicas na redução da dor durante a rotina de imunização em crianças, verificou que os exercícios de respiração, distração (auto ou heterodirigida) e intervenções cognitiva-comportamentais são eficazes para reduzir a dor e o *distress* durante a rotina de imunização.

O estudo de Uman, Chambers, McGrath e Kisely (2008) também avaliou a eficácia de intervenções psicológicas, porém para uma faixa etária mais ampla (crianças e adolescentes de 2 a 19 anos), no contexto de procedimentos dolorosos que utilizam agulhas (por exemplo: punção venosa e lombar, injeção intramuscular, aspiração de medula, entre outros). Os autores identificaram evidências científicas suficientes acerca da eficácia de terapia cognitivo-comportamental, distração, hipnose e preparação psicológica na redução de auto e/ou heterorrelato de dor e estresse. Importante ressaltar que a meta-análise realizada pelos autores indicou uma redução média de 20,65% de dor poderia ser atribuída a estas intervenções.

Se por um lado há evidências científicas suficientes acerca de várias intervenções para manejo da dor pediátrica, por outro a literatura indica um subtratamento da dor nesta população. O estudo de Cummings et al. (1996) revelou que os pacientes pediátricos recebiam consideravelmente menos doses de opióides e não-opióides do que lhe eram prescritos, indicando que o manejo da dor pediátrica deve ser mais efetivamente implantado e acompanhado.

No estudo de Taylor et al. (2008), do total de pacientes pediátricos que tiveram dor nas 24 horas antes da entrevista, apenas 44% receberam alguma medicação para alívio da dor. Os autores calcularam ainda um índice de manejo de dor, o qual indicava a adequação da medicação ao nível de dor relatado, revelando que em 43% dos casos a dor pediátrica foi subtratada, com o uso inadequado de medicações analgésicas.

O estudo de Harrison et al. (2006), por sua vez, foi realizado em 105 unidades de tratamento neonatal na Austrália, das quais 15% tinham protocolos de dor estabelecidos para a prática clínica. Nos procedimentos que geravam menos dor, a estratégia de manejo mais adotada era a sucção não nutritiva (mais conhecida como chupeta), seguida por medidas de conforto

físico/corporal. As soluções adocicadas eram utilizadas em 23% das unidades, porém de modo infrequente.

No estudo de Carbajal et al. (2008) foi identificado que, dentre os 42.413 procedimentos dolorosos observados em 13 UTINs, na França, apenas 2% eram executados com uso de manejo farmacológico associado, 18% com manejo não farmacológico e 20% com manejo farmacológico e/ou não farmacológico para prevenção e/ou tratamento da dor.

O estudo de Johnston et al. (2011) foi realizado em 14 UTINs no Canadá e verificou que, apesar de 10 UTINs possuírem protocolos de prevenção e manejo da dor, 46% dos procedimentos dolorosos causadores de dano tecidual e 57% dos procedimentos dolorosos sem dano tecidual eram realizados sem intervenção analgésica. Apesar de grande número de procedimentos dolorosos serem realizados sem analgesia, os autores destacaram o grande avanço ocorrido após a implantação de protocolos de manejo de dor, considerando o fato de que um estudo realizado por eles, nas mesmas instituições, 12 anos antes, indicou que apenas 16% dos procedimentos dolorosos foram acompanhados de intervenção farmacológica (Johnston, Collinge, Henderson, & Anand, 1997).

O estudo de Stevens et al. (2011), por sua vez, realizado em oito hospitais canadenses, encontrou que entre 2.987 pacientes pediátricos com dor no período de 24 horas antes da realização da coleta de dados, 78,1% tinham registro em prontuário de alguma intervenção para manejo da dor. As intervenções farmacológicas foram as mais utilizadas, seguidas pelas intervenções de conforto físico (posicionamento, aplicação de frio ou calor e sucção não nutritiva), intervenções psicológicas ou a combinação de diferentes tipos de manejo. Além disso, identificaram que a proporção de pacientes pediátricos que receberam intervenção farmacológica e de conforto físico aumentou de forma diretamente proporcional, conforme o aumento do número de procedimentos dolorosos realizados.

O estudo de Kozlowski et al. (no prelo), realizado nos EUA, identificou que 75% dos pacientes pediátricos avaliados prospectivamente, em um período de cinco dias, tiveram medicação prescrita para manejo da dor, sendo que os pacientes com dor moderada e severa eram três vezes mais propensos a receber prescrição de analgésicos. Observaram ainda que, os pacientes cirúrgicos receberam mais prescrição de opióides do que os pacientes clínicos. Ademais, sobre a frequência de administração de analgésicos, os autores verificaram que, dependendo do tempo de internação, entre 27%-50% dos pacientes receberam pelo menos uma dose de acetaminofeno (conhecido no Brasil como paracetamol), entre 33%-69% receberam pelo menos uma dose de anti-inflamatórios não esteróides, e apenas entre 10%-33% dos pacientes receberam opióides.

A situação de subtratamento da dor é ainda mais precária nos países em desenvolvimento. Um estudo realizado por Chen et al. (2012), na China, revelou que nenhum dos 108 neonatos internados na UTIN recebeu qualquer intervenção para manejo, farmacológico

ou não farmacológico, de sua dor ao longo de toda internação, situação que se torna mais dramática se considerarmos que os autores observaram um total de 10.633 procedimentos dolorosos em todo o estudo.

No Brasil, o estudo de coorte, realizado por Prestes et al. (2005), analisou quatro unidades de terapia intensiva neonatal em hospitais universitários quanto a características destas unidades e de seus pacientes, procedimentos potencialmente dolorosos realizados e emprego de analgésicos. Verificou-se que apenas 25% dos 1.025 pacientes-dia avaliados receberam alguma dose de analgésico por via sistêmica, sendo que, em vários eventos dolorosos (como punções arteriais, venosas, capilares e lombares) nenhuma medicação específica para dor foi administrada.

O estudo de Linhares et al. (2012) indicou que 13 dos 20 pacientes pediátricos que relataram dor nas 24 horas anteriores à coleta de dados, referiram ter recebido intervenção para alívio da dor. Na percepção dos 40 familiares/acompanhantes que relataram dor no paciente pediátrico, 70% recebeu algum manejo para dor, sendo o manejo farmacológico o mais frequentemente relatado. Os profissionais de Medicina referiram manejo de dor em 66% dos 44 pacientes com dor, sendo o manejo farmacológico adotado em 79% destes casos. Os profissionais de Enfermagem referiram manejo de dor em 78% dos 60 pacientes com dor, sendo que em 68% dos casos foi utilizado o manejo farmacológico e em 49% manejo não farmacológico (principalmente a sacarose). Por fim, o manejo farmacológico da dor foi registrado em 51% dos 118 prontuários analisados ( $n = 62$ ). Destes 62 prontuários com registro de manejo farmacológico, 44% tinham registros de prescrição e administração de medicação para dor, 29% tinham prescrição, mas o medicamento não foi administrado e, 27% tinham prescrição, mas não havia informação acerca da administração ou não do medicamento.

Um segundo estudo foi realizado por Linhares et al. (2014) e investigou, também, a prática clínica de avaliação e manejo da dor pediátrica. Dentre os 92 profissionais participantes, a maioria referiu usar medicação para alívio da dor (78%), sendo que, considerando apenas os médicos participantes ( $n = 45$ ), 47% relataram especificamente a medicação utilizada e 38% descreveram precisamente o esquema de prescrição. Com relação ao manejo não farmacológico da dor, apenas 25% dos profissionais, em geral, referiram adotar este tipo de intervenção para alívio da dor, sendo que em 26% dos casos, os profissionais utilizavam apenas estratégias de conforto.

A verificação da não transferência do conhecimento científico para a prática clínica de manejo da dor pediátrica torna-se especialmente preocupante quando são considerados os efeitos a curto e longo prazo, da dor não tratada. Em curto prazo, a dor afeta a vida escolar e familiar da criança, causando estresse tanto emocional quanto financeiro (Hunfeld et al., 2001). Além disso, crianças que sofrem de dor podem deixar de aderir a tratamentos prescritos e desenvolver medo de outros procedimentos médicos (Grunau, Holsti, & Peters, 2006; Hermann,

Hohmeister, Demirakça, Zohsel, & Flor, 2006). Podem ainda ter a saúde atual afetada, apresentando dificuldades, ou requerendo maior tempo, para recuperação das doenças ou cirurgias. A longo prazo, a dor não tratada pode ocasionar danos tanto em nível fisiológico, imunológico e psicológico, os quais podem ser irreversíveis (Fitzgerald, 2005; Page, 2004; Young, 2005).

Diante do conhecimento adquirido e acumulado na área de avaliação e manejo da dor pediátrica e dos danos que a dor não tratada pode acarretar para as crianças, uma pergunta que sobressai é: “*Se temos o conhecimento e a capacidade de tratar e/ou prevenir a dor pediátrica, por que não fazemos isso?*” A fim de responder esta pergunta, pesquisadores começaram a estudar as barreiras que impedem a transferência do conhecimento científico para prática clínica.

### **1.7 – Transferência de conhecimento científico para prática clínica**

O extraordinário avanço da pesquisa científica na área de dor pediátrica, nas últimas décadas, em contraposição à falha na aplicação adequada e regular deste conhecimento na prática clínica de avaliação e manejo da dor, segundo Kenny (2001), é um dos maiores paradoxos da Medicina moderna; isso porque desde o juramento de Hipócrates até os modernos códigos de ética, o alívio da dor e do sofrimento sempre foi reconhecido como um dos objetivos primários da Medicina.

Renomados pesquisadores tentaram elucidar os fatores que impedem e/ou dificultam a transferência dos avanços científicos alcançados na área de dor pediátrica para a prática clínica. Entre as barreiras identificadas encontram-se valores, crenças e atitudes sociais, familiares, profissionais, políticas e institucionais (Finley, Franck, Grunau, & von Baeyer, 2005; Kenny, 2001; Weisman, 2001).

Uma das crenças que dificultam o adequado manejo da dor pediátrica é a concepção cultural de que a dor é uma ferramenta importante e necessária para o efetivo diagnóstico de doenças e que, sua prevenção e/ou tratamento, pode mascarar, por assim dizer, condições mórbidas mais graves (Kenny, 2001; Schadelbauer, 2008). Neste contexto, acrescenta-se, ainda, as crenças religiosas acerca do papel da dor e do sofrimento, os quais são percebidos como algo necessário e que deve ser aceito, impedindo, muitas vezes, a solicitação de medicação para alívio da dor (Kenny, 2001).

Outra barreira é o modelo de saúde vigente - biomédico - o qual é racional, lógico, focado em cura e/ou soluções (Kenny, 2001). O predomínio deste modelo conduz a um elevado número de procedimentos diagnósticos e curativos, os quais acarretam, ainda, mais dor aos pacientes. Além disso, neste modelo, o alívio da dor não é considerado uma prioridade (Weisman, 2001).

O medo exagerado de dependência e dos efeitos colaterais dos analgésicos,

especialmente com relação aos opióides, por parte de pacientes, familiares e profissionais de saúde, também é apontado pela literatura como uma barreira (Finley et al., 2005; Kenny, 2001; Weisman, 2001). Entretanto se, por um lado, existem riscos, considerados mínimos, no uso de sedação e analgesia, tais como dessaturação de oxigênio, náuseas, vômitos, aspiração, hipotensão, broncoespasmo, arritmias, apnéia, respostas paradoxais e necessidade de contenção física; por outro, tem-se riscos de danos maiores e mais duradouros advindos da dor pediátrica não tratada (Finley, 2001).

No que tange ao medo e à resistência dos profissionais em tratar a dor pediátrica, há que se considerar que estes, muitas vezes, advém da falta de conhecimento dos profissionais acerca da farmacologia dos analgésicos (Weisman, 2001). Segundo Kenny (2001), os currículos das faculdades de Medicina, bem como os livros básicos de pediatria, não enfatizam a dor e não desenvolvem, nos estudantes, habilidades para manejá-la. Uma exemplificação deste desconhecimento dos profissionais de saúde pode ser encontrada no estudo realizado por Chermont, Guinsburg, Balda e Kopelman (2003). Os autores avaliaram o conhecimento dos pediatras que atuavam em unidades de terapia intensiva no que se refere à avaliação e ao tratamento da dor do recém-nascido. Verificaram que apesar de 100% dos pediatras acreditarem que os recém-nascidos sentem dor, apenas um terço declarou conhecer alguma escala de avaliação da dor. Além disso, menos de 10% dos pediatras referiram prescrever analgesia para procedimentos dolorosos do tipo punção venosa ou capilar, 30 a 40% para drenagem de tórax, punção lombar ou dissecação venosa e menos da metade aplicavam medidas para alívio da dor no pós-operatório.

Outro exemplo de desconhecimento por parte dos profissionais é encontrado no estudo de Daudt, Hadlich, Facin, Aprato e Pereira (1998). Os autores analisaram o perfil de prescrição de opióides para dor intensa aguda e para dor crônica, em um hospital universitário brasileiro, e observaram que apenas 6,5% das prescrições analisadas (n=1.107) poderiam ser consideradas adequadas em relação aos parâmetros de dose, intervalo e padrão, analisados conjuntamente, o que indica um manejo inadequado da dor pediátrica.

Outro fator que influencia o comportamento dos profissionais frente ao manejo da dor pediátrica é o contexto, com sua cultura e clima organizacional, os quais incluem variáveis individuais e grupais, tais como valores e concepções, motivação, relações interpessoais, rotatividade de profissionais, padrão de comunicação e estilos de liderança (Martins, Cruzeiro, Paula & Enumo, 2013). Os autores desenvolveram um estudo com profissionais de Medicina e Enfermagem de uma UTIN, no Brasil, utilizando o *Questionário de Diagnóstico Organizacional*, a *Escala de Coping Organizacional* e uma entrevista semi-estruturada, a fim de compreender as concepções comuns dos profissionais acerca do ambiente de trabalho e avaliar as condições para possibilidade de mudanças na área de dor pediátrica. Verificaram que, o clima organizacional instável, a motivação diminuída dos profissionais e a comunicação

deficiente entre as chefias e os profissionais da equipe, impediam a implantação de mudanças necessárias na avaliação e manejo da dor pediátrica.

Esses estudos apontam para a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde para a adequada avaliação e manejo da dor. A este respeito, um estudo brasileiro realizado por Linhares et al. (2014) avaliou as ações, recursos materiais e humanos, lacunas e necessidades relativos à avaliação e ao manejo da dor pediátrica no HC-FMRP/USP. Os autores identificaram que, dentre os 92 profissionais de saúde participantes (45 da área de Medicina, 18 de Enfermagem, 16 de Psicologia, 8 de Fisioterapia e 5 de Terapia Ocupacional), a maior parte indicou a falta de treinamento como principal lacuna para a avaliação da dor (43%), manejo farmacológico (18%) e não farmacológico (25%). De forma congruente, os profissionais indicaram o treinamento como uma das principais necessidades para efetivamente implantar a avaliação da dor (69%) e o manejo farmacológico (26%) e não farmacológico (35%).

Apesar das lacunas e necessidades de treinamento indicadas pela literatura, estudos revelam que o conhecimento/treinamento não é suficiente para modificação da prática clínica (MacLaren & Kain, 2008). Faz-se necessário o estabelecimento de protocolos e políticas institucionais, as quais sejam objeto de contínuo investimento. A eficácia da implantação de um conjunto de intervenções com o objetivo de promover a melhoria no cuidado à dor pediátrica foi avaliada por Stevens et al. (2014). Os autores elegeram e treinaram profissionais de saúde para estabelecer metas, planejar e implantar ações de melhoria na área de avaliação e manejo da dor pediátrica em oito hospitais pediátricos canadenses. Seis meses após a intervenção, compararam as unidades que apenas seguiram o cuidado padrão estabelecido nos protocolos de manejo de dor já implantados e as unidades que participaram do programa *Evidence-based Practice for Improving Quality* (EPIC). Neste programa, as unidades receberam treinamento e acompanhamento de um grupo de pesquisadores *experts* na área de dor pediátrica. Estas unidades tiveram aumento significativo no uso de escalas validadas para avaliação da dor nas diferentes idades, bem como um grande aumento no número de pacientes que receberam analgesia e manejo não farmacológico por meio de estratégias de conforto físico durante procedimentos dolorosos. Por fim, com relação à intensidade da dor, nas unidades que participaram do programa EPIC, os pacientes tinham 51% menos chance de experimentar dor severa.

Além dos protocolos e políticas institucionais, outro fator indicado como promotor de mudanças na prática clínica é a busca por acreditação e/ou certificação. A incorporação de padrões para avaliação e manejo da dor em manuais clínicos de acreditação teve início em 1999 com a *Joint Commission for the Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). Mais recentemente, e especificamente voltada para a dor pediátrica, surgiu a certificação *ChildKind Initiative*, a qual teve seus princípios elaborados e estabelecidos por 20 *experts* na área, durante uma conferência realizada em Bellagio, em 2008. Semelhante ao modelo de certificação “*Baby*

*Friendly*” (Hospital Amigo na Criança), porém aplicada especificamente à prevenção e alívio da dor pediátrica, o *ChildKind Initiative* tem por critérios: (a) desenvolvimento de políticas institucionais; (b) educação continuada de profissionais; (c) avaliação da dor baseada em evidência; (d) protocolos de prevenção e tratamento da dor baseados em evidências científicas e (e) avaliação institucional continuada (Schechter & Finley, 2008; Schechter, Finley, Bright, Laycock & Forgeron, 2010; Finley, Linhares & Forgeron, 2009).

Com base no exposto, pode-se perceber que muitas são as barreiras para a efetiva transferência de conhecimento científico para a prática clínica. Entretanto, muitas alternativas têm sido estudadas para transpô-las, sendo que o mapeamento e claro conhecimento da realidade são as ferramentas iniciais para o estabelecimento de metas e estratégias de mudança.

Na realidade brasileira, poucos são os estudos publicados sobre mapeamento da dor pediátrica, considerando a prevalência, avaliação e manejo farmacológico e não farmacológico, em hospitais. Considerando esta lacuna, foi realizado o presente estudo de doutorado.

## CAPÍTULO 3 – OBJETIVOS

Considerando características peculiares da dor pediátrica, lacunas na transferência de conhecimento científico para a prática clínica de avaliação e manejo da dor pediátrica, e a necessidade de conhecimento atualizado da realidade para o desenvolvimento de políticas institucionais e públicas, realizou-se esta pesquisa, a qual foi norteada pelos objetivos gerais e específicos expostos a seguir.

### **3.1 – Objetivo geral**

Caracterizar e comparar a percepção de dor dos pacientes (crianças/adolescentes), familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), assim como caracterizar a avaliação e o manejo da dor, no contexto de internação em hospitais públicos do Distrito Federal (DF).

### **3.2 – Objetivos específicos**

- (a) Identificar a prevalência de dor, de avaliação e manejo da dor pediátrica no contexto de internação por meio da percepção dos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde;
- (b) Caracterizar o perfil epidemiológico da dor pediátrica no contexto de internação por meio da percepção dos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde;
- (c) Comparar a percepção dos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde acerca da dor pediátrica verificando o grau de acordo entre eles;
- (d) Avaliar a percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor da criança e as suas atitudes com relação ao uso dos analgésicos para tratar a dor em crianças.

## CAPÍTULO 4 – MÉTODO

### 4.1 – Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de corte transversal, com análise quantitativa descritiva e correlacional.

### 4.2 – Amostra

A amostra do estudo foi constituída por pacientes pediátricos internados para tratamento de saúde em hospitais públicos do Distrito Federal (DF), nos dias selecionados randomicamente, por meio de sorteio, para coleta de dados, seus familiares/acompanhantes e os profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem) responsáveis pelo atendimento. Os critérios de inclusão do estudo foram:

- (a) Pacientes pediátricos de 0 a 18 anos internados para tratamento (clínico, cirúrgico e/ou intensivo) em hospitais públicos do Distrito Federal (DF) independentemente da doença e/ou sintoma apresentado, do motivo da internação e da unidade/área em que o mesmo estava internado;
- (b) Familiares/acompanhantes de pacientes pediátricos presentes no hospital;
- (c) Profissionais de Medicina e Enfermagem responsáveis pelo atendimento dos pacientes pediátricos da amostra no momento da coleta de dados.

Os critérios de exclusão, nas entrevistas do estudo, foram:

- (a) Pacientes pediátricos com dificuldades de comunicação devido à doença e/ou ao quadro clínico, no momento da entrevista, ausentes da unidade de internação no momento da coleta de dados ou que não concordaram em participar da pesquisa;
- (b) Familiares/acompanhantes e profissionais de saúde ausentes da unidade de internação, no momento da coleta de dados, e/ou que não concordaram em participar da pesquisa.

Atenderam aos critérios estabelecidos 405 pacientes pediátricos. A Figura 1 apresenta fluxograma de casos elegíveis e coletados.

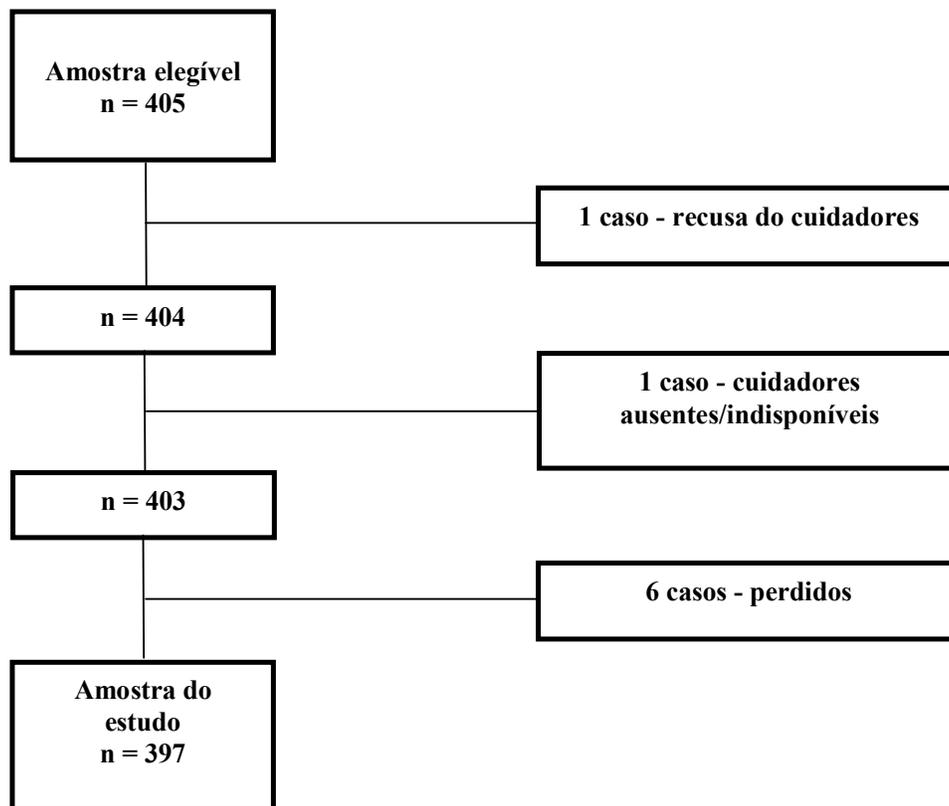


Figura 2 - Fluxograma da Composição da Amostra

Observa-se na Figura 1, que a amostra elegível para o estudo foi de 405 casos, porém não houve coleta de dados de oito casos: um caso por recusa de todos os cuidadores do paciente (familiar/acompanhante, profissional de Medicina e Enfermagem), um pelo fato de os cuidadores do paciente estarem ausentes ou indisponíveis no momento da coleta de dados e os outros seis casos foram perdidos no processo da coleta de dados, não sendo o paciente e/ou cuidadores convidados a participar da pesquisa, por diferentes motivos, entre eles a recém admissão na unidade. Portanto, a amostra final do estudo foi de 397 casos.

#### 4.3 – Local do estudo

O estudo foi realizado em seis hospitais públicos com internação pediátrica, sendo cinco localizados no Plano Piloto (Brasília) e um em Cidade Satélite do Distrito Federal (DF). Os hospitais caracterizavam-se por serem dois especializados em saúde infantil e quatro hospitais gerais, sendo um destes, um hospital universitário. A Tabela 1 apresenta a distribuição de leitos por hospital e por unidade de internação pediátrica.

Tabela 1 - Distribuição de leitos pediátricos nos hospitais do Distrito Federal

*Distribuição de Leitos Pediátricos nos Hospitais do Distrito Federal*

<b>Hospital/Unidade</b>	<b>Distribuição de Leitos</b>	<b>Total de Leitos</b>
<b>Hospital Regional da Asa Norte (HRAN)</b>		
Pronto-Socorro	13	
Pediatria	19	74
Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN)	12	
Enfermaria Canguru	3	
Alojamento Conjunto (ALCON)	27	
<b>Hospital da Criança de Brasília (HCB)</b>		
Internação	19	19
<b>Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF)</b>		
Emergência Pediátrica	8	
Pediatria	26	72
Cirurgia Pediátrica	26	
UTI NeoPediátrica	12	
<b>Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB)</b>		
Emergência	30	
Enfermaria Pediátrica - Ala A	18	
Enfermaria Pediátrica - Ala B	23	
Unidade de Doenças Infecto-Parasitárias (UDIP)	16	
Cirurgia Pediátrica (CIPED)	16	
Alojamento Conjunto (ALCON) - Posto 4	21	239
Alojamento Conjunto (ALCON) - Posto 5	30	
Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) - Interna	16	
Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN) - Externa	24	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	25	
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP)	12	
Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) - Semi-Intensiva	8	
<b>Hospital Regional de Ceilândia (HRC)</b>		
Enfermaria de Pronto-Socorro	23	
Enfermaria Pediátrica	29	
Maternidade	52	144
Enfermaria Canguru	8	
Unidade de Cuidados Intermediários (UCIN)	24	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	8	
<b>Hospital Universitário de Brasília (HUB)</b>		
Serviço de Pronto Atendimento (SPA) - Infantil	8	
Enfermaria de Pediatria Clínica	16	79
Cirurgia Pediátrica	18	
Alojamento Conjunto (ALCON)	25	
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	12	
<b>Total</b>		<b>627</b>

Observa-se na Tabela 1 que, do total de leitos pediátricos nos hospitais da amostra, 248 eram destinados ao tratamento clínico (enfermarias de pediatria e emergência), 190 para o

berçário (ALCON, Maternidade e Enfermarias Canguru), 128 para tratamento intensivo (UTIP, UTIN, UCIN) e 60 ao tratamento cirúrgico.

Todos os hospitais possuem leitos para tratamento clínico, sendo que o HMIB possui o maior número de leitos para este tipo de tratamento (n = 87), seguido pelo HRC (n = 52) e HRAN (n = 32). Cinco hospitais possuem leitos para tratamento cirúrgico, sendo o maior número deles localizados no HBDF (n = 26). Todos os hospitais possuem leitos para tratamento intensivo, sendo que o maior número deles se concentra no HMIB (n = 61), seguido pelo HRC (n = 32) e os demais com 12 leitos intensivos cada. Por fim, os leitos destinados ao berçário, concentram-se também principalmente no HMIB (n = 75) e no HRC (n = 60).

#### **4.4 – Aspectos éticos**

O projeto foi apresentado aos chefes das unidades pediátricas, diretores dos hospitais e ao Subsecretário de Atenção à Saúde da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), a fim de obter-se a anuência dos mesmos para a sua realização. Em seguida, foi apreciado pelo Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), responsável pelos hospitais da SES/DF ou vinculado a ela (HRAN, HCB, HBDF, HMIB e HRC), tendo sido aprovado (Anexo A). O Comitê de Ética da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília analisou o projeto e acatou o protocolo de aprovação do primeiro Comitê (Anexo B). No momento da coleta de dados, todos os participantes foram informados sobre os objetivos e a relevância científica e social do projeto. A participação na pesquisa foi voluntária e a inclusão no estudo ocorreu mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) específico para cada tipo de participante (Anexos C e D). No caso das crianças, o TCLE foi assinado pelo familiar/acompanhante responsável pela mesma. Na análise de dados a identidade dos hospitais e participantes não foi revelada.

#### **4.5 – Instrumentos**

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de um protocolo de pesquisa, o qual incluiu roteiros de entrevista semiestruturados e questionários.

##### **4.5.1 – Roteiros de entrevista**

Os roteiros tinham por objetivo identificar os dados sobre a dor pediátrica no contexto de internação, considerando a percepção dos pacientes (crianças/adolescentes), familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem). Foram desenvolvidos por um grupo de especialistas em dor pediátrica do Programa HC-Criança Sem Dor do HC-FMRP/USP (Linhares et al., 2012), e adaptados para este estudo com a anuência dos autores.

#### 4.5.1.1 - Roteiro de entrevista para pacientes pediátricos

O roteiro de entrevista para pacientes pediátricos (Anexo E) investigava a percepção destes respondentes sobre a prevalência da dor, causa, frequência, duração, descrição, localização, intensidade, comunicação, manejo e alívio da dor. Os dados acerca da causa da dor e a descrição da mesma, não são analisados nesta tese.

Para identificar a localização da dor pediátrica utilizou-se *Body Map* elaborado por Stinson et al. (2012) e recomendado por von Baeyer et al. (2011). Este mapa corporal, ou manequim, é resultado de um consenso entre pesquisadores com diferentes objetivos e enfoques dados a este tipo de instrumento. Utiliza 21 áreas demarcadas, porém sem distinção entre lado direito e esquerdo do corpo.

A intensidade da dor foi verificada através de escalas adequadas para cada idade. Para os pacientes de três anos de idade, utilizou-se a escala *Poker Chip Tool* ou *Pieces of Hurt* (Hester, 1979). Esta escala usa objetos concretos para simbolizar a intensidade da dor em crianças pequenas. Inicialmente, pergunta-se a criança se ela sentiu dor. Em caso positivo, quatro fichas são dadas a ela, com a seguinte instrução: “*Essas fichas representam a dor que você sentiu, como se fossem pedacinhos de dor - uma ficha é um pouco de dor e quatro fichas é a dor mais forte que você poderia ter. Você teve um, dois, três ou quatro pedaços de dor?*”

Para pacientes de quatro a 12 anos, utilizou-se a escala *Faces Pain Scale – Revised* (FPS-R) (Bieri et al., 1990; Hicks et al., 2001), versão traduzida para Portuguesa (Brasil) (Poveda, Silva, Passareli, Santos & Linhares, sem data) disponível para download no site da IASP (<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm>). Esta escala, apresentada na Figura 3, avalia a intensidade da dor a partir de como a criança se sente internamente e não como aparenta estar. São apresentadas seis faces alinhadas com expressão de dor em uma gradação ordinal crescente (0, 2, 4, 6, 8 ou 10) para que a criança escolha aquela que melhor representa a intensidade de sua dor. As faces são pontuadas da esquerda para a direita, e variam de zero (sem dor) a 10 (com muita dor). A instrução em língua portuguesa para aplicação da escala diz: “*Estas caras/faces mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara/face [aponte para a face mais a esquerda] não mostra dor. As caras/faces mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais a direita] que mostra muita dor. Aponte para a cara/face que mostra o quanto doeu*”. Observa-se que não se utiliza as palavras “alegre” ou “triste”, visto tratar-se de constructos teóricos diferentes do investigado.

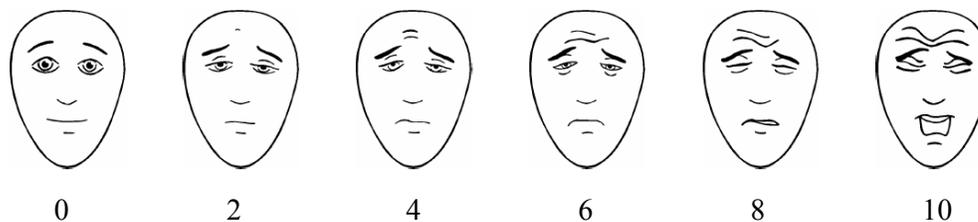


Figura 3 - Faces Pain Scale - Revised

Por fim, para avaliar a intensidade da dor nos adolescentes (13 a 18 anos) utilizou-se a escala *Numerical Rating Scale* (NRS) (von Baeyer, 2009). Esta escala foi amplamente estudada em adultos, com boas evidências de aceitabilidade, confiabilidade e validade. Na área pediátrica, a NRS é a escala mais utilizada no meio clínico, com crianças a partir de 8 anos, apesar de não possuir validação específica. Entretanto, um estudo publicado por von Baeyer et al. (2009), comparou três bases de dados não publicadas e identificou altas correlações e baixa diferença de médias da NRS com outras escalas bem estabelecidas, provendo, assim, suporte para seu uso. A aplicação desta escala é simples e não requer nenhum material, apenas a seguinte instrução: “*Você poderia me dizer um número, de 0 a 10, que indique o quanto de dor você teve, sendo que zero seria nenhuma dor e 10 a seria a pior dor?*”

#### 4.5.1.2 - Roteiro de entrevista para familiares/acompanhantes

O roteiro de entrevista para familiares/acompanhantes (Anexo F), inicialmente, delimitava o perfil sociodemográfico do cuidador e, em seguida, investigava a percepção dos mesmos sobre a prevalência da dor, causa, frequência, duração, descrição, localização, comunicação, identificação, ação, avaliação e manejo e alívio da dor. Os dados acerca da causa e descrição da dor, identificação e ação do cuidador, não são abordados nesta tese.

#### 4.5.1.3 - Roteiro de entrevista para profissionais de saúde

Por fim, o roteiro de entrevista para profissionais de saúde (Anexo G), inicialmente, identificava o perfil sociodemográfico e profissional dos entrevistados das áreas de Medicina e Enfermagem (idade, sexo, área de atuação e vínculo empregatício, tempo de atuação na área pediátrica e na unidade de atendimento). Em seguida, o roteiro de entrevista investigava a percepção destes cuidadores sobre a prevalência da dor, frequência, duração, descrição, localização, tipo de dor, contexto de ocorrência, identificação, avaliação, tipo de manejo empregado (farmacológico e não farmacológico), medicações prescritas (dose, intervalo e via de administração), intervenções não farmacológicas utilizadas, alívio e protocolo de manejo da dor. Apesar de coletados, os dados acerca da descrição da dor, contexto de ocorrência, medicações prescritas e intervenções não farmacológicas utilizadas, não são abordados nesta tese.

#### 4.5.2 - Questionários

Os questionários foram inseridos ao final dos roteiros de entrevista dos cuidadores (familiares/acompanhantes e profissionais de saúde) – Anexos F e G – e aplicados com o objetivo de identificar a percepção destes cuidadores acerca da expressão de dor na criança, bem como as atitudes dos mesmos perante o tratamento farmacológico (uso de analgésicos). Foram desenvolvidos e validados em língua inglesa e, traduzidos e adaptados para a língua portuguesa<sup>2</sup>, com a anuência dos autores. O processo de adaptação transcultural dos questionários seguiu uma combinação das recomendações de Brislin (1970) e Beaton, Bombardier, Guillemin e Ferraz (2000), sendo constituído de seis etapas:

1 – Tradução inicial - Foram realizadas duas traduções independentes da versão original do instrumento (língua inglesa) para a língua portuguesa. Essas traduções foram feitas por dois tradutores bilíngues (língua materna: portuguesa), sendo que apenas um dos tradutores tinha conhecimento específico na área de saúde. O intuito foi obter uma versão com perspectiva mais clínica e outra mais próxima à linguagem usada pela população em geral (senso comum). Cada tradutor produziu um relatório escrito no qual documentou o processo de tradução ressaltando palavras e/ou sentenças desafiadoras e/ou que geraram dúvidas, bem como a racional de solução dada para estas situações no processo de tradução.

2 – Síntese das traduções - Foi realizada reunião entre os tradutores e o pesquisador para comparação das duas traduções, discussão das diferenças e obtenção de uma única tradução (versão consensual). Também foi produzido um relatório escrito a fim de registrar todo o processo de tomada de decisão na fase de síntese das traduções.

3 – Retradução - Foram realizadas duas retraduições independentes da versão consensual para a língua inglesa. Os tradutores eram bilíngues (língua materna: inglesa), cegos com relação à versão original do instrumento e não tinham conhecimento específico na área de saúde. Também nesta fase, cada tradutor produziu um relatório escrito para documentar a racional do processo de tradução.

4 – Síntese das retraduições - Foi realizada reunião entre os tradutores e o pesquisador para comparação das duas retraduições, discussão das diferenças e obtenção de uma única retradução (versão consensual). Também foi produzido um relatório escrito a fim de registrar todo o processo de tomada de decisão na fase de síntese das retraduições.

5 – Análise de erros de significado (bilíngues) - Dois avaliadores bilíngues (língua materna: portuguesa), os quais eram os orientadores da pesquisa, analisaram a versão original e a versão traduzida consensual, a fim de avaliar a equivalência de significado entre as duas versões, bem como a adequação do vocabulário utilizado.

---

<sup>2</sup> O processo de validação destes questionários para a língua portuguesa será realizado posteriormente, não constituindo assim, objeto da tese de doutorado.

6 – Análise dos erros de significado (monolíngues) - Semelhante à etapa anterior, dois avaliadores monolíngues (língua materna: inglesa), autores e coautores dos questionários, analisaram a versão original e a versão consensual da retradução, a fim de identificar possíveis erros de significado que podiam conduzir a diferentes resultados, caso as duas versões fossem aplicadas.

Como em um dos instrumentos (*Medication Attitude Questionnaire* - MAQ) foram identificados erros de significado em quatro itens, estes itens foram submetidos, novamente, ao processo de tradução transcultural, retornando à etapa 1, chegando-se, assim, a uma versão final do instrumento em língua portuguesa. A seguir, apresenta-se os instrumentos que foram traduzidos por meio do processo ora descrito.

#### 4.5.2.1 – *Parental Pain Expression Perceptions* / Percepção dos Pais sobre a Dor da Criança

O *Parental Pain Expression Perceptions* (PPEP) foi desenvolvido por Zisk, Grey, MacLaren e Kain (2007) e tem por objetivo avaliar a percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor da criança. Consiste em nove itens, apresentados na Tabela 2, agrupados em três fatores: (a) comportamentos externalizantes (*active, loud behaviors*) - itens 1, 2, 4 e 5; (b) busca de atenção (*attention-seeking*) - itens 6, 7 e 8; e (c) comportamentos internalizantes (*quiet, withdraw behaviors*) - itens 3 e 9. As respostas são dadas considerando uma escala *Likert* de sete pontos, a qual varia de “discordo totalmente” (1 ponto) até “concordo totalmente” (7 pontos). O escore final é obtido pela soma dos valores escolhidos em cada item, podendo variar de nove a 63 pontos. Altos escores indicam desinformação, desconhecimento e/ou concepções equivocadas acerca da expressão de dor na criança. O instrumento possui consistência interna de 0,79 (*Alpha de Cronbach*).

Tabela 2 - Parental Pain Expression Perceptions/ Percepção dos Pais sobre a Dor da Criança

#### *Parental Pain Expression Perceptions*/ Percepção dos Pais sobre a Dor da Criança

Itens
1 - Crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha.
2 - Crianças sempre contam para os pais quando estão sentindo dor.
3 - Crianças que estão quietas não estão sentindo dor.
4 - Crianças que estão brincando não estão sentindo dor.
5 - Crianças que estão sentindo dor avisam alguém imediatamente.
6 - Crianças exageram a dor.
7 - Crianças reclamam de dor para chamarem atenção.
8 - Crianças sentem menos dor do que os adultos.
9 - Crianças com dor têm dificuldades para dormir.

#### 4.5.2.2 – *Medication Attitude Questionnaire* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos

O *Medication Attitude Questionnaire* (MAQ) foi desenvolvido por Forward, Brown e McGrath (1996) e tem por objetivo avaliar as atitudes dos cuidadores acerca do uso de analgésicos para tratamento de dor em crianças. Consiste em 16 itens, apresentados na Tabela 3, agrupados em três fatores: (a) atitude apropriada de uso (*appropriate-use-attitude*) - itens 8, 12, 13 e 16; (b) medo dos efeitos colaterais (*fear of side effects*) - itens 3, 5, 7, 9 e 14; e (c) evitação (*avoidance*) - itens 1, 2, 4, 6, 10, 11 e 15. As respostas são dadas considerando uma escala *Likert* de sete pontos, a qual varia de “discordo totalmente” (1 ponto) até “concordo totalmente” (7 pontos). O escore final é calculado a partir da soma dos valores escolhidos em cada item, sendo que os valores dos itens 3, 7, 8, 12, 13 e 16 devem ser invertidos. O escore final pode variar de 16 a 112 pontos. Altos escores indicam atitude negativa perante o uso de analgésicos em crianças. O instrumento possui consistência interna, *Alpha de Cronbach*, de 0,68 a 0,73 (para escala toda) e 0,63 a 0,75 (nas subescalas).

Tabela 3 - Medication Attitude Questionnaire / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos  
*Medication Attitude Questionnaire* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos

Itens
1 - Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais.
2 - Crianças que tomam analgésicos para dor podem aprender a tomar remédios para resolver outros problemas.
3 - Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.
4 - Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.
5 - Analgésicos têm muitos efeitos colaterais.
6 - Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor.
7 - Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos.
8 - É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá-los para dor.
9 - Analgésicos causam dependência.
10 - Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.
11 - Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao uso indiscriminado de remédios no futuro.
12 - Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor.
13 - Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.
14 - Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.
15 - Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.
16 - Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta.

#### 4.6 – Recrutamento e treinamento da equipe

Para a realização da coleta de dados, fez-se necessária a estruturação de uma equipe. A fim de convidar os interessados a integrarem esta equipe, cartazes foram afixados nos corredores das universidades públicas e privadas que oferecem graduação em Psicologia e e-mails foram enviados para alunos de Psicologia destas universidades, assim como para estagiários de Psicologia dos hospitais públicos do Distrito Federal. Realizou-se, então, reuniões, a fim de apresentar o projeto aos interessados.

Integraram a equipe seis alunos de Psicologia (de diferentes universidades e períodos de formação) e três profissionais formados nesta área, sendo todos os nove alocados como pesquisadores voluntários, os quais tinham por tarefa realizar as entrevistas. Um termo de compromisso de pesquisa (Anexo H) foi assinado por ambas as partes, a fim de delimitar os papéis e responsabilidades dos pesquisadores voluntários e da pesquisadora responsável pelo estudo.

A equipe contou ainda com a colaboração de três psicólogos pós-graduados, com experiência em pesquisa, os quais participaram como coordenadores da coleta de dados, juntamente com a pesquisadora responsável. Aos coordenadores cabia a função de distribuir os casos e os tipos de participantes a serem entrevistados, entre os pesquisadores voluntários. Além disso, os coordenadores eram responsáveis por receber e conferir todo o material coletado (protocolo) e alocá-los nos respectivos envelopes devidamente identificados. A Figura 4 apresenta os integrantes da equipe de coleta de dados.



Figura 4 - Equipe de Coleta de Dados

Todos os integrantes da equipe, pesquisadores voluntários e coordenadores, participaram de um treinamento de 12 horas. O conteúdo deste treinamento foi dividido em três partes. Na primeira (4 horas), foi ministrado um minicurso de atualização em dor pediátrica, o qual abordou os aspectos históricos desta área de estudo, as peculiaridades da dor pediátrica, bem como aspectos acerca da avaliação e manejo (farmacológico e não farmacológico) da dor pediátrica. A segunda parte, também com quatro horas de duração, abordou os aspectos específicos do método da pesquisa, apresentando e discutindo os procedimentos e os instrumentos que seriam adotados. Por fim, na terceira parte, procedeu-se a orientações gerais sobre a postura a ser adotada nos locais de coleta de dados e normas de biossegurança. Além

disso, foram feitas simulações de entrevistas a fim de fixar os procedimentos a serem seguidos, assim como esclarecer as dúvidas e treinar a aplicação dos instrumentos de avaliação.

#### 4.7 – Materiais

Para realização da coleta de dados, cada pesquisador voluntário recebeu um kit de material, o qual continha: prancheta e camiseta com identificação da pesquisa, crachá com o nome do pesquisador, cópia dos pareceres de aprovação dos Comitês de Ética, caixa de lápis de cor, caneta, fichas para aplicação da escala *Poker Chip*, a escala FPS-R ampliada e plastificada, ficha com a escala *Likert* a ser usada na aplicação dos questionários, álcool gel e lenço de papel para higienização do material a cada utilização. Aos coordenadores eram entregues os envelopes, com folha de identificação afixada (Anexo I).



Figura 5 - Kit de Material da Coleta de Dados

#### 4.8 – Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em um período de seis semanas consecutivas, entre os dias 21/05/2013 a 26/06/2013. Cada semana foi destinada a coleta de dados em um hospital. A ordem dos hospitais foi determinada aleatoriamente por meio de sorteio. A fim de evitar viés de informação, a coleta de dados foi, prioritariamente, realizada em um único dia em cada hospital. Nos hospitais cujo número de leitos era grande ou ainda o número de pesquisadores na equipe

era reduzido, a coleta de dados poderia se estender por, no máximo, três dias úteis consecutivos (o que ocorreu com três hospitais), até que se coletasse os dados em todas as unidades de internação. Nos casos em que a coleta de estendia por mais de um dia, para evitar viés de informação, cada unidade de internação foi avaliada em um único dia. A escolha do dia útil para a realização da coleta de dados também foi determinada aleatoriamente por sorteio.

Os diretores dos hospitais e chefes das unidades de internação foram comunicados acerca da data de coleta de dados com antecedência de 15 dias. Neste momento, também procedeu-se à atualização do número de leitos por unidade de internação, assim como a entrega da lista nominal da equipe de coleta de dados.

Na véspera de cada dia de coleta de dados, a pesquisadora responsável dirigia-se ao hospital e/ou acessava o mapa de internação via internet, por meio do sistema *Trackcare* da SES/DF, verificava o número de pacientes internados, local de internação (unidade/enfermaria/leito) e os dados de identificação (nome, data de nascimento e número do prontuário), elaborando um mapa de coleta de dados (Anexo J).

No dia da coleta de dados, propriamente dita, a pesquisadora responsável dirigia-se até o hospital/unidades de internação, antes do horário agendado para o início da coleta, e verificava a existência de possíveis alterações no mapa de internação. Em seguida, reunia-se com a equipe de pesquisadores a fim de entregar o kit de material e o mapa (impresso) de coleta de dados.

Após a entrega do kit de material, fazia-se a distribuição dos casos e dos tipos de participantes a serem entrevistados, dando a cada pesquisador voluntário o número de questionários e TCLE necessários. Nesta distribuição, um pesquisador ficava responsável por realizar, por exemplo, a entrevista apenas com os pacientes, enquanto os demais realizariam as entrevistas dos cuidadores, também divididos por categorias (familiares/acompanhantes, profissionais de Medicina e Enfermagem). Ao longo da coleta de dados, em função do tempo, as entrevistas poderiam ser redistribuídas entre os pesquisadores que já tivessem finalizado sua tarefa. Além disso, a cada hospital fazia-se um rodízio de quais categorias de participantes os pesquisadores voluntários iriam entrevistar. Assim, por exemplo, se no Hospital 1 um determinado pesquisador voluntário entrevistou os pacientes pediátricos, no Hospital 2 ele entrevistou familiares/acompanhantes, e assim sucessivamente.

Para a realização da entrevista, propriamente dita, os pesquisadores abordavam os participantes (pacientes internados, seus familiares/acompanhantes e profissionais de Medicina e Enfermagem responsáveis pelo atendimento), realizavam um *rapport* inicial e em seguida apresentavam a pesquisa, convidando-os a participar. Os participantes que aceitavam colaborar com o estudo, assinaram o TCLE e responderam individualmente aos roteiros de entrevista e aos questionários (vide item 4.5).

O foco dos roteiros de entrevistas foi a experiência de dor do paciente pediátrico nas últimas 24 horas antes da realização da coleta de dados, sendo o mesmo período de referência utilizado

com todas as categorias de participantes. Foram entrevistadas somente as crianças cuja fase de desenvolvimento permitia a compreensão das instruções da entrevista e a obtenção do autorrelato sobre sua experiência de dor (acima de três anos de idade cronológica). Foram entrevistados os familiares-acompanhantes, presentes no momento da coleta, e os profissionais de saúde para obtenção do heterorrelato sobre os sinais/sintomas de dor da criança.

Ao final da coleta de dados, os coordenadores reuniam os instrumentos, por caso, em um envelope com a identificação do paciente e das entrevistas realizadas (data, horário e pesquisador voluntário que realizou cada entrevista). A Figura 5 apresenta o fluxograma sintetizando a coleta de dados do estudo.

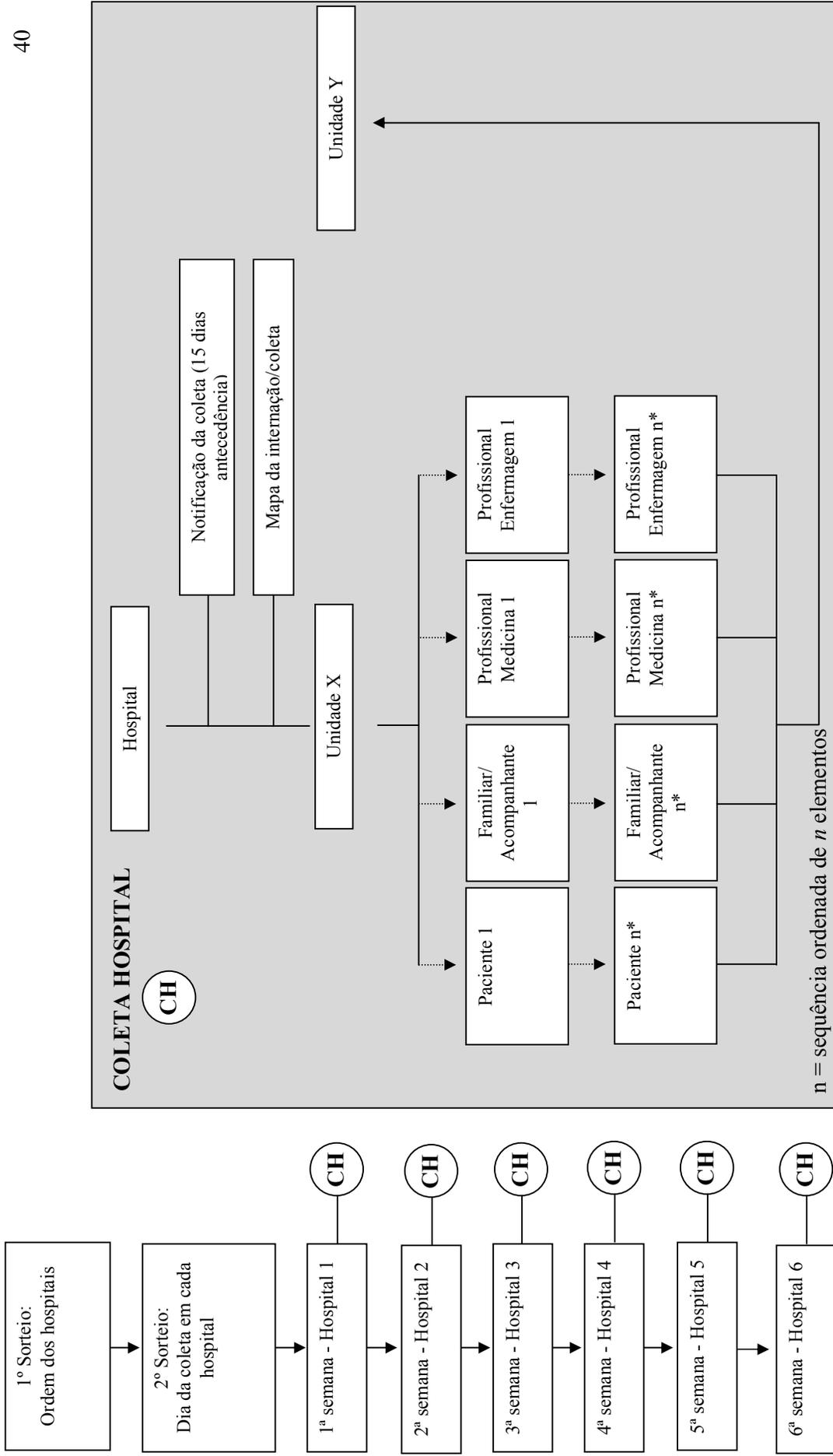


Figura 6 - Fluxograma da Coleta de Dados do Estudo

Importante ressaltar que, após a finalização da coleta de dados, realizou-se reunião com toda equipe, a fim de avaliar a etapa de coleta de dados. Com a anuência dos participantes, a reunião foi gravada em áudio, a fim de registrar os comentários realizados. Entretanto, estes dados não são abordados neste trabalho. Ainda nesta reunião, os pesquisadores voluntários receberam certificados de participação na pesquisa (Anexo K), com discriminação do número de horas de dedicação, teórico e prática, na pesquisa.

#### **4.9 – Preparação dos dados**

Os dados obtidos por meio dos roteiros foram digitados, categorizados e posteriormente analisados pela própria pesquisadora responsável. Um sistema prévio de categorias foi delineado, com base na pesquisa realizada no HCFMRP/USP (Linhares et al., 2012), e inserido nos roteiros de entrevista, por meio das opções disponibilizadas para resposta a cada questão. Entretanto, este sistema prévio de categorias precisou ser modificado e/ou ampliado com base na análise das respostas às questões abertas e/ou aos itens designados como “outro(s)” ou “qual(is)” nas questões semiabertas. Além disso, o sistema de categorias também incluiu, em alguns casos, a combinação de subcategorias existentes. O dicionário de variáveis é apresentado no Anexo L.

Em 27 casos obteve-se mais de uma entrevista de profissionais de Medicina e, em 12 casos, obteve-se mais de uma entrevista de profissionais de Enfermagem. Optou-se por realizar, nestes casos, um sorteio a fim de selecionar a entrevista que seria lançada no banco de dados e analisada para fins deste trabalho.

Outra decisão tomada na fase de preparação dos dados foi referente ao cálculo do escore final do PPEP e MAQ. Em algumas entrevistas houve dados perdidos de um ou mais itens destes questionários. Para fins de cálculo do escore final destes questionários, os itens perdidos receberam valor igual à zero.

Por fim, o banco, inicialmente construído em *Excel*, foi transposto para o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 20.0, Chicago, IL, USA), no qual procedeu-se à análise estatística dos dados.

#### **4.10 – Análise de dados**

Primeiramente, procedeu-se à análise de estatística descritiva dos dados em termos de média e desvio padrão para as variáveis contínuas e frequência e porcentagem para as variáveis categóricas.

Em seguida, a fim de comparar a percepção dos entrevistados acerca da dor pediátrica e verificar o grau de acordo entre eles, utilizou-se a medida de associação  $\chi^2$ , considerando que as variáveis relacionadas eram categóricas (prevalência, frequência, duração, localização, manejo e alívio da dor). As comparações foram feitas por pares, de forma tal que, para cada variável, comparou-se a percepção: (a) pacientes x familiares/acompanhantes; (b) pacientes x profissionais de Medicina; (c) pacientes x profissionais de Enfermagem; (d) familiares/acompanhantes x

profissionais de Medicina; (e) familiares/acompanhantes x profissionais de Enfermagem e; (f) profissionais de Medicina x Enfermagem.

Os dados provenientes dos questionários, PPEP e MAQ, foram primeiramente analisados de forma descritiva (frequência e porcentagem). Em seguida, analisou-se a normalidade dos escores finais de cada cuidador, nos dois instrumentos, por meio do gráfico probabilidade normal, do histograma e do teste Shapiro-Wilk. Considerando a normalidade das variáveis investigadas, procedeu-se à análise de diferenças entre as médias dos cuidadores, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde (Medicina + Enfermagem), no PPEP e no MAQ, por meio do Teste *t*. Esta análise foi utilizada a fim de testar a hipótese de que os questionários, apesar de terem sido desenvolvidos originalmente para familiares/acompanhantes, se adequam também aos profissionais de saúde brasileiros, visto observar-se, na prática clínica, que estes ainda apresentam muito desconhecimento com relação à expressão de dor na criança e atitudes negativas perante o uso de analgésicos.

O nível de significância adotado em todas as análises estatísticas do presente estudo foi de 5 % ( $p \leq 0,05$ ).

## CAPÍTULO 5 – RESULTADOS

Os resultados do presente estudo são apresentados em cinco seções. Primeiramente, serão mostrados os dados relativos à caracterização dos casos da amostra, a distribuição dos casos por hospital, tipo de unidade, sexo, faixa etária e nível de escolaridade do paciente.

Na segunda seção estão reunidos os dados descritivos sobre os entrevistados, por categoria (pacientes pediátricos, familiares/acompanhantes e profissionais de Medicina e Enfermagem), juntamente com os motivos que impossibilitaram a realização da entrevista com cada grupo de participantes. Também nesta seção são apresentados os perfis dos participantes indicando: (a) sexo, idade e nível de escolaridade dos pacientes pediátricos; (b) sexo, idade, grau de relacionamento e nível de escolaridade dos familiares/acompanhantes e; (c) sexo, idade, categoria profissional, tempo de atuação na área pediátrica e na unidade de atendimento e formação específica em dor dos profissionais nas áreas de Medicina e Enfermagem.

A terceira seção é dedicada à apresentação da análise da dor nos pacientes pediátricos, a partir da autopercepção e/ou da percepção e julgamento dos cuidadores. Inicialmente, apresenta-se a prevalência da dor e, na sua existência, é apresentado o seu perfil epidemiológico, a saber: frequência, duração, tipo, localização e intensidade. Serão apresentados também os dados sobre a percepção dos entrevistados no que se refere à comunicação, avaliação, manejo e alívio da dor. Deve-se ressaltar que, apesar de serem apresentados conjuntamente, os dados das diferentes categorias de respondentes, apresentados nesta terceira seção, não podem ser comparados diretamente, por não se referirem aos mesmos casos.

Na quarta seção dos resultados, são apresentados os achados sobre a comparação entre grupos, em que os dados referem-se aos mesmos casos. Para tanto, foram selecionados os casos em que se havia coletado dados de pelo menos um par de entrevistados, a fim de analisar as convergências ou divergências entre as diversas percepções de dor do caso analisado. Os pares podiam ser do tipo: paciente x familiar/acompanhante; paciente x profissional de Medicina; paciente x profissional de Enfermagem; familiar/acompanhante x profissional de Medicina; familiar/acompanhante x profissional de Enfermagem; profissional de Medicina x Enfermagem.

Por fim, mas não menos importante, na seção cinco são apresentados os dados descritivos obtidos a partir da aplicação dos questionários *Parental Pain Expression Perception* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos, o qual avalia a percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor da criança, e o *Medication Attitude Questionnaire* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos, que avalia as atitudes dos cuidadores acerca do uso dos analgésicos para tratar a dor em crianças. Além da análise descritiva dos questionários, apresenta-se a análise das diferenças, entre familiares/acompanhantes e profissionais de saúde, sobre a percepção acerca da expressão de dor e a atitude com relação aos analgésicos, obtida por meio da aplicação do Teste *t*.

### 5.1 – Características da amostra

A Tabela 4 apresenta o perfil dos 397 casos da amostra do estudo.

Tabela 4 - Perfil dos 397 casos da amostra total

*Perfil dos 397 Casos da Amostra Total*

Características dos casos	N	%
<b>Hospital</b>		
Hospital 1	53	13
Hospital 2	61	15
Hospital 3	58	15
Hospital 4	172	43
Hospital 5	37	9
Hospital 6	16	4
<b>Tipo de Unidade</b>		
Clínica	143	36
Berçário	108	27
Terapia Intensiva (Neonatal e Pediátrica)	102	26
Cirúrgica	44	11
<b>Sexo do Paciente</b>		
Masculino	236	59
Feminino	161	41
<b>Faixa Etária do Paciente</b>		
Neonato (0 a 28 dias)	159	40
Lactente (29 dias a 1 ano)	106	27
Pré-Escolar (2 anos a 5 anos)	52	13
Escolar (6 anos e 11 anos)	46	12
Adolescente (Acima de 12 anos)	34	9
<b>Escolaridade do Paciente</b>		
Educação Infantil	10	3
Ensino Fundamental (1º a 5º ano)	23	6
Ensino Fundamental (6º a 9º ano)	24	6
Ensino Médio (2º grau)	5	1
Ensino Especial	1	1
Não identificada	69	17
Não se aplica <sup>a</sup>	265	67

<sup>a</sup>Escolaridade é uma característica que não se aplica aos neonatos e lactentes.

De acordo com a Tabela 4, pode-se verificar que, dentre os 397 casos coletados, houve variabilidade de casos por hospital, devido ao número de leitos para internação pediátrica disponíveis em cada um deles. Com relação ao tipo de unidade, predominou a unidade para tratamento clínico, seguida pelo berçário e unidades de terapia intensiva (neonatal e pediátrica). A

maioria dos pacientes era do sexo masculino, com idade entre 0 e 2 anos (neonatos e lactentes). Entre os pacientes maiores de 3 anos, a escolaridade predominante foi do nível fundamental (1º ao 9º ano).

Houve variação ainda entre o número e a categoria de participante entrevistado em cada caso coletado. A Tabela 5 indica as combinações dos entrevistados, de acordo com a faixa etária do caso e o número de casos.

Tabela 5 - Casos de acordo com a faixa etária e combinação dos entrevistados

*Casos de Acordo com a Faixa etária e Combinação dos Entrevistados*

Faixa etária	N	Entrevistas			
Menores de 3 anos (n = 280)	101	NA	familiar	+ medicina	+ enfermagem
	47	NA	familiar		+ enfermagem
	24	NA	familiar	+ medicina	
	27	NA	familiar		
	44	NA		+ medicina	+ enfermagem
	18	NA		+ medicina	
	19	NA			+ enfermagem
Maiores de 3 anos (n = 117)	40	paciente	+ familiar	+ medicina	+ enfermagem
	11	paciente	+ familiar	+ medicina	
	20	paciente	+ familiar		+ enfermagem
	2	paciente	+ familiar		
	2	paciente		+ medicina	+ enfermagem
	0	paciente		+ medicina	
	1	paciente			+ enfermagem
	12		familiar	+ medicina	+ enfermagem
	5		familiar		+ enfermagem
	3		familiar	+ medicina	
	1		familiar		
	6			+ medicina	+ enfermagem
	3			+ medicina	
	11				+ enfermagem
Total	397	76	293	264	308

Nota. NA = Não se aplica

De acordo com a Tabela 5, nota-se que foram entrevistados 76 pacientes pediátricos, 293 familiares/acompanhantes, 264 profissionais de Medicina e 308 profissionais de Enfermagem. Com pacientes menores de três anos de idade obteve-se os dados de 101 casos completos, ou seja, casos nos quais foram entrevistadas todas as categorias de cuidadores (familiar/acompanhante e profissionais de Medicina e Enfermagem). Com relação aos pacientes maiores de três anos de idade, com os quais era possível obter o autorrelato da dor, obteve-se 40 casos completos, nos quais

foram entrevistados todos os potenciais participantes (paciente, familiar/acompanhante e profissionais de Medicina e Enfermagem). Estes dados são melhor explorados na seção 5.4, na qual se apresenta as comparações entre a percepção dos diferentes participantes e o grau de acordo entre eles.

## 5.2 – Características dos participantes

### 5.2.1 – Pacientes pediátricos

Da amostra total, entrevistou-se diretamente 76 pacientes pediátricos que cumpriram os critérios para realização da entrevista (idade igual ou superior a 3 anos e com condições clínicas e desenvolvimentais para responderem à entrevista). A Tabela 6 discrimina os motivos que impossibilitaram a entrevista dos demais pacientes pediátricos.

Tabela 6 - Motivos que impossibilitaram a entrevista com pacientes pediátricos

*Motivos que Impossibilitaram a Entrevista com Pacientes Pediátricos*

Motivo	f	%
Idade	279	86,9
Doença e/ou quadro clínico	22	6,9
Recusa	7	2,2
Alta hospitalar ou transferência	5	1,6
Dormindo	3	0,9
Não localizado	2	0,6
Não permissão do familiar/acompanhante	2	0,6
Motivo não discriminado	1	0,3
Total	321	100

Observa-se na Tabela 6 que o principal motivo para a não realização da entrevista com os pacientes pediátricos foi a idade (menores de três anos). Por sua vez, a Tabela 7, apresenta o perfil dos pacientes pediátricos entrevistados.

Tabela 7 - Perfil dos pacientes pediátricos entrevistados (n = 76)

*Perfil dos Pacientes Pediátricos Entrevistados (n = 76)*

Características	Valores
Sexo	
Masculino - f (%)	45 (59)
Feminino - f (%)	31 (41)
Idade (em dias) - M (DP)	3462,5 ( $\pm$ 1502,0)
Idade (em meses) - M (DP)	115,4 ( $\pm$ 50,1)
Idade (em anos) - M (DP)	9,5 ( $\pm$ 4,1)
Faixa etária	
Pré-Escolar - f (%)	18 (24)
Escolar - f (%)	35 (46)
Adolescente - f (%)	23 (30)
Escolaridade	
Educação Infantil - f (%)	7 (9)
Ensino Fundamental (1º ao 5º ano) - f (%)	22 (29)
Ensino Fundamental (6º ao 9º ano) - f (%)	18 (23)
Ensino Médio (2º grau) - f (%)	5 (7)
Não identificada - f (%)	24 (32)

Considerando-se os 76 pacientes entrevistados, a maioria era do sexo masculino, em idade escolar (média de 9,5 anos), cursando o Ensino Fundamental - 1º ao 9º ano.

**5.2.2 – Familiares/Acompanhantes**

Nos dias estabelecidos para a coleta de dados, 293 familiares/acompanhantes estavam presentes no hospital e aceitaram o convite para participar na pesquisa. A Tabela 8 apresenta os motivos pelos quais os familiares/acompanhantes dos outros 104 casos não foram entrevistados.

Tabela 8 - Motivos que impossibilitaram a entrevista com os familiares/acompanhantes

*Motivos que Impossibilitaram a Entrevista com os Familiares/acompanhantes*

Motivo	f	%
Paciente desacompanhado (sem familiar/acompanhante)	43	41
Recusa	32	31
Alta hospitalar ou transferência	8	8
Familiar/acompanhante ausente ou não localizado	7	6
Doença e/ou quadro clínico do paciente	4	4
Dormindo	2	2
Motivo não discriminado	8	8
Total	104	100

A Tabela 8 mostra que os principais motivos para não realização da entrevista com os familiares/acompanhantes foram o fato de muitos pacientes pediátricos estarem desacompanhados ou, ainda, por seus familiares/acompanhantes se recusarem a participar da pesquisa.

A Tabela 9 apresenta o perfil dos 293 familiares/acompanhantes entrevistados.

Tabela 9 - Perfil dos familiares/acompanhantes entrevistados (n = 293)

*Perfil dos Familiares/acompanhantes Entrevistados (n = 293)*

Características	Valores
<b>Sexo</b>	
Feminino - f (%)	274 (93)
Masculino - f (%)	19 (7)
Idade (em anos) <sup>a</sup> - M (DP)	30 (±9)
<b>Faixa etária<sup>a</sup></b>	
Até 19 anos - f (%)	32 (11)
De 20 a 30 anos - f (%)	137 (48)
De 31 a 40 anos - f (%)	87 (30)
De 41 a 50 anos - f (%)	22 (8)
De 51 a 60 anos - f (%)	7 (2)
Acima de 61 anos - f (%)	3 (1)
<b>Grau de relacionamento</b>	
Mãe - f (%)	258 (88)
Pai - f (%)	15 (5)
Avó - f (%)	6 (2)
Tio(a) - f (%)	6 (2)
Primo(a) - f (%)	3 (1)
Irmão(ã) - f (%)	2 (1)
Outro - f (%)	3 (1)
<b>Escolaridade</b>	
Não alfabetizado - f (%)	2 (1)
Ensino Fundamental (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> série) Incompleto - f (%)	6 (2)
Ensino Fundamental (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> série) Completo - f (%)	7 (2)
Ensino Fundamental (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série) Incompleto - f (%)	53 (18)
Ensino Fundamental (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> série) Completo - f (%)	26 (9)
Ensino Médio (2 <sup>o</sup> grau) Incompleto - f (%)	21 (7)
Ensino Médio (2 <sup>o</sup> grau) Completo - f (%)	103 (35)
Ensino Superior Incompleto - f (%)	14 (5)
Ensino Superior Completo - f (%)	19 (7)
Pós-Graduação - f (%)	5 (2)
Não identificado - f (%)	37 (12)

<sup>a</sup>n = 288 / dados perdidos = 5

A Tabela 9 revela que a maioria dos familiares/acompanhantes entrevistados era a mãe do paciente, com idade média de 30 anos (mínimo de 13 anos e máximo de 63), e com grau de escolaridade, predominantemente, entre o Ensino Fundamental e o Ensino Médio (73%).

### **5.2.3 – Profissionais de Medicina**

Considerando-se o fato de que nos hospitais um profissional de saúde se responsabilizava pelo cuidado de várias crianças simultaneamente, foram entrevistados 62 profissionais de Medicina, os quais referiram a percepção sobre a dor em 264 pacientes pediátricos. Os 133 casos que não tiveram a entrevista realizada com este profissional foi devido ao fato de estarem ausentes ou não terem sido identificados/localizados (73%), em sua unidade, durante todo o período da coleta de dados, terem se recusado a participar do estudo (17%) ou ainda por estarem ocupados/indisponíveis (10%). A Tabela 10 apresenta o perfil dos profissionais de Medicina que participaram do estudo.

Tabela 10 - Perfil dos profissionais de Medicina entrevistados (n = 62)

*Perfil dos Profissionais de Medicina Entrevistados (n = 62)*

Características	Valores
Sexo <sup>a</sup>	
Feminino - f(%)	44 (71)
Masculino - f(%)	18 (29)
Idade (em anos) <sup>b</sup> - M (DP)	38 (±12)
Faixa etária <sup>b</sup>	
Até 19 anos - f(%)	2 (3)
De 20 a 30 anos - f(%)	22 (36)
De 31 a 40 anos - f(%)	9 (15)
De 41 a 50 anos - f(%)	15 (25)
De 51 a 60 anos - f(%)	13 (21)
Acima de 61 anos - f(%)	
Categoria profissional <sup>d</sup>	
Docente / Preceptor - f(%)	3 (5)
Concursado - f(%)	31 (50)
Contratado - f(%)	4 (6)
Residente - f(%)	16 (26)
Estudante - f(%)	8 (13)
Tempo de atuação na área pediátrica (em anos) <sup>c</sup> - M (DP)	13 (±11)
Tempo de atuação na área pediátrica (em meses) <sup>c</sup> - M (DP)	154 (±137)
Tempo de atuação na área pediátrica <sup>a</sup>	
Sem experiência - f(%)	8 (13)
Menos de 1 ano - f(%)	7 (11)
De 1 a 3 anos - f(%)	7 (11)
De 4 a 10 anos - f(%)	6 (10)
De 11 a 20 anos - f(%)	17 (27)
De 21 a 30 anos - f(%)	11 (18)
Acima de 30 anos - f(%)	4 (7)
Não informado - f(%)	2 (3)
Tempo de atuação na unidade (em anos) <sup>b</sup> - M (DP)	7 (±10)
Tempo de atuação na unidade (em meses) <sup>b</sup> - M (DP)	87 (±115)
Tempo de atuação na unidade <sup>a</sup>	
Sem experiência - f(%)	8 (13)
Menos de 1 ano - f(%)	18 (29)
De 1 a 3 anos - f(%)	8 (13)
De 4 a 10 anos - f(%)	12 (19)
De 11 a 20 anos - f(%)	6 (10)
De 21 a 30 anos - f(%)	7 (11)
Acima de 30 anos - f(%)	2 (3)
Não informado - f(%)	1 (2)
Formação específica em dor	
Não - f(%)	54 (87)
Sim - f(%)	8 (13)
Tipo de formação em dor	
Direta - f(%)	5 (63)
Indireta - f(%)	3 (37)
Formação direta em dor	
Palestra(s)/Curso(s) durante graduação - f(%)	1 (20)
Palestra(s)/Curso(s) em congresso - f(%)	1 (20)
Curso(s) de extensão - f(%)	2 (40)
Educação continuada - f(%)	1 (20)
Instituição que ofertou formação em dor	
LADOR (FEPECS) - f(%)	3 (60)
Não informado - f(%)	2 (40)

<sup>a</sup>n = 62 / <sup>b</sup>n = 61; dados perdidos = 1 / <sup>c</sup>n = 60; dados perdidos = 2

Verifica-se na Tabela 10 que, dos 62 profissionais de Medicina entrevistados, a maioria era do sexo feminino, com idade média de 38 anos (mínimo 19 anos – máximo 59). Com relação ao perfil profissional, 50% eram profissionais concursados e 26% residentes, além disso, tinham uma média de 13 anos de atuação na área pediátrica e sete anos de experiência na unidade específica em que atuavam no momento da coleta de dados. Questionados sobre ter formação específica na área de dor, apenas oito profissionais referiram algum tipo de formação nesta área, sendo que três tiveram este conteúdo abordado de forma indireta em outros cursos de formação nas áreas de anestesiologia e acupuntura. Sobre a instituição que na qual os profissionais de Medicina fizeram formação direta (curso de extensão e/ou educação continuada), destaca-se a Liga Acadêmica de Dor (LADOR), do DF, vinculada à FEPECS.

#### **5.2.4 – Profissionais de Enfermagem**

Seguindo a mesma lógica dos profissionais de Medicina, foram entrevistados 81 profissionais de Enfermagem, os quais responderam acerca de sua percepção sobre a experiência de dor em 308 pacientes pediátricos. Os 89 casos que não tiveram a entrevista realizada com este profissional foi devido ao fato de estarem ausentes ou não terem sido identificados/localizados (67%) durante todo o período da coleta de dados em sua unidade, terem se recusado (28%) ou ainda por estarem ocupados/indisponíveis (5%). O perfil dos profissionais de Enfermagem é apresentado na Tabela 11.

Tabela 11 - Perfil dos profissionais de Enfermagem entrevistados (n = 81)

*Perfil dos Profissionais de Enfermagem Entrevistados (n = 81)*

Características	Valores
<b>Sexo<sup>a</sup></b>	
Feminino - f(%)	76 (94)
Masculino - f(%)	5 (6)
Idade (em anos) <sup>a</sup> - M (DP)	40 (±9)
<b>Faixa etária<sup>a</sup></b>	
Até 19 anos - f(%)	10 (12)
De 20 a 30 anos - f(%)	34 (42)
De 31 a 40 anos - f(%)	30 (37)
De 41 a 50 anos - f(%)	5 (6)
De 51 a 60 anos - f(%)	2 (3)
Acima de 61 anos - f(%)	
<b>Categoria profissional<sup>a</sup></b>	
Enfermeira(o) - f(%)	18 (22)
Técnico de Enfermagem - f(%)	56 (69)
Auxiliar de Enfermagem - f(%)	7 (9)
Tempo de atuação na área pediátrica (em anos) <sup>b</sup> - M (DP)	10 (±8)
Tempo de atuação na área pediátrica (em meses) <sup>b</sup> - M (DP)	121 (±96)
<b>Tempo de atuação na área pediátrica<sup>a</sup></b>	
Menos de 1 ano - f(%)	6 (7)
De 1 a 3 anos - f(%)	17 (21)
De 4 a 10 anos - f(%)	24 (30)
De 11 a 20 anos - f(%)	23 (28)
De 21 a 30 anos - f(%)	8 (10)
Não informado - f(%)	3 (4)
Tempo de atuação na unidade (em anos) <sup>a</sup> - M (DP)	9 (±8)
Tempo de atuação na unidade (em meses) <sup>a</sup> - M (DP)	103 (±91)
<b>Tempo de atuação na unidade<sup>a</sup></b>	
Sem experiência - f(%)	
Menos de 1 ano - f(%)	8 (10)
De 1 a 3 anos - f(%)	22 (27)
De 4 a 10 anos - f(%)	25 (31)
De 11 a 20 anos - f(%)	20 (25)
De 21 a 30 anos - f(%)	6 (7)
<b>Formação específica em dor<sup>a</sup></b>	
Não - f(%)	73 (90)
Sim - f(%)	8 (10)
<b>Tipo de formação em dor</b>	
Direta - f(%)	6 (75)
Indireta - f(%)	2 (25)
<b>Formação direta em dor</b>	
Palestra(s)/Curso(s) na unidade de saúde - f(%)	2 (33)
Curso(s) de extensão - f(%)	4 (67)
<b>Instituição que ofertou formação em dor</b>	
COFEN /COREN - f(%)	4 (66)
Não informado - f(%)	2 (33)

<sup>a</sup>n = 81 ; <sup>b</sup>n = 77 / dados perdidos = 4

Nota-se na Tabela 11 que os profissionais de Enfermagem entrevistados também eram em sua maioria do sexo feminino, com média de idade de 40 anos (mínimo 24 anos – máximo 64). Em termos de perfil profissional, a maioria era técnico de Enfermagem (69%), com média de 10 anos de atuação na área pediátrica e 9 anos de experiência na unidade específica em que atuavam no momento da coleta de dados. Questionados sobre ter formação específica na área de dor, também apenas oito profissionais referiram algum tipo de formação na área, sendo que a maioria fez formação com conteúdo programático direto na área de dor. Vale destacar que quatro profissionais participaram de um curso de extensão “*Programa de Proficiência – O manejo da dor na criança: um cuidado de Enfermagem*”, ofertado em 2010/2011 pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Os cursos que envolviam, de forma indireta, a temática da dor, versavam sobre a humanização do cuidado no contexto de saúde.

### 5.3 – Análise da dor

#### 5.3.1 – Prevalência de dor

Como apresentado no capítulo teórico desta tese, a prevalência mede o número de casos existentes de uma condição de morbidade em um determinado período de tempo. Considerando o período de referência estabelecido no método, às 24 horas imediatamente anteriores à entrevista, os participantes tiveram diferentes percepções sobre a prevalência de dor nos pacientes pediátricos, como apresentado na Tabela 12.

Tabela 12 - Prevalência de dor na percepção dos entrevistados

#### *Prevalência de Dor na Percepção dos Entrevistados*

Prevalência	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	36	47	108	37	53	20	59	19
Não	40	53	185	63	209	79	249	81
Não sabe	0	0	0	0	2	1	0	0
Total	76	100	293	100	264	100	308	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Dentre os 76 pacientes pediátricos entrevistados, quase metade (47%) relatou ter sentido dor. Na percepção dos cuidadores, por sua vez, a prevalência de dor foi menor, 37% na percepção dos familiares/acompanhantes, 20% na dos profissionais de Medicina e 19% na percepção dos profissionais de Enfermagem. Vale ressaltar que estes dados não podem ser comparados, visto não se tratarem, exatamente, dos mesmos casos.

Considerando a combinação do autorrelato de dor do paciente pediátrico e, na ausência deste, o heterorrelato do familiar/acompanhante, a prevalência de dor passa a ser de 35% em 296 casos.

A Tabela 13 apresenta a prevalência de dor pediátrica por sexo do paciente, na percepção dos entrevistados.

Tabela 13 - Prevalência de dor por sexo do paciente na percepção dos entrevistados  
*Prevalência de Dor por Sexo do Paciente na Percepção dos Entrevistados*

Sexo	Dor	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Feminino	Sim	14	45	45	38	22	20	23	18
	Não	17	55	74	62	85	79	102	82
	Não sabe / Não define	0	0	0	0	1	1	0	0
	Total	31	100	119	100	108	100	125	100
Masculino	Sim	22	49	63	36	31	20	36	20
	Não	23	51	111	64	124	79	147	80
	Não sabe	0	0	0	0	1	1	0	0
	Total	45	100	174	100	156	100	183	100

*Nota*. Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Nota-se na Tabela 13, que no geral, a prevalência de dor foi equivalente no sexo feminino e masculino na percepção de todos os respondentes. Entretanto, a prevalência foi um pouco maior no sexo masculino, na percepção do próprio paciente (49%) e do profissional de Enfermagem (20%); e um pouco maior para o sexo feminino na percepção do familiar/accompanhante (38%). Os profissionais de Medicina perceberam prevalência de dor de 20% para ambos os sexos.

A Tabela 14 apresenta a prevalência de dor por faixa etária do paciente, na percepção dos entrevistados.

Tabela 14 - Prevalência de dor por faixa etária do paciente na percepção dos entrevistados  
*Prevalência de Dor por Faixa etária do Paciente na Percepção dos Entrevistados*

Faixa Etária	Dor	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Neonato	Sim	NA	NA	25	23	13	14	24	21
	Não	NA	NA	85	77	79	85	93	79
	Não sabe / Não define	NA	NA	0	0	1	1	0	0
	Total	NA	NA	110	100	93	100	117	100
Lactente	Sim	NA	NA	21	28	12	14	12	15
	Não	NA	NA	54	72	73	86	69	85
	Total	NA	NA	75	100	85	100	81	100
Pré-Escolar	Sim	14	78	27	71	13	43	9	21
	Não	4	22	11	29	17	57	34	79
	Total	18	100	38	100	30	100	43	100
Escolar	Sim	11	31	23	55	11	32	6	17
	Não	24	69	19	45	22	65	29	83
	Não sabe / Não define	0	0	0	0	1	3	0	0
	Total	35	100	42	100	34	100	35	100
Adolescente	Sim	11	48	12	43	4	18	8	25
	Não	12	52	16	57	18	82	24	75
	Total	23	100	28	100	22	100	32	100

*Nota*. Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos. NA = Não se aplica.

Na Tabela 14, observa-se que na percepção do próprio paciente, do familiar/acompanhante e do profissional de Medicina a prevalência de dor foi maior entre os pré-escolares (78%, 71% e 43% respectivamente). Apenas os profissionais de Enfermagem relataram maior prevalência de dor entre os adolescentes (25%).

A Tabela 15 apresenta a prevalência de dor por tipo de unidade na qual o paciente pediátrico estava internado, na percepção dos entrevistados.

Tabela 15 - Prevalência de dor por tipo de unidade de internação do paciente na percepção dos entrevistados  
*Prevalência de Dor por Tipo de Unidade de Internação do Paciente na Percepção dos Entrevistados*

Tipo de Unidade	Dor	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Berçário	Sim	NA	NA	17	19	4	7	7	8
	Não	NA	NA	72	81	57	93	77	92
	Total	NA	NA	89	100	61	100	84	100
Terapia Intensiva	Sim	NA	NA	16	31	20	28	22	31
	Não	NA	NA	35	69	51	71	49	69
	Não sabe / Não define	NA	NA	0	0	1	1	0	0
Total	NA	NA	51	100	72	100	71	100	
Cirúrgica	Sim	15	62	19	54	3	23	8	22
	Não	9	38	16	46	10	77	29	78
	Total	24	100	35	100	13	100	37	100
Clínica	Sim	21	40	56	47	26	22	22	19
	Não	31	60	62	53	91	77	94	81
	Não sabe / Não define	0	0	0	0	1	1	0	0
Total	52	100	118	100	118	100	116	100	

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos. NA = Não se aplica.

Por fim, verifica-se na Tabela 15 que, considerando a análise da prevalência de acordo com o tipo de unidade de internação do paciente, a prevalência de dor relatada foi maior nas unidades cirúrgicas, na percepção dos próprios pacientes (62%) e dos familiares/acompanhantes (54%). Os profissionais de saúde, por sua vez, relataram maiores índices de prevalência de dor entre os pacientes pediátricos internados nas unidades de terapia intensiva (Medicina 28% e Enfermagem 31%).

Considerando apenas os casos em que os entrevistadores relataram presença de dor nas últimas 24 horas, procedeu-se à investigação quanto a caracterização da dor pediátrica, a qual é abordada nos itens a seguir.

### 5.3.2 – Frequência da dor

A frequência de dor na percepção dos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde é apresentada na Tabela 16.

Tabela 16 - Frequência de dor na percepção dos entrevistados

#### *Frequência de Dor na Percepção dos Entrevistados*

Frequência	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1 vez	14	39	25	23	17	32	24	41
2 vezes	4	11	10	9	13	24	7	12
3 vezes	4	11	16	15	4	8	8	14
Mais de 3 vezes	5	14	30	28	7	13	12	20
O tempo todo	7	19	18	17	9	17	5	8
Não sabe / não define	2	6	9	8	3	6	3	5
Total	36	100	108	100	53	100	59	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Conforme apresentado na Tabela 16, a maioria, tanto dos pacientes, quanto dos profissionais de Medicina e Enfermagem perceberam apenas um evento de dor no período de 24 horas, com frequência relatada de 39%, 32% e 41% respectivamente. Apenas os familiares/acompanhantes relataram predomínio de maior frequência de dor, mais de três vezes, nas últimas 24 horas. Porém, se considerarmos a combinação do autorrelato de dor do paciente pediátrico e, na ausência deste, o heterorrelato de dor do familiar/acompanhante, a frequência passa a ser de 31% em 104 casos.

### 5.3.3 – Duração da dor

A duração da dor é apresentada na Tabela 17.

Tabela 17 - Duração da dor na percepção dos entrevistados

*Duração da Dor na Percepção dos Entrevistados*

Duração	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Menos de 30 minutos	13	36	66	61	36	68	38	64
Cerca de 1 hora	6	17	13	12	4	8	7	12
Entre 1 e 3 horas	0	0	6	6	2	4	2	3
Cerca de metade do dia	1	3	7	6	0	0	2	3
O dia todo ou mais	9	25	13	12	7	13	5	9
Não sabe / não define	7	19	3	3	4	7	5	9
Total	36	100	108	100	53	100	59	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Na Tabela 17 nota-se que, em todas as categorias de respondentes, a maior parte dos eventos de dor foram de curta duração; menos de 30 minutos na percepção do próprio paciente (36%), do familiar/acompanhante (61%), do profissional de Medicina (68%) e do profissional de Enfermagem (64%).

**5.3.4 – Tipo de dor**

Apenas aos profissionais de saúde perguntou-se sobre, tecnicamente, qual o tipo de dor que o paciente sentiu. A percepção sobre o tipo de dor, aguda ou crônica, é apresentada na Tabela 18.

Tabela 18 - Tipo de dor na percepção dos profissionais entrevistados

*Tipo de Dor na Percepção dos Profissionais Entrevistados*

Tipo de dor	Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%
<b>Aguda</b>				
Aguda por procedimento	26	49	28	47
Aguda pelo quadro clínico (doença/sintoma)	16	30	19	32
Aguda por procedimento e pelo quadro clínico (doença/sintoma)	2	4	4	7
Não sabe / não define	2	4	4	7
<b>Aguda e Crônica</b>				
Aguda por procedimento e Crônica	0	0	2	3
Aguda pelo quadro clínico (doença/sintoma) e Crônica	2	4	0	0
<b>Crônica</b>				
Crônica	4	7	1	2
Não sabe / não define	1	2	1	2
Total	53	99	59	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

A Tabela 18 revela que, de forma congruente com a resposta dada pelos profissionais sobre a frequência e a duração da dor do paciente pediátrico, 87% dos profissionais de Medicina e 93% dos profissionais de Enfermagem, classificaram a dor percebida como dor aguda, decorrente, principalmente, dos procedimentos a que os pacientes foram submetidos para diagnóstico e/ou tratamento. A percepção de dor aguda se torna ainda maior se considerarmos as respostas em que estas foram combinadas com a dor crônica.

### **5.3.5 – Localização da dor**

A localização da dor foi classificada tanto em termos de número de localizações citadas pelos respondentes (Tabela 19), quanto à localização corporal específica da dor (Tabela 20).

Tabela 19 - Localização da dor na percepção dos entrevistados: número de localizações

*Localização da Dor na Percepção dos Entrevistados: Número de Localizações*

Número de localizações	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Dor em 1 parte do corpo	27	75	77	71	35	66	36	61
Dor em 2 partes do corpo	5	14	16	15	10	19	10	17
Dor em 3 partes do corpo	2	6	5	4	2	4	3	5
Dor em 4 ou mais partes do corpo	0	0	3	3	1	2	1	2
Corpo todo	0	0	3	3	1	2	3	5
Não sabe / não define	2	5	4	4	4	7	6	10
Total	36	100	108	100	53	100	59	100

*Nota* . Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Tabela 20 - Localização da dor na percepção dos entrevistados: partes do corpo, de acordo com o Body Map

*Localização da Dor na Percepção dos Entrevistados: Partes do Corpo, de acordo com o Body Map*

Parte do corpo	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Cabeça (excluindo a face)	1	3	7	6	1	2	2	3
Face/Mandíbula/Tempora	0	0	1	1	1	2	2	3
Garganta/Pescoço	1	3	6	5	4	7	2	3
Ombro	1	3	0	0	2	4	3	5
Peito	1	3	7	6	1	2	6	10
Braço (parte superior)	2	6	7	6	2	4	0	0
Cotovelo	0	0	1	1	0	0	0	0
Antebraço	0	0	0	0	1	2	1	2
Pulso	0	0	0	0	1	2	0	0
Mão	2	5	5	5	2	4	6	10
Abdômen	12	33	33	31	10	19	3	5
Quadril	1	3	1	1	1	2	0	0
Virilha/Região pubiana	1	3	4	4	1	2	3	5
Coxa	0	0	1	1	0	0	0	0
Joelho	2	5	1	1	1	2	0	0
Panturrilha	0	0	0	0	0	0	0	0
Tornozelo	0	0	0	0	0	0	0	0
Pé	1	3	2	2	1	2	7	12
Parte superior das costas	1	3	0	0	1	2	0	0
Meio das costas	1	3	1	1	0	0	0	0
Lombar	0	0	0	0	0	0	1	2
Abdômen e outro(s) local(is)	3	8	11	10	10	19	3	5
Face/Mandíbula/Tempora e outro(s) local(is)	0	0	2	2	1	2	1	2
Garganta/Pescoço e outro(s) local(is)	0	0	1	1	1	2	0	0
Braço (parte superior) e outro(s) local(is)	0	0	0	0	1	2	2	4
Cabeça (excluindo a face) e outro(s) local(is)	0	0	0	0	0	0	0	0
Joelho e outro(s) local(is)	1	3	1	1	0	0	1	2
Diversas combinações	3	8	9	8	5	9	7	12
Corpo todo	0	0	3	3	1	1	3	5
Não sabe / não define	2	5	4	4	4	7	6	10
Total	36	100	108	100	53	100	59	100

Nota: Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

A Tabela 19 mostra que, em termos quantitativos, a maioria dos entrevistados, tanto pacientes quanto cuidadores (familiares/acompanhantes e profissionais de Medicina e Enfermagem), relatou ter percebido dor em apenas uma parte do corpo.

Nota-se na Tabela 20, que apesar de certa variabilidade na percepção quanto à localização corporal da dor, 41,7% dos pacientes, 40,7% dos familiares/acompanhantes e 37,7% dos profissionais de Medicina relataram que a dor sentida e/ou percebida por eles localizava-se principalmente no abdômen (quando apenas um local foi mencionado) e/ou na combinação deste com outro(s) local(is) no corpo. Os profissionais de Enfermagem, por sua vez, relataram maior frequência de dor no pé (11,9%), na mão (10,2%) e no peito (10,2%) – quando referiram apenas uma localização da dor – ou combinações diversas (11,9%) quando duas ou mais localizações foram citadas. Se agregados, os membros superiores e inferiores correspondem, de forma isolada ou combinada, a 22,2% da localização da dor na percepção do paciente, 16,6% na percepção do familiar/acompanhante, 17% na percepção do profissional de Medicina e 28,9% na percepção do profissional de Enfermagem.

Ainda na Tabela 20, que apresenta as partes do corpo onde a dor se localizava na percepção dos entrevistados, reclama atenção também o número de entrevistados que não souberam localizar a dor (5% dos pacientes, 4% dos familiares/acompanhantes, 7% dos profissionais de Medicina e 10% dos profissionais de Enfermagem).

Além de serem solicitados a relatar verbalmente onde sentiram dor, os pacientes também foram solicitados a assinalar/pintar, no mapa corporal, proposto por Stinson et al. (2012), a localização exata de sua dor. Dos 36 pacientes entrevistados que relataram ter sentido dor, 100% atenderam a esta solicitação, sendo que em 63% dos casos houve correspondência exata entre o relato e a sinalização no diagrama corporal e, em 37% dos casos a correspondência foi parcial, ou seja, outras partes do corpo, ou mesmo ele todo, também foram coloridos pelo paciente.

### **5.3.6 – Intensidade da dor**

Especificamente com os 36 pacientes pediátricos que relataram ter sentido dor nas últimas 24 horas antes da entrevista, foi aplicado um instrumento de medida validado, para avaliação da intensidade da dor. Com seis pacientes, de três anos de idade, aplicou-se a escala *Poker Chip Tool / Pieces of Hurt* (Hester 1979), verificando que 4 (67%) apresentaram dor com intensidade leve (escore = 1 ou 2).

A Tabela 21 apresenta a intensidade da dor referida por pacientes com idade entre 4 e 12 anos.

Tabela 21 - Intensidade da dor na percepção dos pacientes (4-12 anos), de acordo com FPS-R  
*Intensidade da Dor na Percepção dos Pacientes (4-12 anos), de Acordo com FPS-R*

Intensidade da dor	f	%
0	2	9
2	3	13
4	5	23
6	3	14
8	3	14
10	6	27
Total	22 <sup>a</sup>	100

<sup>a</sup>dados perdidos = 2

Como pode-se observar na Tabela 21, a maioria dos pacientes com idade entre 4 e 12 anos (78%) relatou ter sentido dor com intensidade moderada ou severa (escore = 4 a 10), de acordo a escala *Faces Pain Scale - Revised*.

Os seis adolescentes, por sua vez, mencionaram ter um escore médio de dor de 6,5 ( $\pm 1,9$ ), com uma variação entre 4 e 9, em uma escala de 11 pontos, de acordo com a *Numerical Rating Scale*.

### 5.3.7 – Comunicação da dor

A maioria (94%) dos 36 pacientes que relataram dor, disseram tê-la comunicado a algum cuidador. Dos 71<sup>3</sup> familiares/acompanhantes de crianças acima de 3 anos, 78% referiram que os pacientes tinham relatado dor. Quando analisados de forma conjunta, relato do paciente ou na falta deste, relato do familiar (n = 67), obteve-se uma frequência de 76% de comunicação da dor.

Perguntou-se também aos entrevistados para quem o paciente comunicou a sua dor, o que é apresentado na Tabela 22.

<sup>3</sup> Ressalta-se que, a pergunta sobre comunicação da dor não se aplica aos familiares/acompanhantes dos pacientes neonatos e lactentes (n = 37).

Tabela 22 - Pessoa a quem a dor foi comunicada

*Pessoa a Quem a Dor Foi Comunicada*

Pessoa	Paciente		Familiar/Acompanhante <sup>a</sup>	
	f	%	f	%
<b>Familiar/Acompanhante</b>				
Mãe	13	38	24	44
Pai	1	3	0	0
Avó	0	0	0	0
Irmão(ã)	1	3	1	2
Tio(a)	0	0	1	2
Mãe e Pai	4	11	4	7
Mãe e Avó	0	0	1	2
Mãe e Irmão(ã)	1	3	0	0
Mãe e Tio(a)	0	0	0	0
<b>Profissional de Saúde</b>				
Profissional de Medicina	3	9	1	2
Profissional de Enfermagem	2	6	1	2
Profissional de Psicologia	0	0	1	2
<b>Familiar/Acompanhante e Profissional de Saúde</b>				
Mãe e Profissional de Enfermagem	3	9	7	13
Mãe e Profissional de Medicina	2	6	4	7
Mãe e Profissional de Medicina e Enfermagem	2	6	6	11
Pai e Profissional de Medicina	0	0	1	2
Pai e Profissional de Enfermagem	0	0	1	2
Mãe, Pai e Profissional de Medicina	0	0	1	2
Mãe, Pai, Profissional de Medicina e Enfermagem	1	3	0	0
Outro	1	3	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>99</b>	<b>54</b>	<b>100</b>

<sup>a</sup>dado perdido = 1

Verifica-se, na Tabela 22 que, tanto as respostas dos pacientes (76%) quanto dos familiares/acompanhantes (86%) indicaram que a dor era comunicada principalmente para a mãe, de forma isolada ou combinada com outro cuidador.

### 5.3.8 – Avaliação da dor

Os familiares/acompanhantes foram questionados se a dor da criança foi avaliada por alguém, sendo que 75% responderam que sim. Em seguida, perguntou-se quem foi o responsável pela avaliação da dor, as respostas a esta questão são apresentadas na Tabela 23.

Tabela 23 - Quem avaliou a dor na percepção do familiar/acompanhante

*Quem Avaliou a Dor na Percepção do Familiar/acompanhante*

Pessoa que avaliou a dor	Familiar/Acompanhante	
	f	%
Familiar/Acompanhante		
Mãe	5	6
Pai	1	1
Avó	1	1
Profissional de Saúde		
Profissional de Medicina	39	48
Profissional de Enfermagem	27	33
Profissional de Medicina e Enfermagem	6	7
Não sabe / não define	2	3
Total	81	100

Na Tabela 23, verifica-se que entre os familiares/acompanhantes que disseram que a dor tinha sido avaliada, a maioria (88%) referiu que a avaliação foi realizada por um profissional de saúde. Na percepção dos familiares/acompanhantes, o profissional de Medicina avaliou a dor em 48% dos casos, o profissional de Enfermagem em 33% dos casos e estes dois profissionais avaliaram 7% dos casos.

**5.3.9 – Manejo da dor**

A Tabela 24 apresenta a frequência e a porcentagem de manejo da dor na percepção de cada categoria de respondente.

Tabela 24 - Frequência e porcentagem de manejo da dor na percepção dos entrevistados

*Frequência e Porcentagem de Manejo da Dor na Percepção dos Entrevistados*

Manejo da dor	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim	29	81	83	77	32	60	46	78
Não	7	19	22	20	20	38	12	20
Não sabe / não define	0	0	3	3	1	2	1	2
Total	36	100	108	100	53	100	59	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

A maioria das categorias de entrevistados referiu que a dor foi manejada. Entretanto, chama a atenção o fato de que, na percepção de 19% dos pacientes, 20% dos familiares/acompanhantes, 38% dos médicos e 20% de Enfermagem, os pacientes não receberam qualquer intervenção para manejo da dor.

Por sua vez, a Tabela 25 apresenta o responsável pelo manejo da dor na percepção dos pacientes e familiares/acompanhantes.

Tabela 25 - Responsável pelo manejo da dor na percepção dos pacientes e familiares/acompanhantes  
*Responsável pelo Manejo da Dor na Percepção dos Pacientes e Familiares/acompanhantes*

Pessoa que maneja a dor	Paciente		Familiar/Acompanhante	
	f	%	f	%
<b>Familiar/Acompanhante</b>				
Mãe	12	41	11	13
Pai	2	7	0	0
Avó	0	0	1	1
<b>Profissional de Saúde</b>				
Profissional de Medicina	3	10	13	16
Profissional de Enfermagem	8	28	52	63
Profissional de Medicina e Enfermagem	0	0	2	2
Familiar/Acompanhante e Profissional de Saúde			0	0
Mãe e Profissional de Enfermagem	2	7	0	0
Profissional de Medicina e Enfermagem e Outro	1	4	0	0
Outro	1	3	0	0
Não sabe / não define	0	0	4	5
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

A Tabela 25 mostra que, na percepção dos próprios pacientes, a mãe foi a principal responsável pelo manejo da dor (41%), seguida pelo profissional de Enfermagem (28%) e de Medicina (10%). Na percepção dos familiares/acompanhantes, por sua vez, a dor foi manejada majoritariamente pelo profissional de Enfermagem (63%). Contudo, é importante ressaltar, também, que na percepção de 13% dos familiares/acompanhantes, foi a própria mãe quem maneja a dor da criança.

A respeito do manejo da dor, cabe ainda apresentar, na Tabela 26, a percepção dos profissionais de saúde sobre qual tipo de manejo, farmacológico ou não farmacológico, foi utilizado no alívio da dor do paciente.

Tabela 26 - Tipo de manejo da dor na percepção dos profissionais de saúde  
*Tipo de Manejo da Dor na Percepção dos Profissionais de Saúde*

Tipo de manejo	Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%
Manejo Farmacológico	21	65	22	48
Manejo Não-Farmacológico	5	16	19	41
Manejo Farmacológico e Não-Farmacológico	6	19	5	11
Não sabe / não define	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>99</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Conforme verifica-se na Tabela 26, para os profissionais de Medicina, o manejo farmacológico foi o mais utilizado, sendo 65% das vezes realizado isoladamente e, em 19% em conjunto com outras ações de manejo não farmacológico. A percepção dos profissionais de Enfermagem, mostrou-se mais dividida, visto que o manejo farmacológico foi utilizado em 48% dos casos, o não farmacológico em 41% dos casos e, os dois tipos de intervenção foram associados em 11% dos casos.

### 5.3.10 – Alívio da dor

Nos casos em que os entrevistados responderam ter havido manejo da dor pediátrica, questionou-se se a intervenção promoveu o alívio da dor. A percepção dos entrevistados é apresentada na Tabela 27.

Tabela 27 - Alívio da dor na percepção dos entrevistados

#### *Alívio da Dor na Percepção dos Entrevistados*

Alívio da dor	Paciente		Familiar/Acompanhante		Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Sim								
Totalmente	17	59	72	87	24	75	40	87
Parcialmente	8	27	4	5	2	6	1	2
Não	4	14	3	3	1	3	1	2
Não sabe / não define	0	0	4	5	5	16	4	9
Total	29 <sup>a</sup>	100	83	100	32	100	46	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

<sup>a</sup> Esta questão se aplica apenas aos casos em que houve relato de intervenção para manejo da dor

Como pode-se observar na Tabela 27, na percepção da maioria dos entrevistados, pacientes (59%), familiares/acompanhantes (87%) e profissionais de Medicina (75%) e de Enfermagem (87%), o manejo da dor utilizado foi eficaz, visto ter aliviado totalmente a dor. Entretanto, 27% dos pacientes referiram ter sua dor aliviada apenas parcialmente e 14% disseram não ter sentindo alívio da dor com a intervenção.

### 5.3.11 – Protocolo para manejo da dor

Os profissionais de saúde foram questionados se a conduta adotada para manejo da dor fazia parte de algum protocolo na rotina do serviço, sendo as respostas apresentadas na Tabela 28.

Tabela 28 - Conduta como parte do protocolo de dor na percepção dos profissionais  
*Conduta como Parte do Protocolo de Dor na Percepção dos Profissionais*

Protocolo de dor	Medicina		Enfermagem	
	f	%	f	%
Sim	20	62	30	65
Não	7	22	13	28
Não sabe / Não define	5	16	3	7
Total	32	100	46	100

*Nota.* Os dados dos diferentes participantes não podem ser comparados por não se referirem aos mesmos casos.

Pela Tabela 28, verifica-se que 62% e 65% dos profissionais de Medicina e Enfermagem, respectivamente, relataram que a conduta adotada fazia parte de um protocolo de manejo de dor do serviço.

#### 5.4 – Comparações entre as percepções de dor

A análise comparativa, usando a medida de associação  $\chi^2$ , das percepções dos diferentes tipos de participantes acerca da dor pediátrica revelou diferenças estatisticamente significativas no que se refere à prevalência de dor, conforme apresentado na Tabela 29.

Tabela 29 - Associação ( $\chi^2$ ) entre a percepção dos pacientes e os cuidadores sobre a prevalência de dor  
*Associação ( $\chi^2$ ) entre a percepção dos Pacientes e os Cuidadores sobre a Prevalência de Dor*

Percepções Prevalência	Nº de casos	Acordos	Desacordos	$\chi^2$	dl	<i>p</i>	V Cramer
Paciente x Familiar	73	62 (85%)	11 (15%)	36,4	1	0,001*	0,71
Paciente x Medicina	53	38 (72%)	15 (28%)	10,9	2	0,004*	0,45
Paciente x Enfermagem	63	42 (67%)	21 (33%)	7,0	1	0,012*	0,33

A análise da percepção do paciente versus do familiar/acompanhante, acerca da prevalência de dor, não obstante ter-se encontrado concordância em 85% dos relatos, revelou diferenças estatisticamente significativas entre as percepções destes entrevistados ( $\chi^2 = 36,4$ ;  $p \leq 0,001$ ; dl = 1).

Na comparação entre a percepção do paciente e do profissional de Medicina acerca da prevalência de dor, obteve-se um  $\chi^2$  de 10,9 com uma probabilidade associada (*p*) igual a 0,004 para 2 graus de liberdade. Houve concordância entre o relato do paciente e do médico em 72% dos casos.

A comparação entre a percepção do paciente e do profissional de Enfermagem sobre a mesma variável (prevalência de dor), por sua vez, também indicou diferenças estatisticamente significativas entre as percepções destes entrevistados ( $\chi^2 = 7,0$ ;  $p \leq 0,012$ ; dl = 1). O grau de concordância entre eles foi de 67%.

A Tabela 30, por sua vez, apresenta a análise comparativa entre as percepções dos cuidadores acerca da prevalência de dor, definindo o número de casos em cada par de comparação, bem como o número de acordos e desacordos,  $\chi^2$ , grau de liberdade e a probabilidade encontrada.

Tabela 30 - Associação ( $\chi^2$ ) entre as percepções dos cuidadores sobre a prevalência de dor  
*Associação ( $\chi^2$ ) entre as Percepções dos Cuidadores sobre a Prevalência de Dor*

Percepções Prevalência	Nº de casos	Acordos	Desacordos	$\chi^2$	dl	<i>p</i>	V Cramer
Familiar x Medicina	191	138 (72%)	53 (28%)	28,5	2	0,001*	0,39
Familiar x Enfermagem	225	160 (71%)	65 (29%)	26,6	1	0,001*	0,34
Medicina x Enfermagem	205	161 (79%)	44 (21%)	23,2	2	0,001*	0,34

Observa-se que, comparando a percepção dos diferentes cuidadores acerca da prevalência de dor, também encontrou-se diferenças estatisticamente significativas em todos os pares de comparação. Entretanto, as diferenças entre a percepção dos cuidadores foram semelhantes para todos os pares de comparação, visto que as análises de associação resultaram em valores próximos de  $\chi^2$ , todos estatisticamente significativos ( $p \leq 0,001$ ). A análise comparativa revelou que familiares/acompanhantes e médicos concordaram acerca da prevalência de dor em 72% dos casos. De forma semelhante, familiares/acompanhantes concordaram acerca da prevalência de dor em 71% dos casos. Por fim, o nível de concordância entre os profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), sobre a dor no paciente pediátrico, foi maior, 79%.

Da mesma forma como foi feito com a prevalência de dor, analisou-se também as diferenças da percepção de dor acerca da frequência, duração, localização, manejo e alívio da dor. Encontrou-se apenas diferença estatisticamente significativa com relação à localização da dor (quantidade) na percepção do familiar versus profissional de Medicina ( $n = 29$ ;  $\chi^2 = 35,1$ ;  $gl = 20$ ;  $p = 0,020$ ) e, do profissional de Medicina versus profissional de Enfermagem ( $n = 18$ ;  $\chi^2 = 20,9$ ;  $gl = 12$ ;  $p = 0,052$ ).

## 5.5 – Análise da percepção e atitude do cuidador com relação à dor

### 5.5.1 – Percepção dos cuidadores sobre a expressão de dor em crianças

A análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário *Parental Pain Expression Perception* / Percepção dos Pais sobre a Dor da Criança, a 291 familiares/acompanhantes, revela uma média de escore total de 41,8 pontos ( $\pm 6,7$ ; escore variando de 24 a 58), sendo 63 o escore máximo possível de ser obtido no instrumento. Essa média aponta desconhecimento dos familiares/acompanhantes acerca da expressão de dor nas crianças, o que pode ser observado pelas respostas aos itens, apresentadas na Tabela 31 e na Figura 6.

Tabela 31 - Percepção dos familiares/acompanhantes sobre a expressão de dor da criança  
*Percepção dos Familiares/acompanhantes sobre a Expressão de Dor da Criança*

Itens	Discordo		Indeciso		Concordo		Total	
	%	em parte	%	em parte	%	em parte	%	em parte
1 - Crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha.	2,4	11,7	7,6	4,5	45,4	15,1	13,4	100,0
2 - Crianças sempre contam para os pais quando estão sentindo dor.	0,3	8,2	9,3	1,4	51,2	15,5	14,1	100,0
3 - Crianças que estão quietas não estão sentindo dor.	4,5	30,9	15,1	4,8	29,6	10,7	4,5	100,0
4 - Crianças que estão brincando não estão sentindo dor.	3,4	11,7	10,3	3,1	46,7	12,7	12,0	100,0
5 - Crianças que estão sentindo dor avisam alguém imediatamente.	1,4	15,5	9,3	2,7	40,5	17,5	13,1	100,0
6 - Crianças exageram a dor.	2,7	25,8	10,0	4,5	27,1	23,7	6,2	100,0
7 - Crianças reclamam de dor para chamarem atenção. <sup>a</sup>	4,8	27,9	8,3	3,1	30,0	20,3	5,5	100,0
8 - Crianças sentem menos dor do que os adultos. <sup>a</sup>	18,3	43,1	6,9	7,6	15,9	5,2	3,1	100,0
9 - Crianças com dor têm dificuldades para dormir. <sup>a</sup>	0,7	1,4	0,0	0,3	63,4	2,4	31,7	100,0

<sup>a</sup> dado perdido = 1

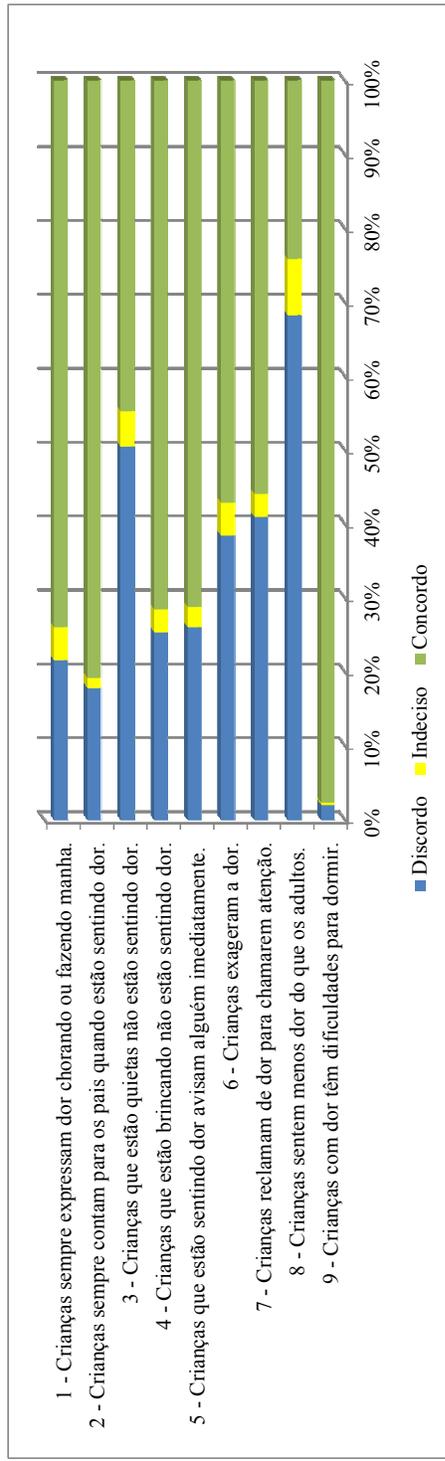


Figura 7 - Percepção dos Familiares/acompanhantes sobre a Expressão de Dor da Criança

Os dados apresentados na Tabela 31 e Figura 6 indicam, que 24,1% dos familiares/acompanhantes acreditam que crianças sentem menos dor do que adultos; 71,5% acreditam que crianças que estão brincando não estão sentindo dor; e 57% acreditam que as crianças exageram a dor.

Por sua vez, a análise dos dados obtidos por meio da aplicação do questionário PPEP a 143 profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem) indica grau um pouco menor de desinformação acerca da expressão de dor na criança, considerando que a média de escore total apresentada por eles foi de 35,2 pontos ( $\pm 7,3$ ; escore variando de 18 a 55). A percepção dos profissionais de saúde acerca da expressão de dor na criança é apresentada na Tabela 32 e na Figura 7.

Tabela 32 - Percepção dos profissionais de saúde sobre a expressão da dor da criança  
*Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Expressão da Dor da Criança*

Itens	Discordo totalmente		Discordo em parte		Indeciso		Concordo em parte		Concordo totalmente		Total	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
1 - Crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha.	7,7	18,2	14,7	0,7	25,2	4,9	100,0					
2 - Crianças sempre contam para os pais quando estão sentindo dor. <sup>a</sup>	9,9	21,1	14,8	2,1	27,5	3,5	100,0					
3 - Crianças que estão quietas não estão sentindo dor.	14,0	46,9	16,8	1,4	9,1	1,4	100,0					
4 - Crianças que estão brincando não estão sentindo dor.	2,8	21,7	14,7	1,4	30,8	8,4	100,0					
5 - Crianças que estão sentindo dor avisam alguém imediatamente. <sup>a</sup>	4,2	26,1	16,2	3,5	22,5	2,1	100,0					
6 - Crianças exageram a dor. <sup>a</sup>	5,6	33,8	14,1	1,4	9,2	1,4	100,0					
7 - Crianças reclamam de dor para chamarem atenção.	1,4	17,5	14,7	2,8	21,7	1,4	100,0					
8 - Crianças sentem menos dor do que os adultos.	36,4	49,0	5,6	3,5	2,1	0,0	100,0					
9 - Crianças com dor têm dificuldades para dormir. <sup>a</sup>	0,0	0,7	3,5	0,0	64,8	26,1	100,0					

<sup>a</sup> dado perdido = 1

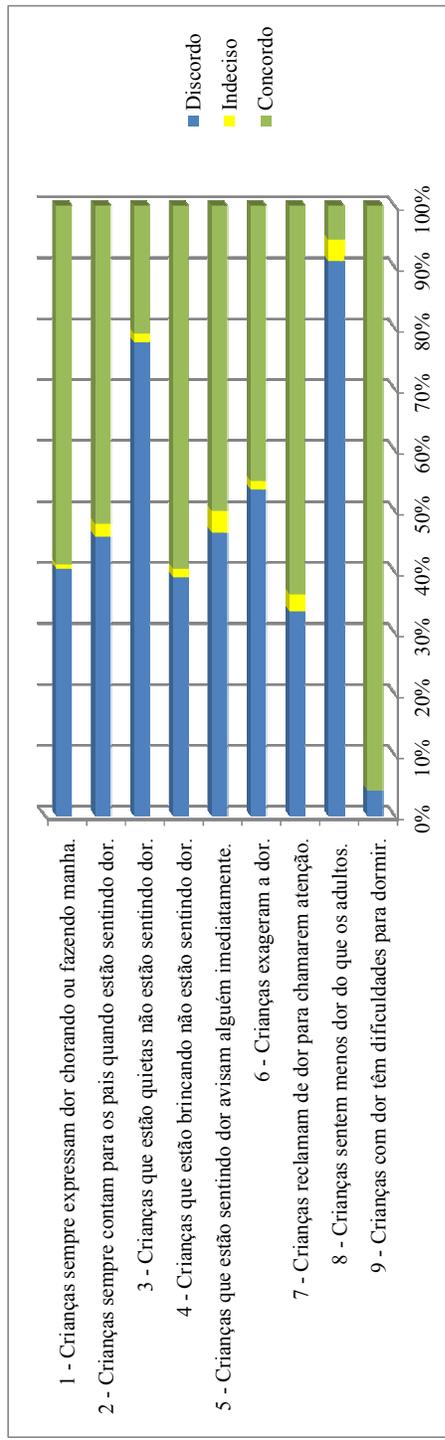


Figura 8 - Percepção dos Profissionais de Saúde sobre a Expressão da Dor da Criança

Os dados apresentados na Tabela 32 e na Figura 7 indicam que na percepção de 63,6% dos profissionais de saúde, as crianças reclamam de dor para chamarem a atenção; 58,7% acreditam que crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha; e ainda, 95,8% acreditam que crianças com dor têm dificuldades para dormir.

A análise das médias dos dois grupos de cuidadores revelou que há diferenças, entre as percepções dos mesmos, sobre a percepção da expressão de dor na criança ( $t=9.4$ ;  $CI= 5.3$ ;  $p \leq 0.001$ ). Os familiares/acompanhantes apresentaram concepções mais equivocadas acerca da expressão de dor na criança, comparado aos profissionais de saúde.

Apesar das dificuldades, presente em ambos os grupos de cuidadores, em perceber adequadamente a expressão de dor na criança, uma pergunta complementar à escala chama a atenção. Esta pergunta se refere à possibilidade de a dor não tratada causar danos físicos e psicológicos à criança. A Tabela 33 apresenta a resposta dos cuidadores acerca desta questão.

Tabela 33 - Percepção dos cuidadores acerca dos danos físicos e psicológicos causados pela dor  
*Percepção dos Cuidadores acerca dos Danos Físicos e Psicológicos Causados pela Dor*

Danos	Familiar/Acompanhante <sup>a</sup>		Profissional de Medicina		Profissional de Enfermagem	
	Danos Físicos (%)	Danos Psicológicos (%)	Danos Físicos (%)	Danos Psicológicos (%)	Danos Físicos (%)	Danos Psicológicos (%)
Sim	96	93	95	98	94	96
Não	4	6	5	2	6	4
Não sabe / não define	0	1	0	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

<sup>a</sup>dado perdido = 2

Nota-se na Tabela 33 que a maioria dos familiares/acompanhante acredita que a dor não tratada pode causar danos físicos (96%) e danos psicológicos (92,7%). Esta também foi a percepção dos profissionais de Medicina e Enfermagem, conforme apresentado na mesma tabela.

#### **5.5.2 – Atitudes dos cuidadores sobre uso de medicação para dor em crianças**

O *Medication Attitude Questionnaire* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos foi aplicado a 293 familiares/acompanhantes e 142 profissionais de saúde. A análise destes dados revelou uma média de escore total dos familiares/acompanhantes de 71,4 pontos ( $\pm 9,2$ ; escore variando de 40 a 103) e os profissionais de saúde escore total de 65,5 pontos ( $\pm 11,5$ ; escore variando de 29 a 92), sendo 98 o escore máximo possível de ser obtido neste questionário. Esses resultados indicam atitudes negativas com relação ao uso de medicação para dor em crianças.

As Tabelas 34 e 35 mostram as respostas dos familiares/acompanhantes e profissionais de saúde, respectivamente, acerca da atitude sobre o uso de medicação para dor em crianças.

Tabela 34 - Atitudes dos familiares/acompanhantes sobre o uso de medicação para dor em crianças  
*Atitudes dos Familiares/acompanhantes sobre o Uso de Medicação para Dor em Crianças*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente	Total
	%	%	%	%	%	%	%
1 - Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais. <sup>a</sup>	1,7	4,5	3,1	4,8	9,7	57,9	100,0
2 - Crianças que tomam analgésicos para dor podem aprender a tomar remédios para resolver outros problemas. <sup>a</sup>	2,8	17,6	5,5	5,5	12,4	45,9	100,0
3 - Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.	3,1	23,4	9,3	12,0	8,2	40,9	100,0
4 - Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.	2,1	15,1	4,1	9,6	12,4	45,0	100,0
5 - Analgésicos têm muitos efeitos colaterais.	1,0	5,5	3,4	10,7	10,3	59,1	100,0
6 - Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor. <sup>a</sup>	4,5	25,9	8,3	7,6	12,1	32,1	100,0
7 - Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos. <sup>a</sup>	0,7	11,7	3,1	5,5	5,9	57,2	100,0
8 - É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá-los para dor.	6,2	37,5	8,9	11,0	7,2	27,5	100,0
9 - Analgésicos causam dependência. <sup>a</sup>	2,8	8,6	2,8	7,2	12,8	52,4	100,0
10 - Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte. <sup>a</sup>	2,1	17,2	5,2	3,4	11,0	48,3	100,0
11 - Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro. <sup>a</sup>	11,0	42,4	5,2	10,0	7,6	18,6	100,0
12 - Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor. <sup>c</sup>	5,6	55,1	10,8	10,8	5,6	10,1	100,0
13 - Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.	5,5	56,4	10,0	6,9	2,7	15,1	100,0
14 - Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças. <sup>b</sup>	0,3	5,5	2,8	9,0	9,7	59,9	100,0
15 - Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.	2,1	18,9	3,8	9,3	9,3	44,0	100,0
16 - Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta.	9,3	52,2	12,4	5,5	3,4	15,1	100,0

<sup>a</sup> dado perdido = 1; <sup>b</sup> dado perdido = 2; <sup>c</sup> dado perdido = 4

Nota: Os itens 3, 7, 8, 12, 13 e 16 são invertidos.

Tabela 35 - Atitudes dos profissionais de saúde sobre o uso de medicação para dor em crianças  
*Atitudes dos Profissionais de Saúde sobre o Uso de Medicação para Dor em Crianças*

	Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente	Total
	%	%	%	%	%	%	%
1 - Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais.	4,9	12,7	16,2	1,4	21,1	35,2	100,0
2 - Crianças que tomam analgésicos para dor podem aprender a tomar remédios para resolver outros problemas.	5,6	26,1	8,5	5,6	23,2	27,5	100,0
3 - Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.	0,7	5,6	6,3	2,8	6,3	60,6	100,0
4 - Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.	7,0	31,0	4,9	2,8	19,0	30,3	100,0
5 - Analgésicos têm muitos efeitos colaterais. <sup>a</sup>	0,0	13,5	14,9	2,8	23,4	36,2	100,0
6 - Crianças se tornam dependentes de analgésicos se os tomarem para dor. <sup>a</sup>	12,8	43,3	13,5	2,1	19,1	6,4	100,0
7 - Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos. <sup>a</sup>	0,0	3,5	2,8	0,0	10,6	60,3	100,0
8 - É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá-los para dor.	3,5	33,8	21,1	2,8	11,3	25,4	100,0
9 - Analgésicos causam dependência.	1,4	17,6	17,6	7,7	26,1	24,6	100,0
10 - Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.	9,2	44,4	12,7	1,4	8,5	19,0	100,0
11 - Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro. <sup>a</sup>	17,0	49,6	14,2	5,7	9,9	2,8	100,0
12 - Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor. <sup>b</sup>	2,9	52,1	15,7	5,7	7,9	15,7	100,0
13 - Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor. <sup>a</sup>	2,8	35,5	28,4	5,7	5,0	20,6	100,0
14 - Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.	0,0	3,5	4,2	1,4	14,8	64,8	100,0
15 - Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.	4,2	34,5	12,0	1,4	14,1	31,7	100,0
16 - Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta.	3,5	33,8	26,8	4,9	5,6	23,2	100,0

<sup>a</sup> dado perdido = 1; <sup>b</sup> dado perdido = 2

Nota. Os itens 3, 7, 8, 12, 13 e 16 são invertidos.

Observa-se, nas Tabelas 34 e 35, que apesar das médias próximas, a média dos familiares/acompanhantes é um pouco superior a dos profissionais de saúde. Dentre os familiares/acompanhantes 85,9% acreditam que crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível, 82,4% acreditam que efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças, e 78,6% acham que analgésicos causam dependência.

As respostas dos profissionais de saúde também indicaram preocupação com os efeitos colaterais dos analgésicos, visto que 90,8% concordam com o item 14 do instrumento (“Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças”) e 84,5% discordam do item 7 (“Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos”). Além disso, os profissionais de saúde também se posicionaram negativamente quanto à frequência do uso de analgésicos, sendo que 64,8% disseram concordar com o item 1 (“Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais”) e 84,5% relataram discordar do item 3 (“Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados”).

Apesar de os familiares/acompanhantes e profissionais de saúde terem apresentado médias próximas, o Teste  $t$  revelou diferenças estatisticamente significativas entre as atitudes dos dois grupos de cuidadores ( $t = 9.4$ ; CI = 3.9-7.9;  $p \leq 0.001$ ). Os familiares/acompanhantes apresentaram atitude mais negativa, com relação ao uso de analgésicos em crianças, comparado aos profissionais de saúde.

## CAPÍTULO 6 – DISCUSSÃO

O presente estudo visou caracterizar e comparar a percepção de dor dos pacientes pediátricos (0-18 anos), familiares/acompanhantes e profissionais de saúde, assim como a caracterizar a avaliação e o manejo da dor, no contexto de internação em seis hospitais públicos do Distrito Federal (DF). Os resultados obtidos por meio de sua execução são, neste capítulo, discutidos e confrontados com a literatura, de forma a responder três questões principais: (a) Qual a prevalência e as características da dor em pacientes pediátricos no contexto de internação? (b) A dor pediátrica é avaliada no contexto de internação? e, (c) Como é realizado o manejo da dor pediátrica no contexto da hospitalização?

### **6.1 – Qual a prevalência e as características da dor em pacientes pediátricos no contexto de internação?**

Neste estudo, a prevalência de dor nas últimas 24 horas anteriores à entrevista foi de 47% na percepção dos 76 pacientes pediátricos capazes de relatar verbalmente a dor, 37% na percepção dos 293 familiares/acompanhantes, 20% na percepção dos 62 profissionais de Medicina (os quais responderam por 264 casos) e 19% na percepção dos 81 profissionais de Enfermagem (os quais responderam por 308 casos).

Considerando a percepção do próprio paciente, os dados do presente estudo diferem, em termos percentuais, de outras prevalências de dor encontradas na literatura científica, as quais são mais altas, como, por exemplo, 57% (Forgeron et al., 2005), 59% (Linhares et al., 2012), 77% (Taylor et al., 2008) e 86% (Kozlowski et al., no prelo). Apenas o estudo de Melotti et al. (2005) encontrou prevalência de dor menor, 34% na percepção do próprio paciente, do que a encontrada no presente estudo. Entretanto, há que se considerar aspectos contextuais e metodológicos, os quais podem influenciar estas diferenças de prevalência entre o presente estudo e a literatura científica.

No que tange aos aspectos metodológicos, o período de referência analisado foi o mesmo, 24 horas imediatamente anteriores, à exceção do estudo de Kozlowski et al. (no prelo), o qual analisou o período de cinco dias prospectivamente, sendo este estudo o que encontrou a maior prevalência de dor na percepção do próprio paciente (86%).

Todos os estudos referidos utilizaram entrevistas para obtenção dos dados, diferenciando-se apenas na quantidade de pacientes entrevistados. Os estudos com amostras menores, os quais entrevistaram entre 32 e 35 pacientes (Forgeron et al., 2005; Linhares et al., 2012; Melotti et al., 2005), encontraram prevalências mais próximas (entre 34% e 59%) da encontrada no presente estudo (47%), o qual entrevistou 76 pacientes. Os estudos com amostras maiores (entre 199 e 241 pacientes), por sua vez, encontraram prevalências mais altas, 77% e 86%, Taylor et al.(2008) e Kozlowski et al. (no prelo), respectivamente.

No que tange a aspectos contextuais, a prevalência de dor, na percepção do próprio paciente, no presente estudo foi de 47%, semelhante aos estudos realizados em países em desenvolvimento, 57% na Jordânia (Forgeron et al., 2005) e 59% também no Brasil, porém no estado de São Paulo (Linhares et al., 2012). Estas prevalências são inferiores às encontradas nos países desenvolvidos, 77% no Canadá (Taylor et al., 2008) e 86% nos EUA (Kozlowski et al., no prelo). Prevalências de dor, mais altas nos países desenvolvidos, pode indicar uma melhor acurácia dos estudos para identificar a dor pediátrica, ou ainda, maior disponibilidade e uso de métodos de diagnóstico e/ou tratamento, os quais apesar de eficazes, podem ser dolorosos.

Com relação à prevalência de dor na percepção dos cuidadores, o presente estudo também encontrou percentuais menores do que os apresentados na literatura, especificamente no estudo de Linhares et al. (2012), apesar das semelhanças metodológicas entre os mesmos. A diferença encontrada é percentualmente maior no que tange à percepção dos profissionais de saúde. Enquanto no presente estudo os profissionais de Medicina e Enfermagem relataram prevalência de 20% e 19%, respectivamente, o estudo de Linhares e colaboradores observou uma prevalência de dor de 38% na percepção dos profissionais de Medicina e 50% de Enfermagem, ou seja, aproximadamente duas vezes maior. Esta diferença percentual pode ser decorrente das diferenças entre os contextos nos quais os dados foram coletados. O Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP) é um hospital universitário de referência nacional, que trata de casos com maior nível de complexidade, para os quais se pressupõe alta especialização e formação técnica dos profissionais. Os hospitais componentes da amostra do presente estudo, por sua vez, são referências apenas regionais e, ao que é exposto pela mídia e confirmado pela população, ainda possuem muitas lacunas em termos de recursos humanos e materiais. Assim, a menor prevalência de dor na percepção dos profissionais do presente estudo pode ser decorrente de um menor preparo da equipe para a identificação/reconhecimento da dor entre pacientes pediátricos.

No presente estudo verificou-se que a prevalência de dor foi equivalente entre o sexo masculino e feminino, na percepção dos pacientes, 49% e 45% respectivamente, assim como na percepção dos familiares/acompanhantes (36% e 38%), dos profissionais de Medicina (20% e 20%) e, de Enfermagem (20% e 18%), apesar de 59% da amostra do estudo ser do sexo masculino. O mesmo ocorreu nos estudos de Cummings et al. (1996) e de Taylor et al. (2008), os quais não encontram diferenças de prevalência de dor entre pacientes do sexo masculino e feminino.

Com relação à faixa etária dos pacientes, a prevalência de dor encontrada no presente estudo foi maior nas crianças da fase pré-escolar, na percepção de 78% dos pacientes, 71% dos familiares/acompanhantes e 43% dos médicos, do que nas demais idades. Os profissionais de enfermagem, por sua vez, relataram maior prevalência de dor nos adolescentes (25%), comparado às demais idades, provavelmente por estes terem maior capacidade de relatar dor e buscar atendimento para seu alívio.

Com relação à prevalência de dor por unidade de internação, no presente estudo, os pacientes cirúrgicos referiram mais dor do que os pacientes clínicos, na percepção do próprio paciente (62%) e/ou de seu familiar/acompanhante (54%), o que é corroborado pelo estudo de Kozłowski et al. (no prelo). De certa forma, este resultado é esperado, considerando as características invasivas e dolorosas do tratamento cirúrgico.

Por sua vez, os profissionais de saúde do presente estudo, relataram que a dor ocorre em todos os tipos de unidade de internação, de forma relativamente equânime, à exceção dos berçários, unidades destinadas ao neonato em seus primeiros dias de vida. Para os profissionais de Medicina e Enfermagem, a prevalência de dor é de 28% e 31% nas unidades de terapia intensiva, 23% e 22% nas unidades cirúrgicas e, 22% e 19% nas unidades clínicas, respectivamente. A baixa prevalência de dor no berçário é coerente com o tipo de atendimento dispensado nessas unidades, o qual tem como foco a avaliação inicial da saúde do paciente e a recuperação materna. A equivalência de dor nas demais unidades de internação hospitalar, por um lado, chama a atenção devido a natureza diferenciada dos cuidados dispensados em cada tipo de unidade; mas, por outro, é compreendida, do ponto de vista do profissional de saúde, o qual pôde referir a dor percebida em seu local de atuação, não sendo convidado, neste estudo, a comparar a dor existente em diferentes tipos de unidades.

A análise comparativa da prevalência de dor na percepção dos pacientes e seus cuidadores e dos cuidadores entre si, revelou diferenças em todos os pares analisados. Os pacientes indicaram a maior frequência de prevalência de dor, seguidos por familiares/acompanhantes e pelos profissionais de saúde, em ordem decrescente. Resultado semelhante foi obtido no estudo experimental de Pillai Riddell e Craig (2007), o qual verificou diferenças importantes no julgamento de dor entre os diferentes grupos de cuidadores. Neste experimento, os familiares/acompanhantes atribuíram maiores níveis de intensidade de dor, seguidos em ordem decrescente, pelos profissionais de saúde. Essas diferenças de percepção de dor entre pacientes e cuidadores, e dos cuidadores entre si, pode sugerir sofrimento desnecessário do paciente pediátrico, o qual depende de seus cuidadores para ter acesso à intervenção para alívio da dor.

A análise comparativa revelou ainda, que o grau de acordo, com relação à prevalência de dor, é maior entre pacientes e familiares/acompanhantes (85%), do que entre os pacientes e os profissionais de saúde; sendo que o grau de acordo com os médicos (72%) foi maior do que com os enfermeiros (67%). Os estudos realizados Chambers, Reid, Craig, McGrath e Finley (1998) e Ellis et al. (2002), também verificaram alta correlação entre a avaliação de dor dos pacientes e seus familiares. Juntos, estes dados indicam que o relato dos familiares/acompanhantes deve ser mais valorizado, especialmente no contexto clínico, por melhor se aproximar do relato do paciente.

No que tange à concordância entre a percepção dos cuidadores acerca da prevalência de dor, o presente estudo indicou que, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde, Medicina e

Enfermagem, apresentaram grau de acordo semelhante, 72% e 71%, respectivamente. O grau de concordância entre os profissionais de saúde, por sua vez, foi um pouco maior, 79%.

Verificando a percepção dos cuidadores acerca da prevalência de dor na criança, faz-se importante destacar os resultados obtidos por meio da aplicação do questionário *Parental Pain Expression Perception* / Percepção dos pais sobre a dor da criança, aos cuidadores. Este revelou uma média de escore total de 41,8 pontos para os familiares/acompanhantes e 35,2 pontos para os profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), em uma escala com escore máximo de 63. Essas médias, relativamente altas, indicam desconhecimento e/ou concepções equivocadas de ambos os grupos de cuidadores acerca expressão da dor na criança, o que pôde também ser identificado pela análise das respostas aos itens, individualmente. Entretanto, houve diferenças entre a percepção dos cuidadores, sendo que, os familiares/acompanhantes da amostra, indicaram perceber dor na criança apenas quando esta emite/evoca comportamentos externalizantes (como chorar, reclamar), além de interpretar muitos comportamentos de dor da criança como simples busca de atenção. Essas concepções equivocadas acerca da expressão de dor na criança podem ser um dos fatores que influenciaram a menor prevalência de dor na percepção dos cuidadores, comparada à percepção dos pacientes pediátricos.

Com relação aos resultados obtidos na aplicação do PPEP é interessante observar ainda que, se comparados à literatura, a percepção dos profissionais de saúde do presente estudo, realizado no Brasil, se assemelha mais à percepção dos familiares, descrita por Zisk et al. (2007) e Rony, Fortier, Chorney, Perret e Kain (2010), em estudos realizados nos EUA. Esse dado leva a pensar no quanto ainda se precisa avançar, em termos de acesso e divulgação das informações técnico-científicas, importantes para a saúde da criança e do adolescente, em nosso país; não apenas para os familiares/acompanhantes, que apresentaram maior desconhecimento com relação à dor da criança, mas também aos profissionais de saúde, responsáveis pelo seu cuidado, quando no âmbito hospitalar.

Dando continuidade à análise da prevalência de dor e dos possíveis fatores que possam influenciá-la, faz-se necessário considerar, ainda, dados referentes à queixa da dor por parte dos pacientes. No presente estudo, 94% dos pacientes com dor referiram ter comunicado a mesma para seus cuidadores e 78% dos familiares/acompanhantes, de pacientes maiores de 3 anos, também disseram que o paciente comunicou a sua dor. Destes resultados pode-se depreender que a dor relatada pelo paciente pediátrico, mesmo quando comunicada a seus cuidadores, parece não ser considerada verdadeira, por parte de seus próprios cuidadores.

Este dado chama atenção para a necessidade de favorecer e reconhecer o relato do próprio paciente acerca de sua dor, principalmente, se considerarmos que crianças e adolescentes, no geral, possuem boas razões para não contar a seus cuidadores que estão sentindo dor, em decorrência das consequências que podem lhe ser impostas, tais como a consulta médica, tratamento e/ou hospitalização (Finley, 2009). Além do que o relato de dor é considerado extremamente importante

na avaliação da dor, por toda a literatura científica e os *experts* na área, visto este ser um fenômeno subjetivo por natureza.

A análise da prevalência da dor deve ainda ser complementada pela análise de suas características, tais como frequência, duração, tipo, localização e intensidade da dor. Quanto à frequência de dor, no presente estudo, 39% dos pacientes, 32% dos profissionais de Medicina e 41% dos profissionais de Enfermagem relataram predomínio da frequência única de dor nas últimas 24 horas, à exceção dos familiares/acompanhantes que relataram predomínio (28%) da dor mais de três vezes nas últimas 24 horas.

Esses resultados, se comparados à frequência de procedimentos dolorosos descritas na literatura, apresentam-se quantitativamente muito inferiores, visto que o número de procedimentos dolorosos varia entre 3 e 10 por dia (Carbajal et al., 2008; Chen et al., 2012; Johnston et al., 2011; Stevens et al., 2011). Entretanto, em termos metodológicos, a observação da frequência de dor a partir do número de procedimentos dolorosos a que os pacientes pediátricos são submetidos durante a hospitalização, é diferente da análise da frequência de dor pelo relato do paciente e/ou seus cuidadores, tal como observado no presente estudo. A análise do número de procedimentos dolorosos realizados não necessariamente reflete a frequência de dor do paciente pediátrico, considerando que, nem todo procedimento doloroso é seguido de dor. Esta só ocorre na ausência de intervenções de prevenção de dor as quais, apesar de reduzidas, são utilizadas em alguns contextos. Além disso, outra diferença metodológica que deve ser ressaltada é o fato de o presente estudo ter observado a frequência de dor em pacientes de 0 a 18 anos e, os estudos acerca do número de procedimentos dolorosos, disponíveis na literatura, focalizarem a dor nas unidades de tratamento intensivo neonatal.

Sobre a frequência de dor, pode-se ressaltar ainda que, apesar de o predomínio da frequência única encontrada no presente estudo, se considerarmos, conjuntamente, os participantes que referiram dor, no mínimo, três vezes até aqueles que referiram dor o tempo todo nas últimas 24 horas, este percentual supera o da frequência única, sendo 44% na percepção dos pacientes, 59% na percepção dos familiares/acompanhantes, 38% para os profissionais de Medicina e 42% para os de Enfermagem. Assim, sob esta ótica, o presente estudo equipara-se à literatura disponível, ao indicar uma frequência alta de dor em pacientes pediátricos no contexto de internação.

Apesar de os episódios de dor serem frequentes no contexto de internação, o presente estudo indica que são de curta duração, visto que 36% dos pacientes, 61% dos familiares/acompanhantes, 68% dos profissionais de Medicina e 64% dos profissionais de Enfermagem indicaram que a dor durou menos de 30 minutos.

Quanto ao tipo de dor, no presente estudo, os profissionais de Medicina e de Enfermagem, classificaram a dor percebida como predominantemente do tipo aguda, 87% e 93% respectivamente, decorrente principalmente dos procedimentos de diagnóstico e/ou tratamento, ou seja, dor aguda procedural. Resultado semelhante foi indicado pelo estudo de Linhares et al.

(2012), realizado também no Brasil, na cidade de Ribeirão Preto (SP), no qual 93% dos profissionais de Medicina e 92% de Enfermagem, classificaram a dor como do tipo aguda.

No presente estudo, a dor crônica praticamente não foi referida pelos profissionais de saúde, apresentando prevalência de 4% e 2% na percepção dos profissionais de Medicina e Enfermagem, respectivamente. Essa prevalência de dor crônica, no contexto de internação, é muito baixa, se comparada às prevalências de dor crônica em amostras de pessoas na comunidade, descritas na revisão sistemática da literatura realizada por King et al. (2011), as quais variam entre 4-83%, dependendo da localização (cefaleia, dor abdominal, lombar ou musculoesquelética). Contudo, há que se considerar as interpretações e análises da alta prevalência de dor em amostras comunitárias, sinalizadas por von Baeyer (2011), as quais podem ter vieses em virtude das diferenças metodológicas entre os estudos analisados na revisão de King e colaboradores, especialmente no que se refere ao período de referência analisado (diário, semanal, mensal, entre outros), além da necessária diferenciação entre o sintoma de dor e os efeitos negativos e/ou incapacitantes no desempenho das atividades de vida diária gerados pelos mesmos.

A alta prevalência de dor pediátrica, de frequência única, curta duração e do tipo aguda-procedural é por um lado esperada, considerando a periculosidade do contexto de internação hospitalar, o qual é marcado não apenas pela exposição a dificuldades potenciais de natureza física, social e psicológica, condicionadas por fatores tais como a gravidade da doença e suas características clínicas, sintomas e efeitos colaterais desagradáveis, mas, também, pela grande quantidade de procedimentos invasivos e dolorosos para diagnóstico e/ou tratamento das doenças. Por outro lado, é surpreendente, considerando que há diversas intervenções, descritas na literatura, potencialmente capazes de prevenir a dor, especialmente as dores decorrentes dos procedimentos, o que reflete a pouca transferência do conhecimento científico para a prática clínica.

No que se refere à localização da dor, o presente estudo indicou que a dor é localizada, majoritariamente, em apenas uma parte do corpo, na percepção de 75% dos pacientes, 71% dos familiares/acompanhantes, 66% dos profissionais de Medicina e 61% dos profissionais de Enfermagem. O abdômen foi a parte do corpo mais referida pelos participantes, à exceção dos profissionais de Enfermagem, para os quais a dor localizava-se nos membros superiores ou inferiores (28,9%) e peito (10,2%). Esses resultados acrescentam à literatura a percepção de localização de dor por parte dos pacientes e familiares/acompanhantes, além de corroborarem os resultados encontrados na pesquisa realizada por Linhares et al. (2012), na qual os profissionais de Medicina localizaram a dor predominantemente no tórax (24%), o qual inclui o abdômen e as costas, e os profissionais de Enfermagem relataram predominância da dor nos membros superiores e/ou inferiores (37%). A percepção dos profissionais de saúde acerca da localização da dor, pode estar relacionada à rotina de procedimentos executados, isso porque um dos procedimentos rotineiros dos médicos, o exame físico, inclui a palpação do abdômen, a qual pode indicar presença de dor; e uma das principais rotinas do profissional de Enfermagem, a qual inclui a realização de

procedimentos de coleta de exames e/ou administração de medicamentos, os quais são frequentemente feitos por via endovenosa, nos membros superiores e/ou inferiores e, portanto, dolorosos. A percepção dos profissionais de saúde acerca da localização da dor pode, ainda, estar relacionada com a patologia de base que motivou a internação dos pacientes. A este respeito, sabe-se que as dores abdominais recorrentes, cefaleias e dores nas costas são as mais prevalentes na infância (Perquin et al., 2000).

Quanto à localização da dor, faz-se importante destacar ainda que, no presente estudo, todos os pacientes pediátricos entrevistados, que sentiram dor nas últimas 24 horas, também assinalaram o local da dor no mapa corporal. O relato e o desenho tiveram correspondência exata em 63% dos casos e correspondência parcial em 37% dos casos. Ressalta-se que a correspondência foi considerada parcial, devido ao fato de outras partes do corpo, ou mesmo ele todo, também terem sido coloridas pelo paciente, o que pode ter sido feito, não por indicar, necessariamente, dor em outros locais, mas pelo hábito e/ou desejo do paciente de colorir todo o desenho. O dado importante que pode ser depreendido deste achado é que, os pacientes pediátricos são capazes não apenas de relatar a dor, mas também de assinalá-la em um mapa corporal. Este instrumento amplia as possibilidades de avaliação da dor pediátrica no contexto de internação, podendo ser especialmente útil nos casos em que o relato verbal for inacessível devido à condição clínica do paciente.

A caracterização da dor quanto à sua intensidade foi investigada neste estudo apenas na percepção dos próprios pacientes, utilizando escalas específicas para cada faixa etária: (a) pacientes com três anos de idade – *Poker Chip Tool / Pieces of Hurt*; (b) pacientes de quatro a 12 anos – *Faces Pain Scale - Revised (FPS-R)* e; (c) pacientes acima de 13 anos – *Numerical Rating Scale (NRS)*. A dor foi considerada moderada ou severa por 33% dos pacientes de 3 anos de idade, por 78% dos pacientes de 4 a 12 anos e pelos adolescentes (escore médio de 6,5, com desvio padrão de  $\pm 1,9$ ). Verifica-se assim que, os episódios de dor em crianças e adolescentes no contexto de internação são frequentes, de curta duração, mas com grande intensidade.

Essa avaliação da intensidade é congruente com os dados disponíveis na literatura, os quais indicam intensidade de dor moderada a severa em 19% dos pacientes pediátricos (Melotti et al., 2005), 40% (Kozlowski et al., no prelo) e 50% (Stevens et al., 2012). Se utilizarmos como critério de significância clínica escores  $\leq 3$ , o resultado do presente estudo torna-se ainda mais preocupante. Esse critério de significância clínica também foi utilizado por Cummings et al. (1996) para escala FPS, por Ellis et al. (2002), na *Color Analog Scale (CAS)*, que é a escala VAS com gradação de cores, além de ser o ponto de corte utilizado na escala NFCS (Gaspardo, Chimello, Cugler, Martinez, & Linhares, 2008).

Apesar de a classificação dos escores de intensidade de dor e a determinação de um nível de significância clínica serem úteis em estudos de prevalência e/ou no julgamento da eficácia do tratamento, Birnie, McGrath e Chambers (2012) propõem uma avaliação da significância clínica da

dor do paciente pediátrico centrada no próprio paciente, por meio do estabelecimento dos limites e metas de modificação personalizadas e discutidas em conjunto com o mesmo. Independentemente da classificação e/ou nível de significância clínica adotado, faz-se importante ressaltar que, a avaliação da intensidade de dor é relevante por impactar diretamente a escolha da intervenção de manejo mais adequada, seja ela farmacológica e/ou não farmacológica, bem como para o monitoramento da evolução da dor e, portanto, da necessidade de adequação do manejo empregado.

## **6.2 – A dor pediátrica é avaliada no contexto de internação?**

No presente estudo, a avaliação de dor foi referida pela maioria dos familiares/acompanhantes (75%), sendo que a dor foi avaliada, prioritariamente (88%), pelos profissionais de saúde; sendo destes 48% dos casos pelos profissionais de Medicina, 33% pela Enfermagem e 7% por ambas as categorias profissionais, na percepção dos familiares/acompanhantes. A investigação da avaliação de dor, apresentada no presente estudo, difere da encontrada na literatura, em termos metodológicos, na medida em que privilegiou a percepção do familiar/acompanhante, e não a análise do prontuário e/ou relato direto do profissional de saúde acerca de sua prática, metodologia utilizada por outros estudos.

A frequência de avaliação de dor encontrada no presente estudo é menor se comparada ao estudo de Linhares et al. (2014), o qual utilizou o relato do profissional de saúde acerca de sua prática, tendo encontrado que 84% utilizavam avaliação de dor em sua rotina clínica. Entretanto, cabe ressaltar que, no estudo de Linhares et al. (2014), os profissionais de saúde responderam, de forma geral, se realizavam este procedimento em sua rotina clínica, não se referindo portanto ao emprego da avaliação de dor em um caso específico, como questionado no presente estudo. Além disso, apesar de alta frequência de avaliação de dor referida pelos profissionais de saúde no estudo de Linhares et al. (2014), esta é realizada prioritariamente por meio de avaliação clínica (anamnese e exame físico).

Por outro lado, se comparada aos estudos que utilizaram a análise de prontuário, a frequência de avaliação de dor apontada no presente estudo é mais alta, tendo em vista que se encontraram na literatura, frequências de registro de avaliação de dor em prontuário entre 26% (Linhares et al., 2012) e 68,4% (Stevens et al., 2012). Provavelmente, essa diferença encontra-se no fato de que muitas vezes o registro em prontuário é variável e inconsistente, sendo a dor subnotificada, especialmente se a avaliação de dor não fizer parte de um protocolo da unidade, sendo sistemática e utilizando instrumentos validados para as diferentes idades e contextos de internação, tal como recomendado, por exemplo, pelo PedIMPACT (McGrath et al., 2008) e/ou pela força-tarefa da *Society of Pediatric Psychology* (Cohen, Lemanek, et al., 2008; Stinson et al., 2006; von Baeyer & Spagrud, 2007).

O único estudo que apresentou frequências de registro de dor maiores do que a encontrada no presente estudo, foi o realizado por Kozlowski et al. (no prelo) nos EUA, no qual os profissionais de Enfermagem registraram avaliação de dor em 96% dos prontuários analisados. Faz-se necessário ressaltar que, no hospital no qual foi realizado o estudo de Kozlowski e colaboradores, há um serviço específico para prevenção e/ou tratamento de dor aguda, disponibilizado a todos os pacientes internados, além de profissionais capacitados nas equipes clínicas e cirúrgicas para realizar a adequada avaliação e manejo da dor pediátrica. Assim, a avaliação de dor é sistemática e utiliza instrumentos validados e adequados para cada situação, sendo que o registro em prontuário faz parte do protocolo de atuação.

Percebe-se assim que, o cuidado à dor pediátrica no âmbito institucional pode melhorar sua detecção, facilitando assim o seu manejo efetivo. A implementação de protocolos de avaliação de dor na instituição hospitalar, baseado em evidências científicas, faz-se necessário, a fim de que escalas e questionários validados para diferentes tipos de dor e contextos de ocorrência, sejam utilizados de forma precisa.

### **6.3 – Como é realizado o manejo da dor pediátrica no contexto da hospitalização?**

Os resultados do presente estudo confirmam os achados da literatura existente no que tange ao subtratamento da dor. Apesar de a maioria dos respondentes, de todas as categorias, terem referido manejo de dor, uma parcela considerável de pacientes não receberam nenhuma intervenção: 19% na percepção dos pacientes, 20% na percepção dos familiares/acompanhantes, 38% na percepção dos profissionais de Medicina e 20% na percepção da Enfermagem. Ou seja, na percepção dos informantes, cerca de um quarto dos pacientes com dor não receberam tratamento para o alívio da mesma.

Outros estudos constataram esta realidade, dada a porcentagem de pacientes que não receberam nenhuma intervenção para manejo da dor: 21,9% (Stevens et al., 2011), 25% (Kozlowski et al., no prelo), 56% (Taylor et al., 2008) e 75% (Prestes et al., 2005). Ou ainda, pela porcentagem de procedimentos dolorosos executados sem prevenção, os quais representaram 46% dos procedimentos dolorosos causadores de dano tecidual e 57% dos procedimentos dolorosos sem dano tecidual no estudo de Johnston et al. (2011) e 98% dos procedimentos dolorosos observados por Carbajal et al. (2008). Os resultados do presente estudo são ainda mais similares ao trabalho de Linhares et al. (2012), quando a dor não foi tratada na percepção de 35% dos pacientes pediátricos, 23% dos familiares/acompanhantes, 34% dos profissionais de Medicina e 22% dos profissionais de Enfermagem.

Apesar de ser preocupante o número de pacientes que não receberam tratamento para dor identificado no presente estudo, por outro lado, notam-se avanços, especialmente se comparados a contextos nos quais nenhuma intervenção para prevenção e/ou tratamento da dor é utilizada, como apresentado no estudo Chen et al. (2012), realizado em um hospital da China, no qual todos os

10.633 procedimentos dolorosos observados foram realizados sem analgesia ou intervenção não farmacológica para manejo dor.

A análise da frequência de manejo da dor pediátrica na percepção dos cuidadores pode ser melhor compreendida quando complementada pelos resultados obtidos por meio da aplicação do questionário *Medication Attitude Questionnaire* / Questionário de Atitudes sobre Uso de Medicamentos, aos cuidadores. No presente estudo, encontrou-se uma média de escore total de 71,4 pontos para os familiares/acompanhantes e 65,5 pontos para os profissionais de saúde (Medicina e Enfermagem), em uma escala onde o escore máximo é 98. Ambos os grupos de cuidadores (familiares/acompanhantes e profissionais de saúde) apresentaram atitudes negativas com relação ao uso de analgésicos para tratamento de dor em crianças, ou seja, permeada por medo dos efeitos colaterais dos analgésicos e/ou evitação da medicação. Entretanto, os familiares/acompanhantes apresentaram mais atitudes negativas com relação aos analgésicos do que os profissionais de saúde, o que de alguma forma é esperado, visto que estes últimos trabalham rotineiramente com este tipo de medicação. De qualquer forma, a atitude negativa de ambos os tipos de cuidadores acerca do uso de analgésicos para tratamento da dor na criança pode ser um dos fatores que contribuíram para que cerca de um quarto dos pacientes, na percepção das diferentes categorias de respondentes, não recebessem tratamento para alívio da dor.

A atitude negativa dos profissionais frente ao uso de analgésicos para tratar dor em crianças, encontrada neste estudo, assemelha-se à atitude dos familiares encontrada em estudos realizados nos EUA por Zisk et al. (2007) e Rony, Fortier, Chorney, Perret e Kain (2010), utilizando também o MAQ. Considerando serem os profissionais de saúde os responsáveis pelo manejo farmacológico da dor no contexto de internação, esse dado indica a necessidade de maior investimento das instituições hospitalares e da política nacional de saúde para preparo especializado da equipe para o cuidado à dor pediátrica.

Interessante observar que, apesar da atitude negativa dos cuidadores perante o uso de medicação analgésica para dor, a maioria dos familiares/acompanhantes, profissionais de Medicina e Enfermagem, respondeu no PPEP, que acreditavam que a dor não tratada pode causar danos físicos (96%, 95% e 94%, respectivamente) e danos psicológicos (93%, 98% e 96%, respectivamente). Curiosamente, os estudos de Zisk et al. (2007) e Rony et al. (2010) indicaram que uma menor porcentagem de familiares que acreditavam que a dor não tratada pode causar danos físicos (89% e 61%, respectivamente) e danos psicológicos (69% e 86%, respectivamente). Portanto, com relação a este quesito, os cuidadores brasileiros analisados no presente estudo, familiares/acompanhantes e profissionais de saúde, parecem, intuitivamente, estarem um pouco mais conscientes dos danos que a dor não tratada pode acarretar para os pacientes pediátricos.

Com relação ao responsável pela intervenção de manejo de dor efetuada, os pacientes pediátricos responderam que, de acordo com sua percepção, a mãe em 41% dos casos, foi a pessoa quem fez algo para aliviar sua dor, seguida pelos profissionais de Enfermagem (28%) e Medicina

(10%). Os familiares/acompanhantes, por sua vez, disseram que o manejo da dor foi realizado majoritariamente pelo profissional de Enfermagem (63%). Curioso observar, entretanto, que os familiares/acompanhantes também referiram a si próprios como responsáveis pelo manejo da dor em 13% dos casos. Esse dado pode indicar que, mesmo sob os cuidados da equipe de saúde, os familiares/acompanhantes ainda são considerados os principais cuidadores, na percepção dos pacientes, e efetivamente buscam contribuir com o cuidado à saúde dos mesmos. Essa disponibilidade dos familiares/acompanhantes poderia ser melhor aproveitada pela equipe de saúde, a qual pode potencializar sua ação por meio do esclarecimento e treinamento dos familiares/acompanhantes para o manejo não farmacológico da dor, com ações tais como, por exemplo, a distração e o contato pele-a-pele.

No presente estudo, o manejo não farmacológico, foi empregado isoladamente em apenas 16% dos casos e, em conjunto com o manejo farmacológico em 19% dos casos, na percepção dos profissionais de Medicina; e em 41% dos casos isoladamente e 11% associado a medicações, na percepção dos profissionais de Enfermagem. Ou seja, o manejo não farmacológico é mais difundido e empregado entre os profissionais de Enfermagem, resultado também verificado no estudo de Linhares et al. (2012), no qual 49% destes profissionais referiram ter utilizado este tipo de manejo de dor.

Entretanto, considerando a eficácia de várias intervenções de manejo não farmacológico, comprovadas pela literatura científica exposta no capítulo teórico deste trabalho, e a inexistência e/ou reduzido custo da maioria delas, o manejo não farmacológico da dor não deve ser restrito à equipe de Enfermagem. Ao contrário, pode ser difundido e utilizado por profissionais de diversas áreas da saúde e, inclusive, por familiares/acompanhantes. Atualmente existem boas evidências científicas sobre técnicas não farmacológicas eficazes na redução da dor, tais como: para neonatos, uso de sacarose (Stevens et al., 2010) e do leite materno (Leite et al., 2009; Shah, Aliwalas & Shah, 2009), contato pele-a-pele e sucção não nutritiva (Riddell et al., 2011); para crianças/adolescentes, as técnicas psicológicas tais como distração (Murphy, 2009; Wang, Sun & Chen, 2008), relaxamento, técnicas cognitivo-comportamentais (Chambers et al., 2009; Uman et al., 2008). Essas técnicas são de fácil implementação e administração, de baixo custo e agregam valor ao tratamento humanizado dos pacientes pediátricos.

O manejo farmacológico da dor, por sua vez, sobressaiu neste estudo como o mais difundido e utilizado, sendo mencionado por 65% dos profissionais de Medicina e 48% dos de Enfermagem. Entretanto, há que se observar este dado com cautela, primeiro por se tratar de um dado obtido por relato verbal e não por observação direta, e depois por a literatura indicar que, apesar do manejo farmacológico ser referido e/ou utilizado com maior frequência, nem sempre é realizado com medicamentos, doses e vias de administração adequados.

O manejo farmacológico inadequado pode ser exemplificado por vários estudos, tal como estudo de Daudt et al. (1998), o qual revisou 1.107 prescrições de opióides em um hospital

universitário brasileiro, tendo encontrado que, com relação ao padrão de uso, dose do fármaco, intervalo entre as doses e o uso de analgésicos simultâneos, apenas 6,5% das prescrições podiam ser consideradas adequadas. Este estudo também trouxe ao centro das discussões o uso do padrão “se necessário”, por meio do qual o profissional de Medicina retira de si a responsabilidade pelo manejo da dor, além de não deixar claro quando a medicação deve ser administrada, podendo esta ser usada de acordo com a conveniência e julgamento do profissional de Enfermagem, ou ainda, a partir da solicitação do paciente e/ou familiar/acompanhante.

Além do problema da prescrição com padrão “se necessário”, a literatura indica que há diferenças entre a medicação ser prescrita e efetivamente administrada ao paciente. No estudo de Linhares et al. (2012), dos 62 registros de prescrição de medicação para dor, 44% foram efetivamente administradas ao paciente, 29% foram prescritas mas não administradas e 27% não tinham nenhuma informação acerca da administração, ou não, da medicação ao paciente.

Outro estudo, realizado por Taylor et al. (2008), também exemplifica o manejo farmacológico inadequado da dor. Os autores calcularam um índice de manejo de dor, considerando a adequação da medicação ao nível de dor relatado, tendo encontrado que em 43% dos casos a dor foi tratada com o uso inadequado de medicações analgésicas.

Independentemente do tipo de manejo empregado, os participantes foram questionados sobre a percepção de alívio da dor. No presente estudo, 14% dos pacientes pediátricos relataram que a dor não foi aliviada, e 27% sentiram apenas alívio parcial. Os cuidadores, em contrapartida, referiram que a dor foi aliviada totalmente em 75% dos casos, na percepção do profissional de Medicina e, em 87% dos casos, na percepção dos familiares/acompanhantes e profissionais de Enfermagem. Apesar de a análise comparativa entre a percepção dos pacientes e seus cuidadores não ter revelado diferenças estatisticamente significativas, talvez, em virtude do número reduzido de casos em cada par, a análise descritiva chama a atenção. Por meio dela, pode-se levantar a hipótese de que os cuidadores, além de subestimar a prevalência de dor, talvez possam também superestimar a eficácia do manejo empregado.

Um dos caminhos para melhorar a aplicação prática de intervenções para manejo da dor pediátrica no contexto de internação e, seu consequente alívio, é sensibilizar a instituição e a equipe para a importância do cuidado à dor, depois mapear a situação da instituição e, por fim, com base nas lacunas encontradas e nos recursos disponíveis, propor ações de melhoria, as quais necessariamente incluem educação continuada dos profissionais e desenvolvimento e implantação de políticas institucionais e/ou protocolos de cuidado à dor, como proposto por Schechter e Finley (2008).

Sob esta perspectiva, 62% dos profissionais de Medicina e 65% dos profissionais de Enfermagem, do presente estudo, referiram que as intervenções para manejo da dor faziam parte de protocolos do serviço. Entretanto, a experiência prática indica que se deve ter cautela com a alta frequência de intervenções como parte de protocolos de manejo de dor referida pelos profissionais

de saúde do presente estudo. Isso porque, a elaboração de protocolos é, por um lado, tarefa complexa, visto estes constituírem:

um conjunto de diretrizes, de estratégias, de critérios e de pautas, provenientes de uma revisão sistemática da evidência científica disponível e de uma avaliação profissional, apresentado de maneira estruturada e elaborado com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde e pacientes em suas decisões (Brasil, 2009, p. 43).

Apesar de auxiliarem a melhoria do cuidado à dor pediátrica, a elaboração e implantação de protocolos não é suficiente. Tal afirmativa é exemplificada pelo estudo de Johnston et al. (2011), o qual observou que, 12 anos após a implantação de protocolos de manejo de dor, houve um aumento significativo na execução de procedimentos dolorosos acompanhados de intervenção para seu manejo; entretanto, 46% dos procedimentos dolorosos causadores de dano tecidual e 57% dos procedimentos dolorosos sem dano tecidual ainda eram realizados sem intervenção analgésica.

Um estudo recente realizado por Stevens et al. (2014) evidenciou que a estruturação de um programa multidimensional mais amplo reduziu em 51% a chance de o paciente pediátrico experienciar dor severa, entre outros indicadores. Este programa partiu de uma primeira etapa de preparação na qual, com base no mapeamento institucional, propôs-se metas para melhoria do cuidado à dor pediátrica. Na segunda etapa, de implementação e mudanças, várias estratégias de transferência de conhecimento para a prática clínica foram utilizadas, tais como: materiais educacionais (pôsteres, jornais), atividades de educação continuada (workshops, sessões de discussão), lembretes (pôsteres, adesivos, bótons) e feedbacks provenientes do mapeamento (*audit*) ou de frequentes pequenas pesquisas (relatórios, cartazes).

Para além dos protocolos e políticas institucionais, a busca por acreditação e/ou certificação é o ápice das ações de transferência do conhecimento científico para a prática clínica. Especificamente na área de dor pediátrica, o *ChildKind Initiative* apresenta-se como uma proposta valiosa por oferecer suporte técnico focado na ampliação e uniformização dos benefícios advindos do avanço do conhecimento científico na área de avaliação e manejo da dor pediátrica a todos os pacientes, a qual envolve a unificação das ações e o desenvolvimento de uma cultura institucional na qual o cuidado à dor é um elemento fundamental (Schechter & Finley, 2008). Seus princípios envolvem: (a) desenvolvimento de políticas institucionais; (b) educação continuada de profissionais; (c) avaliação da dor baseada em evidência; (d) protocolos de prevenção e tratamento da dor baseados em evidências científicas e; (e) avaliação institucional continuada (Schechter & Finley, 2008; Schechter, Finley, Bright, Laycock & Forgeron, 2010; Finley, Linhares & Forgeron, 2009).

## CAPÍTULO 7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O enorme avanço do conhecimento científico ocorrido nas últimas três décadas ainda não conseguiu sobrepor as barreiras deixadas por quase dois séculos de negação da dor pediátrica, seja nos países desenvolvidos, como exposto na literatura, seja nos países em desenvolvimento. No Distrito Federal, onde se localiza a capital do Brasil, a situação não é diferente.

Em conclusão, o presente estudo de doutorado mostrou que a prevalência de dor em pacientes internados nos hospitais públicos do Distrito Federal é alta, embora diferenciada na percepção dos pacientes, familiares/acompanhantes e profissionais de Medicina e Enfermagem. Os pacientes percebem mais dor do que seus cuidadores, sendo que entre estes, os familiares/acompanhantes, apesar de identificarem a dor mais frequentemente, apresentam maior desconhecimento acerca da sua expressão na criança.

A dor no contexto de internação, na percepção dos participantes, é mais frequente nas unidades cirúrgicas, seguidas pelas clínicas, na percepção dos pacientes e familiares/acompanhantes, embora os profissionais de saúde percebam existência equânime de dor em todos os contextos de internação. Observada em um período de 24 horas, a dor pediátrica no hospital caracteriza-se por ser predominantemente de frequência única, curta duração, do tipo aguda-procedural, intensidade moderada ou severa, localizada principalmente no abdômen e em membros superiores e inferiores. Essas características permitem, de certa forma, a sua previsibilidade e consequente prevenção.

Entretanto, o estudo observou que a dor pediátrica no contexto de internação, é subtratada. Cerca de um quarto dos pacientes, na percepção de todas as categorias de respondentes, não receberam tratamento para dor. Apesar de quase todos os cuidadores acreditarem que a dor não tratada pode causar danos físicos e psicológicos, ainda apresentam uma atitude negativa perante o uso de analgésicos para tratar dor em crianças; o que talvez seja um dos fatores explicativos para o não tratamento, subtratamento e/ou tratamento inadequado da dor. Entre os cuidadores, os familiares/acompanhantes são os que apresentam mais medo de efeitos colaterais e/ou comportamentos de evitação da medicação, provavelmente por maior desconhecimento e/ou desinformação.

O mapeamento da dor pediátrica, realizado neste estudo de doutorado e ora apresentado, traz contribuições para o conhecimento científico, na medida em que apresenta dados mais amplos acerca da realidade brasileira da saúde da criança e do adolescente, os quais identificam a prevalência de dor no contexto de internação e apresentam o seu perfil epidemiológico. O estudo também acrescenta dados acerca da avaliação e manejo da dor no contexto hospitalar. Por fim, o estudo traz como contribuição o levantamento da percepção dos cuidadores acerca da expressão de dor na criança, bem como as atitudes dos cuidadores perante o uso de analgésicos para as crianças. Seus resultados auxiliam a formulação de hipóteses explicativas acerca dos fatores que influenciam

o processo de percepção, identificação, avaliação e manejo da dor. Entre as hipóteses explicativas que podem ser suscitadas, pode-se citar: (a) o desconhecimento da expressão de dor na criança apresentado pelos cuidadores pode influenciar a baixa percepção de prevalência de dor na percepção dos mesmos e; (b) as atitudes negativas dos cuidadores acerca do uso de analgésicos para crianças pode influenciar o manejo adequado da dor pediátrica, resultando em subtratamento da mesma.

Outrossim, o estudo também traz desdobramentos e implicações clínicas, especialmente, por revelar uma “fotografia” da realidade, a qual permite refletir sobre a transferência de conhecimento científico para a prática clínica. Primeiramente, indica a necessidade do efetivo reconhecimento da dor pediátrica e do ambiente de cuidado hospitalar como uma grande fonte causadora de dor, por meio de seus procedimentos de diagnóstico e tratamento. Revela também a importância da valorização do relato do paciente e, na ausência deste, de seu familiar/acompanhante e, portanto, a necessidade de participá-los, na medida do possível, das decisões acerca do tratamento. Apresenta, ainda, a necessidade de discussão da dor pediátrica, sua caracterização, formas de avaliação e intervenções para manejo, na formação dos profissionais de saúde, especialmente considerando a capital brasileira como um *campus* profícuo da área de saúde, com quatro faculdades de Medicina e várias outras áreas de saúde, tais como Enfermagem, Fisioterapia e Psicologia. Para além da academia, os resultados do estudo indicam que a discussão da dor pediátrica deve adentrar o cotidiano dos hospitais, sendo incluído nas discussões de caso, nas sessões clínicas, interconsultas e mesmo na consulta do paciente e seu familiar/acompanhante. Deve ainda ser eliciada por meio de campanhas, cartazes, folders, lembretes, entre outros, os quais devem ser espalhados pelos hospitais a fim de esclarecer e proporcionar acesso à informação.

Discussões devem ser fomentadas pelos profissionais de saúde, os quais podem, e devem adotar uma postura de “advogados” da dor; pela instituição, como entidade responsável pelo cuidado à saúde; e pelos órgãos governamentais, responsáveis pela saúde, os quais devem garantir aos neonatos, crianças e adolescentes, o direito humano de alívio/tratamento da dor, reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 2004. Programas como o HC Criança Sem Dor, implantado no HCFMRP e expandido para o Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) por meio do Projeto Hospital CuidaDor, o qual teve apoio do Ministério da Saúde (MS), devem receber apoio institucional e governamental, a fim de serem expandidos a outras instituições hospitalares e, assim, beneficiar um maior número de pacientes pediátricos.

O estudo reforça, ainda, a necessidade de inclusão da avaliação de dor, padronizada e por meio de instrumentos validados, na rotina clínica, como o já proposto, quinto sinal vital. Por fim, mas não exaustivamente, o estudo destaca a importância da implementação de protocolos clínicos de manejo da dor, com ações preventivas, não apenas farmacológicas, mas também não farmacológicas; devendo estas últimas ser utilizadas por todos os profissionais de saúde, guardando as devidas regulamentações de suas funções por conselhos e órgãos de classe. A adoção de

estratégias simples, porém eficazes, como a sacarose, o método canguru e as técnicas psicológicas, podem trazer grandes benefícios aos pacientes, garantindo, desta forma, o direito de cuidado à saúde e a elevação do seu nível de satisfação.

Como toda pesquisa, o presente estudo possui limitações. A primeira, de caráter metodológico, deve-se ao fato de a pesquisa ter se baseado apenas no relato dos participantes, de maneira retrospectiva, podendo, portanto, ser influenciado por fatores tais como memória. Além disso, o período de referência avaliado (24 horas), apesar de ser mais adequado para obtenção de um relato mais fidedigno, é um período curto, considerando a duração média das internações para além das unidades de emergência. Ademais, o fato de as entrevistas terem sido conduzidas por diferentes pesquisadores, também apresenta-se como uma limitação, visto poder haver diferenças pessoais, as quais não podem ser completamente extirpadas através de treinamentos metodológicos. Outra limitação do estudo, refere-se ao número de pacientes pediátricos respondentes, o qual foi reduzido, considerando a maior disponibilidade de leitos para pacientes acima de 3 anos, na rede de saúde.

Para sanar as lacunas deste estudo, e outras ainda presentes na literatura, profissionais, instituições e o governo de forma geral, precisam investir na realização de pesquisas futuras, as quais possam elucidar melhor e/ou complementar os resultados aqui apresentados. Dentre as inúmeras pesquisas possíveis, sugere-se a avaliação da prevalência de dor pelo relato dos pacientes e seus familiares/acompanhantes e pelo registro no prontuário, confrontando os dados obtidos por ambos os métodos. Avaliações prospectivas, baseadas também na observação da rotina no contexto hospitalar, com períodos de referência mais extensos, os quais podem gerar dados mais fidedignos acerca da prevalência de dor, além de esclarecer melhor as características da dor no contexto de internação. Estudos com foco no manejo da dor, verificando a adequação da medicação utilizada ao nível de dor avaliado; bem como as técnicas não farmacológicas empregadas, mesmo que não conscientemente/intencionalmente, pelos cuidadores. Estruturação e avaliação de programas de educação na área de dor e seu impacto na melhoria do cuidado dispensado. Implementação de mudanças na avaliação e manejo da dor e posterior avaliação dos efeitos destas nos desfechos clínicos. Validação psicométrica de questionários, tais como o PPEP e o MAQ, os quais permitam avaliação e diagnóstico institucional. Investigação dos fatores que influenciam a percepção de prevalência e as ações de avaliação e manejo da dor pediátrica, entre outros.

Finalmente, espera-se que este estudo seja amplamente divulgado e que, o *feedback* a ser dado à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e às instituições, separadamente, possa principalmente, beneficiar aquele que mais necessita, o paciente pediátrico, para o qual aqui, tento dar voz:

*“Sinto dor.*

*E meu corpo ainda não está preparado para lidar com tamanho sofrimento.*

*Ao contrário, a dor produz em mim marcas que carregarei talvez por toda a minha vida.*

*Sou vulnerável e indefeso.*

*Encontro-me quase que completamente em suas mãos.*

*Dependo de ti para proteger-me dos males que podem me acometer.*

*Entretanto, muitas vezes você não me percebe, não reconhece a minha dor.*

*Mas e quando ela acontece bem em frente dos seus olhos?*

*E quando, algumas vezes, é você quem me causa dor?*

*Sei que na tentativa de me ajudar, mas me causa dor, com suas agulhas, remédios e procedimentos...*

*Será que não vês? Ou será que preferes não saber?*

*Será tão difícil para você fazer algo a meu favor?*

*Ser o meu CuidaDor?*

*Peço-te apenas atenção, para esta questão.*

*Lembre-se, minha dor está em suas mãos”.*

Fernanda Doca

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ambuel, B., Hamlett, K. W., Marx, C. M., & Blumer, J. L. (1992). Assessing distress in pediatric intensive care environments: the COMFORT scale. *Journal of Pediatric Psychology, 17*(1), 95-109. doi 10.1093/jpepsy/17.1.95
- Anand, K. J. S., Al-Chaer, E. D., Bhutta, A. T., & Hall, R. W. (2007). Development of supraspinal pain processing. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens & P. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates and infants* (3<sup>a</sup> ed., pp. 25-44). Toronto, ON: Elsevier.
- Anand, K. J. S., & Hall, R. W. (2007). Controversies in neonatal pain: an introduction. *Seminars in Perinatology, 31*(5), 273-274. doi 10.1053/j.semperi.2007.07.014
- Anand, K. J. S., Sippell, W. G. & Aynsley-Green, A. (1987a). Randomised trial of fentanyl anaesthesia in preterm babies undergoing surgery: effects on the stress response. *The Lancet, 329*(8524), 62-66. doi 10.1016/S0140-6736(87)91907-6
- Anand, K. J. S., Sippell, W. G. & Aynsley-Green, A. (1987b). Pain, anaesthesia and babies. *The Lancet, 330*(8569), 1210. doi 10.1016/S0140-6736(87)91347-X
- Ballantyne, M., Stevens, B., McAllister, M., Dionne, K., & Jack, A. (1999). Validation of the Premature Infant Pain Profile in the clinical setting. *The Clinical journal of pain, 15*(4), 297-303. Recuperado de [http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1999/12000/Validation\\_of\\_the\\_Premature\\_Infant\\_Pain\\_Profile\\_in.6.aspx](http://journals.lww.com/clinicalpain/Abstract/1999/12000/Validation_of_the_Premature_Infant_Pain_Profile_in.6.aspx)
- Bartocci, M., Bergqvist, L. L., Lagercrantz, H., & Anand, K. J. S. (2006). Pain activates cortical areas in the preterm newborn brain. *Pain, 122*(1-2), 109-117. doi 10.1016/j.pain.2006.01.015
- Basbaum, A., Bushnell, M. C., & Devor, M. (2005). Pain: Basic mechanisms. In D. M. Justins (Ed.). *Pain 2005: An updatar review. Refresher Course Syllabus*. (pp. 3-12). Seattle, WA: IASP Press.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine, 25*(24), 3186-3191. Recuperado de <http://staff.ui.ac.id/system/files/users/andisk/material/guidelinesfortheprocessofcrossculturaladaptation.pdf>
- Beggs, S., & Fitzgerald, M. (2007). Development of peripheral and spinal nociceptive systems. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens & P. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates and infants* (3<sup>a</sup> ed., pp. 11-24). Toronto, ON: Elsevier.
- Beyer, J. E. (1984). *The Oucher: A user's manual and technical report*. Evanston, IL: The Hospital Play Equipment Company.
- Beyer, J. E., & Aradine, C. R. (1986). Content validity of an instrument to measure young children's perceptions of the intensity of their pain. *Journal of Pediatric Nursing, 1*(6), 386-395.

- Bieri, D., Reeve, R. A., Champion, G. D., Addicoat, L., & Ziegler, J. B. (1990). The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: Development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain, 41*(2), 139-150. Recuperado de [http://www.painjournalonline.com/article/0304-3959\(90\)90018-9/abstract](http://www.painjournalonline.com/article/0304-3959(90)90018-9/abstract)
- Birnie, K. A., McGrath, P. J., & Chambers, C. T. (2012). When does pain matter? Acknowledging the subjectivity of clinical significance. *Pain, 153*(12), 2311-2314. doi 10.1016/j.pain.2012.07.033
- Bonica, J. J., & IASP Subcommittee on Taxonomy (1979). Editorial: The need of a taxonomy. Pain terms: A list with definitions and notes on usage. *Pain, 6*(3), 247-252. doi 10.1016/0304-3959(79)90046-0
- Brasil (2009). *Tesouro eletrônico do Ministério da Saúde*. Recuperado de <http://bvsmis.saude.gov.br/cgi-bin/multites/mtwdk.exe?k=default&l=60&w=1742&n=1&s=5&t=2>
- Breau, L. M., McGrath, P. J., Camfield, C. S., & Finley, G. A. (2002). Psychometric properties of the non-communicating children's pain checklist-revised. *Pain, 99*(1-2), 349-357. doi 10.1016/S0304-3959(02)00179-3
- Brislin, R. W. (1970). Back-translation for cross-cultural research. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 1*(3), 185-216. doi 10.1177/135910457000100301
- Bueno, M., Costa, P., Oliveira, A. A. S., Cardoso, R., & Kimura, A. F. (2013). Tradução e adaptação do Premature Infant Pain Profile para a língua portuguesa. *Texto & Contexto Enfermagem, 22*(1), 29-35. doi 10.1590/S0104-07072013000100004
- Bueno, M., Stevens, B., Camargo, P. P., Toma, E., Krebs, V. L. J., & Kimura, A. F. (2012). Breast milk and glucose for pain relief in preterm infants: A noninferiority randomized controlled trial. *Pediatrics, 129*(4), 664-670. doi 10.1542/peds.2011-2024
- Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., . . . Bréart, G. (2008). Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *The Journal of the American Medical Association, 300*(1), 60-70. doi 10.1001/jama.300.1.60
- Castral, T. C., Warnock, F., Leite, A. M., Haas, V. J., & Scochi, C. G. S. (2008). The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *European Journal of Pain, 12*(4), 464-471. doi 10.1016/j.ejpain.2007.07.012
- Chambers, C. T., Taddio, A., Uman, L. S., & McMurtry, C. M. (2009). Psychological interventions for reducing pain and distress during routine childhood immunizations: A systematic review. *Clinical Therapeutics, 31*(Supplement 2), S77-S103. doi 10.1016/j.clinthera.2009.07.023
- Chambers, C. T., Reid, G. J., Craig, K. D., McGrath, P. J., & Finley, G. A. (1998). Agreement between child and parent reports of pain. *The Clinical Journal of Pain, 14*(4), 336-342. doi 10.1097/00002508-199812000-00011

- Chen, M., Shi, X., Chen, Y., Cao, Z., Cheng, R., Xu, Y., . . . Li, X. (2012). A prospective study of pain experience in a neonatal intensive care unit of China. *The Clinical Journal of Pain, 28*(8), 700-704. doi 10.1097/AJP.0b013e3182400d54
- Chermont, A. G., Guinsburg, R., Balda, R. C. X., & Kopelman, B. I. (2003). O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *Jornal de Pediatria, 79*(3), 265-272. doi 10.1590/S0021-75572003000300014
- Cohen, L. L., La Greca, A. M., Blount, R. L., Kazak, A. E., Holmbeck, G. N., & Lemanek, K. L. (2008). Introduction to special issue: Evidence-based assessment in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(9), 911-915. doi 10.1093/jpepsy/jsj115
- Cohen, L. L., Lemanek, K., Blount, R. L., Dahlquist, L. M., Lim, C. S., Palermo, T. M., . . . Weiss, K. E. (2008). Evidence-based assessment of pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(9), 939-955. doi 10.1093/jpepsy/jsm103
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2008). Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: Revisão da literatura. *Jornal de Pediatria, 84*(6), 477-486. doi 10.1590/S0021-75572008000700003
- Craig, K. D., & Korol, C. T. (2008). Developmental issues in understanding, assessing, and managing pediatric pain. In G. A. Walco & K. R. Goldschneider (Eds.). *Pain in children: A practical guide for primary care* (pp. 9-20). Totowa, NJ: Humana Press.
- Crombie, I. K. (1999). The potential of epidemiology. In I. K. Crombie, P. R. Croft, S. J. Linton, L. LeResche & M. Von Korff (Eds.). *Epidemiology of pain* (pp. 1-5). Seattle, WA: IASP Press.
- Cummings, E. A., Reid, G. J., Finley, G. A., McGrath, P. J., & Ritchie, J. A. (1996). Prevalence and source of pain in pediatric inpatients. *Pain, 68*(1), 25-31. doi 10.1016/S0304-3959(96)03163-6
- Daudt, A. W., Hadlich, E., Facin, M. A., Aprato, R. M. S., & Pereira, R. P. (1998). Opióides no manejo da dor - uso correto ou subestimado? Dados de um hospital universitário. *Revista da Associação Médica Brasileira, 44*(2), 106-110. Doi 10.1590/S0104-42301998000200007
- Ellis, J. A., O'Connor, B. V., Cappelli, M., Goodman, J. T., Blouin, R., & Reid, C. W. (2002). Pain in hospitalized pediatric patients: How are we doing? *The Clinical Journal of Pain, 18*(4), 262-269. Recuperado de <http://journals.lww.com/clinicalpain/pages/articleviewer.aspx?year=2002&issue=07000&article=00007&type=abstract>
- Finley, G. A. (2001). Pharmacological management of procedure pain. In G. A. Finley & P. J. McGrath (Eds.). *Acute and procedure pain in infants and children* (Vol. 20, pp. 57-76). Seattle, WA: IASP Press.
- Finley, A. G. (2009, Março). *Pediatric pain management: What everyone should know...* In Seminário Importância de Políticas Institucionais para Avaliação e Manejo da Dor Pediátrica, Brasília, DF.

- Finley, G. A., Franck, L. S., Grunau, R. E., & von Baeyer, C. L. (2005). Why children's pain matters. *Pain: Clinical Updates, XIII*(4), 1-6. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=HOME.HOME&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=2265&SECTION=HOME.HOME>
- Finley, A. G., Linhares, M. B. M. & Forgeron, P. (2009). Policy development of children's pain management in southern Brazil: A call for change. Manuscrito não publicado.
- Fitzgerald, M. (2005). The development of nociceptive circuits. *Nature Reviews Neuroscience, 6*(7), 507-520. doi 10.1038/nrn1701
- Forgeron, P. A., Finley, G. A., & Arnaout, M. (2005). Pediatric pain prevalence and parents' attitudes at a cancer hospital in Jordan. *Journal of Pain Symptom Management, 31*(5), 440-448. doi 10.1016/j.jpainsymman.2005.09.003
- Forward, S. P., Brown, T. L., & McGrath, P. J. (1996). Mothers' attitudes and behavior toward medicating children's pain. *Pain, 67*(2-3), 469-474. doi 10.1016/0304-3959(96)03149-1
- Franck, L. S., & Miaskowski, C. (1997). Measurement of neonatal responses to painful stimuli: A research review. *Journal of Pain Symptom Management, 14*(6), 343-378. doi 10.1016/S0885-3924(97)00222-4
- Gaspardo, C. M., Chimello, J. T., Cugler, T. S., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2008). Pain and tactile stimuli during arterial puncture in preterm neonates. *Pain, 140*(1), 58-64. doi 10.1016/j.pain.2008.07.004
- Gaspardo, C. M., Miyase, C. I., Chimello, J. T., Martinez, F. E., & Martins Linhares, M. B. M. (2008). Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? *Pain, 137*(1), 16-25. doi 10.1016/j.pain.2007.07.032
- Glover, V., & Fisk, N. M. (2007). Pain and the human fetus. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens & P. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates and infants* (3<sup>a</sup> ed., pp. 191-199). Toronto, ON: Elsevier.
- Goodman, J. E., & McGrath, P. J. (1991). The epidemiology of pain in children and adolescents: A review. *Pain, 46*(3), 247-264. doi 10.1016/0304-3959(91)90108-A
- Grunau, R. V. E., & Craig, K. D. (1987). Pain expression in neonates: Facial action and cry. *Pain, 28*(3), 395-410. doi 10.1016/0304-3959(87)90073-X
- Grunau, R. E., Holsti, L., & Peters, J. W. B. (2006). Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine, 11*(4), 268-275. doi 10.1016/j.siny.2006.02.007
- Harrison, D., Loughnan, P., & Johnston, L. (2006). Pain assessment and procedural pain management practices in neonatal units in Australia. *Journal of Paediatrics and Child Health, 42*(1-2), 6-9. doi 10.1111/j.1440-1754.2006.00781.x
- Harrison, D., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., & Stevens, B. (2010). Analgesic effects of sweet-tasting solutions for infants: Current state of equipoise. *Pediatrics, 126*(5), 894-902. doi 10.1542/peds.2010-1593

- Harrison, D., Stevens, B., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Beyene, J., & Ohlsson, A. (2010). Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95(6), 406-413. doi: 10.1136/adc.2009.174227
- Hermann, C., Hohmeister, J., Demiraçça, S., Zohsel, K., & Flor, H. (2006). Long-term alteration of pain sensitivity in school-aged children with early pain experiences. *Pain*, 125(3), 278-285. doi 10.1016/j.pain.2006.08.026
- Hester, N. K. O. (1979). The preoperational child's reaction to immunization. *Nursing Research*, 28(4), 250-255. Recuperado de [http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1979/07000/The\\_Preoperational\\_Child\\_s\\_Reaction\\_to.17.aspx](http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1979/07000/The_Preoperational_Child_s_Reaction_to.17.aspx)
- Hester, N. O., Foster, R. L., & Kristensen, K. (1990). Measurement of pain in children: Generalizability and validity of the pain ladder and the poker chip tool. In D. C. Tyler & E. J. Crane (Eds.), *Pediatric pain: Advances in pain research & therapy* (Vol. 15, pp. 79-84). New York, NY: Raven.
- Hicks, C. L., von Baeyer, C. L., Spafford, P. A., van Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale-Revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93(2), 173-183. doi 10.1016/S0304-3959(01)00314-1
- Howard, R. F. (2005). Developmental factors and acute pain in children. In D. M. Justins (Ed.), *Pain 2005: An updatar review. Refresher Course Syllabus*. (pp. 238-290). Seattle, WA: IASP Press.
- Hunfeld, J. A. M., Perquin, C. W., Duivenvoorden, H. J., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W.A., & van der Wouden, J. C. (2001). Chronic pain and its impact on quality of life in adolescents and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(3), 145-153. doi 10.1093/jpepsy/26.3.145
- Hunfeld, J. A. M., Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Passchier, J., van Suijlekom-Smit, L. W. A., & van der Wouden, J. C. (2002). Physically unexplained chronic pain and its impact on children and their families: The mother's perception. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(3), 251-260. doi 10.1348/147608302320365172
- IASP Subcommittee on Taxonomy (2011). Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. Recuperado de <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Publications&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=16283>
- Johnston, C., Barrington, K. J., Taddio, A., Carbajal, R., & Fillion, F. (2011). Pain in Canadian NICUs: Have we improved over the past 12 years? *The Clinical Journal of Pain*, 27(3), 225-232. doi 10.1097/AJP.0b013e3181fe14cf

- Johnston, C. C., Campbell-Yeo, M., Fernandes, A., Inglis, D., Streiner, D. & Zee, R. (2014). Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi 10.1002/14651858.CD008435.pub2
- Johnston, C. C., Collinge, J. M. R. N., Henderson, S. J., & Anand, K. J. S. (1997). A cross-sectional survey of pain and pharmacological analgesia in Canadian neonatal intensive care units. *Clinical Journal of Pain*, 13(4), 308-312. doi 10.1097/00002508-199712000-00008
- Jones, A. K. P. (2005). The role of cerebral cortex in pain perception In D. M. Justins (Ed.), *Pain 2005: An updatet review. Refresher Course Syllabus*. (pp. 59-68). Seatle, WA: IASP Press.
- Kenny, P. N. (2001). The politics of pediatric pain. In G. A. Finley & P. J. McGrath (Eds.). *Acute and procedure pain in infants and children* (Vol. 20, pp. 147-158). Seatle, WA: IASP Press.
- King, S., Chambers, C. T., Huguet, A., MacNevin, R. C., McGrath, P. J., Parker, L., & MacDonald, A. J. (2011). The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: A systematic review. *Pain*, 152(12), 2729-2738. doi 10.1016/j.pain.2011.07.016
- Kozlowski, L. J., Kost-Byerly, S., Colantuoni, E., Thompson, C. B., Vasquenza, K. J., Rothman, S. K., . . . Monitto, C. L. (no prelo). Pain prevalence, intensity, assessment and management in a hospitalized pediatric population. *Pain Management Nursing*. Publicação eletrônica antecipada. doi 10.1016/j.pmn.2012.04.003
- Lawrence, J., Alcock, D., McGrath, P., Kay, J., MacMurray, S. B., & Dulberg, C. (1993). The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Network*, 12(6), 59-66.
- Leite, A. M., Linhares, M. B. M., Lander, J., Castral, T. C., Santos, C. B., & Silvan Scochi, C. G. (2009). Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. *The Clinical Journal of Pain*, 25(9), 827-832. 10.1097/AJP.0b013e3181b51191
- Linhares, M. B. M., & Chimello, J. T. (Trad). (2002). *Sistema de codificação facial neonatal: Manual de treinamento*. Manuscrito não publicado.
- Linhares, M. B. M., & Doca, F. N. P. (2010). Dor em neonatos e crianças: Avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18(2), 307-325. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2010000200006&script=sci_arttext)
- Linhares, M. B. M., Doca, F. N. P., Martinez, F. E., Carlotti, A. P. P., Cassiano, R. G. M., Pfeifer, L. I., . . . Finley, G. A. (2012). Pediatric pain: Prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 45(12), 1287-1294. doi 10.1590/S0100-879X2012007500147
- Linhares, M. B. M., Oliveira, N. C. A. C., Doca, F. N. P., Martinez, F. E., Carlotti, A. P. P., & Finley, G. A. (2014). Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. *Psychology & Neuroscience*, 7(1), 43-53. doi 10.3922/j.psns.2014.1.07
- Loeser, J. D. (2008). Aspectos atuais do controle da dor. In Von Roenn, J. H., Paice J. A., & Preodor, M. E. (Orgs.), *Current diagnóstico e tratamento da dor* (pp. 1-9). Rio de Janeiro, RJ: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.

- Lowery, C. L., Hardman, M. P., Manning, N., Clancy, B., Whit Hall, R., & Anand, K. J. S. (2007). Neurodevelopmental changes of fetal pain. *Seminars in Perinatology*, *31*(5), 275-282. doi 10.1053/j.semperi.2007.07.004
- MacLaren, J., & Kain, Z. N. (2008). Research to practice in pediatric pain: What are we missing? *Pediatrics*, *122*(2), 443-444. doi 10.1542/peds.2008-1444
- Manworren, R. C., & Hynan, L. S. (2003). Clinical validation of FLACC: Preverbal patient pain scale. *Pediatric Nursing*, *29*(2), 140-146.
- Martins, S. W., Cruzeiro, M. S., Paula, K. M. P., & Enumo, S. R. F. (2013). Clima organizacional e sua influência no manejo da dor neonatal. In A. Garcia, M. D. C. Macedo, & T. A. Nunes (Orgs.), *Relações interpessoais e saúde* (pp. 154-164). Vitória, ES: UFES.
- McGrath, P. J., Johnson, G., Goodman, J. T., Dunn, J., & Chapman, J. (1985). CHEOPS: A behavioral scale for rating postoperative pain in children. In H. L. Fields, R. Dubner, & F. Cervero (Eds.), *Advances in pain research and therapy* (Vol. 9, pp. 395-402). New York, NY: Raven Press.
- McGrath, P. J., Walco, G. A., Turk, D. C., Dworkin, R. H., Brown, M. T., Davidson, K., . . . Zeltzer, L. (2008). Core outcome domains and measures for pediatric acute and chronic/recurrent pain clinical trials: PedIMMPACT recommendations. *The Journal of Pain*, *9*(9), 771-783. doi 10.1016/j.jpain.2008.04.007
- McGrath, P. J. (2011). Science is not enough: The modern history of pediatric pain. *Pain*, *152*(11), 2457-2459. doi 10.1016/j.pain.2011.07.018
- Melotti, R. M., Samolsky-Dekel, B. G., Ricchi, E., Chiari, P., Di Giacinto, I., Carosi, F., & Di Nino, G. (2005). Pain prevalence and predictors among inpatients in a major Italian teaching hospital. A baseline survey towards a pain free hospital. *European Journal of Pain*, *9*(5), 485-495. doi: 10.1016/j.ejpain.2004.09.010
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, *1*(3), 277-299. doi 10.1016/0304-3959(75)90044-5
- Merkel, S. I., Voepel-Lewis, T., Shayevitz, J. R., & Malviya, S. (1997). The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, *23*(3), 293-297. Recuperado de <http://europepmc.org/abstract/MED/9220806>
- Milh, M., Kaminska, A., Huon, C., Lapillonne, A., Ben-Ari, Y., & Khazipov, R. (2007). Rapid cortical oscillations and early motor activity in premature human neonate. *Cerebral Cortex*, *17*(7), 1582-1594. doi 10.1093/cercor/bhl069
- Murphy, G. (2009). Distraction techniques for venepuncture: A review. *Paediatric Nursing*, *21*(3), 18-20. doi 10.7748/paed2009.04.21.3.18.c7030
- Pabis, E., Kowalczyk, M., & Kulik, T. B. (2010). Pain in children in historical perspective. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, *XLII*(1), 33-37. Recuperado de [http://anestezjologia.net/en/articles/item/18310/pain\\_in\\_children\\_in\\_historical\\_perspective](http://anestezjologia.net/en/articles/item/18310/pain_in_children_in_historical_perspective)

- Page, G. G. (2004). Are there long-term consequences of pain in newborn or very young infants? *The Journal of Perinatal Education*, 13(3), 10-17. doi 10.1624/105812404x1725
- Pereira, M. G. (1995). *Epidemiologia: Teoria e prática*. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Perquin, C. W., Hazebroek-Kampschreur, A. A. J. M., Hunfeld, J. A. M., Bohnen, A. M., van Suijlekom-Smit, L. W. A., Passchier, J., & van der Wouden, J. C. (2000). Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain*, 87(1), 51-58. doi 10.1016/S0304-3959(00)00269-4
- Pillai Riddell, R. R., & Craig, K. D. (2007). Judgments of infant pain: The impact of caregiver identity and infant age. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(5), 501-511. doi 10.1093/jpepsy/jsl049
- Pillai Riddell, R. R., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din Osmun, L., Kohut, S. A., Stuart, J. H., Stevens, B., & Gerwitz-Stern, A. (2011). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10). doi 10.1002/14651858.CD006275.pub2
- Pillai Riddell, R. R., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din Osmun, L., Kohut, S. A., Stuart, J. H., Stevens, B., & Lisi, D. (2011). Nonpharmacological management of procedural pain in infants and young children: An abridged Cochrane review. *Pain Research & Management*, 16(5), 321-330. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3206782/>
- Poveda, C. L. E. C., Silva, J. A., Passareli, P., Santos, J. & Linhares, M. B. M. (sem data). *Faces Pain Scale – Revised*. Recuperado em 14/03/2012 de <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/FacesPainScaleRevised/default.htm>
- Prestes, A. C. Y., Guinsburg, R., Balda, R. C. X., Marba, S. T. M., Rugolo, L. M. S. S., Pachi, P. R., & Bentlin, M. R. (2005). Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. *Jornal de Pediatria*, 81(5), 405-410. doi 10.2223/JPED.1392
- Puccini, R. F., & Bresolin, A. M. B. (2003). Dores recorrentes na infância e adolescência. *Jornal de Pediatria*, 79(Supl 1), S65-S76. doi 10.1590/S0021-75572003000700008
- Rodkey, E. N., & Pillai Riddell, R. (2013). The infancy of infant pain research: The experimental origins of infant pain denial. *The Journal of Pain*, 14(4), 338-350. doi 10.1016/j.jpain.2012.12.017
- Rony, R. Y. Z., Fortier, M. A., Chorney, J. M., Perret, D., & Kain, Z. N. (2010). Parental postoperative pain management: Attitudes, assessment, and management. *Pediatrics*, 125(6), e1372-1378. doi 10.1542/peds.2009-2632
- Schadelbauer, C. (2008). Pediatrician as advocate. In G. A. Walco & K. R. Goldschneider (Eds.), *Pain in children: A practical guide for primary care* (pp. 257-263). Totowa, NJ: Humana Press.
- Schechter, N. L. (2006). Treatment of acute and chronic pain in the outpatient setting. In G. A. Finley, P. J. McGrath & C. T. Chambers (Eds.). *Bringing pain relief to children: Treatment approaches* (pp. 31-58). Totowa, NJ: Humana Press.

- Schechter, N. L., Allen, D. A., & Hanson, K. (1986). Status of pediatric pain control: A comparison of hospital analgesic usage in children and adults. *Pediatrics*, *77*(1), 11-15. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1416efff-ddc1-44aa-9fda-975d354e4b1c%40sessionmgr112&vid=2&hid=108>
- Schechter, N. L., Finley, G. A., Bright, N. S., Laycock, M., & Forgeron, P. (2010). ChildKind: A global initiative to reduce pain in children. *Pediatric Pain Letter*, *12*(3), 26-30. Recuperado de [http://childpain.org/ppl/issues/v12n3\\_2010/v12n3\\_schechter.shtml](http://childpain.org/ppl/issues/v12n3_2010/v12n3_schechter.shtml)
- Schechter, N. & Finley, G. A. (2008). *The ChildKind initiative: A program to reduce pain in child health facilities worldwide*. Recuperado em 24/05/2010 de [http://www.childkindinternational.org/ChildKind\\_International/Resources.html](http://www.childkindinternational.org/ChildKind_International/Resources.html).
- Scott, P. J., Ansell, B. M., & Huskisson, E. C. (1977). Measurement of pain in juvenile chronic polyarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *36*(2), 186-187. doi 10.1136/ard.36.2.186
- Shah, P. S., Aliwalas, L. L. & Shah, V. S. (2009). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi 10.1002/14651858.CD004950.pub2
- Slater, R., Fitzgerald, M., & Meek, J. (2007). Can cortical responses following noxious stimulation inform us about pain processing in neonates? *Seminars in Perinatology*, *31*(5), 298-302. doi 10.1053/j.semperi.2007.07.001
- Stevens, B. J., Abbott, L. K., Yamada, J., Harrison, D., Stinson, J., Taddio, A., . . . Finley, G. A. (2011). Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *Canadian Medical Association Journal*, *183*(7), E403-E410. doi 10.1503/cmaj.101341
- Stevens, B. J., Anand, K. J. S., & McGrath, P. J. (2007). An overview of pain in neonates and infants. In K. J. S. Anand, B. J. Stevens & P. J. McGrath (Eds.), *Pain in neonates and infants* (3<sup>a</sup> ed., pp. 1-9). Toronto, ON: Elsevier.
- Stevens, B. J., Harrison, D., Rashotte, J., Yamada, J., Abbott, L. K., Coburn, G., . . . Le May, S. (2012). Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. *The Journal of Pain*, *13*(9), 857-865. doi 10.1016/j.jpain.2012.05.010
- Stevens, B. J., Johnston, C., Petryshen, P., & Taddio, A. (1996). Premature Infant Pain Profile: Development and initial validation. *The Clinical Journal of Pain*, *12*(1), 13-22. doi 10.1097/00002508-199603000-00004
- Stevens, B. J., Yamada, J., Estabrooks, C. A., Stinson, J., Campbell, F., Scott, S. D., & Cummings, G. (2014). Pain in hospitalized children: Effect of a multidimensional knowledge translation strategy on pain process and clinical outcomes. *Pain*, *155*(1), 60-68. doi 10.1016/j.pain.2013.09.007
- Stevens, B. J., Yamada, J., & Ohlsson, A. (2010). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1). doi 10.1002/14651858.CD001069.pub3

- Stinson, J. N., Connelly, M., Chalom, E. J., Chira, P., Schanberg, L. E., Rapoff, M. A., Walco, G. (2009). Ask me where it hurts? Developing a standardized approach to the assessment of pain in children and youth presenting to pediatric rheumatology providers [Abstract]. *Arthritis Rheumatism*, 60(Suppl 10), 1546 doi 10.1002/art.26620
- Stinson, J. N., Connelly, M., Jibb, L. A., Schanberg, L. E., Walco, G., Spiegel, L. R., . . . Rapoff, M. (2012). Developing a standardized approach to the assessment of pain in children and youth presenting to pediatric rheumatology providers: A Delphi survey and consensus conference process followed by feasibility testing. *Pediatric Rheumatology*, 10(1), 7. doi 10.1186/1546-0096-10-7
- Stinson, J. N., Kavanagh, T., Yamada, J., Gill, N., & Stevens, B. (2006). Systematic review of the psychometric properties, interpretability and feasibility of self-report pain intensity measures for use in clinical trials in children and adolescents. *Pain*, 125(1-2), 143-157. doi 10.1016/j.pain.2006.05.006
- Taylor, E. M., Boyer, K., & Campbell, F. A. (2008). Pain in hospitalized children: A prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Research & Management*, 13(1), 25 - 32. Recuperado de <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=journal&jnlKy=7&atlKy=7840&isuKy=767&isArt=t>
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (2009). Pain terms and taxonomies of pain. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne & J. P. Rathmell (Eds.). *Bonica's management of pain* (4<sup>a</sup> ed., pp. 14-23). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Uman, L. S., Chambers, C. T., McGrath, P. J., & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8), 842-854. doi: 10.1093/jpepsy/jsn031
- Van de Velde, M., Jani, J., De Buck, F., & Deprest, J. (2006). Fetal pain perception and pain management. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 11(4), 232-236. Doi 10.1016/j.siny.2006.02.012
- von Baeyer, C. L. (2006). Children's self-reports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research & Management*, 11(3), 157-162. Recuperado de <http://www.pulsus.com/journals/abstract.jsp?sCurrPg=journal&jnlKy=7&atlKy=6854&isuKy=560&isArt=t>
- von Baeyer, C. L. (2009). Numerical rating scale for self-report of pain intensity in children and adolescents: Recent progress and further questions. *European Journal of Pain*, 13(10), 1005-1007. doi 10.1016/j.ejpain.2009.08.006

- von Baeyer, C. L. (2011). Interpreting the high prevalence of pediatric chronic pain revealed in community surveys. *Pain*, *152*(12), 2683-2684. doi 10.1016/j.pain.2011.08.023
- von Baeyer, C., Lin, V., Seidman, L. C., Tsao, J. C., & Zeltzer, L. K. (2011). Pain charts (body maps or manikins) in assessment of the location of pediatric pain. *Pain Management*, *1*(1), 61-68. doi 10.2217/pmt.10.2
- von Baeyer, C. L., & Spagrud, L. J. (2007). Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain*, *127*(1-2), 140-150. doi 10.1016/j.pain.2006.08.014
- von Baeyer, C. L., Spagrud, L. J., McCormick, J., Choo, E., Neville, K., & Connelly, M. A. (2009). Three new datasets supporting use of the Numerical Rating Scale (NRS-11) for children's self-reports of pain intensity. *Pain*, *143*(3), 223-227. doi 10.1016/j.pain.2006.08.014
- Wang, Z. X., Sun, L. H. & Chen, A. P. (2008) The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school age children receiving venipuncture in a paediatric department: A randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. *Swiss Medical Weekly*, *138*(39-40), 579-584. Recuperado de <http://www.smw.ch/docs/pdf200x/2008/39/smw-12224.pdf>
- Warnock, F. F., Castral, T. C., Brant, R., Sekilian, M., Leite, A. M., de la Presa Owens, S., & Scochi, C. G. S. (2010). Brief report: Maternal kangaroo care for neonatal pain relief: A systematic narrative review. *Journal of Pediatric Psychology*, *35*(9), 975-984. doi 10.1093/jpepsy/jsp123
- Weisman, S. J. (2001). Toward a pain-free hospital. In G. A. Finley & P. J. McGrath (Eds.), *Acute and procedure pain in infants and children* (Vol. 20, pp. 159-173). Seattle, WA: IASP Press.
- Wolf, A. R. (1999). Pain, nociception and the developing infant. *Paediatric Anaesthesia*, *9*(1), 7-17. doi 10.1046/j.1460-9592.1999.9120254.x
- Young, K. D. (2005). Pediatric procedural pain. *Annals of Emergency Medicine*, *45*(2), 161-171. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196064404014647>
- Zisk, R. Y., Grey, M., MacLaren, J. E., & Kain, Z. N. (2007). Exploring sociodemographic and personality characteristic predictors of parental pain perceptions. *Anesthesia & Analgesia*, *104*(4), 790-798. doi 10.1213/01.ane.0000257927.35206.c1

**ANEXOS**

## ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FEPECS



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER Nº 125/2012

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 117/2012 – A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos de Brasília-DF.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 09/05/2014

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela APROVAÇÃO DO PROJETO.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 09 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes  
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS  
Coordenadora

Ângela Maria/FEPECS/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: cepecs@saude.df.gov.br  
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907  
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

**ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA FS/UnB**

Universidade de Brasília  
Faculdade de Ciências da Saúde  
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

**PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA**

Registro do Projeto no CEP: **105/12**

Título do Projeto: “A dor Pediátrica no Contexto de Internação em Hospitais Públicos de Brasília-DF”.

Pesquisadora Responsável: Fernanda Nascimento Pereira Doca  
Data de Entrada: 19/07/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **105/12** com o título: “A dor Pediátrica no Contexto de Internação em Hospitais Públicos de Brasília-DF”, analisado na 7ª Reunião Ordinária, realizada no dia 14 de agosto de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 20 de agosto de 2012.

  
Prof. Natan Monsores  
Coordenador do CEP-FS/UnB

**ANEXO C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PACIENTES  
E/OU FAMILIARES/ACOMPANHANTES**

O(a) senhor(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “*A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos de Brasília-DF*”. Esta pesquisa pretende estudar como é a dor sentida pelas crianças/adolescentes internados, como os familiares/acompanhantes percebem essa dor e como os profissionais da equipe tratam dela. Essas informações são importantes para que possamos compreender e posteriormente melhorar o atendimento à dor pediátrica.

Para que o senhor(a) e seu filho(a) participem desta pesquisa, primeiro é necessário que o(a) senhor(a) assine esta permissão e, em seguida, vocês dois respondam às perguntas que lhe serão feitas pelos nossos pesquisadores colaboradores, o que irá demorar cerca de 15 minutos. A qualquer momento o senhor(a) e o seu filho(a) podem interromper a entrevista para esclarecer qualquer dúvida. Caso o senhor(a) não queira participar, basta devolver este documento, que não incluiremos os dados de seu filho(a) na pesquisa, o que não prejudicará, em hipótese alguma, o tratamento dele(a) no hospital.

As respostas dadas pelo(a) senhor(a) e seu filho(a) serão anotadas para que possamos, depois, juntá-las às das outras crianças/adolescentes e familiares/acompanhantes e analisá-las. Elas ficarão guardadas em nosso laboratório de pesquisa na Universidade de Brasília (LADVERSA/UnB).

É importante ressaltar que sua identidade e a de seu filho(a) não serão identificadas, nem divulgadas, em nenhum momento da pesquisa, pois os dados serão analisados de forma geral. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em apresentações e publicações científicas.

Outra informação importante é que o(a) senhor(a) e seu(sua) filho(a) não terão despesas para participar desta pesquisa, e a participação na mesma não será remunerada.

A qualquer momento, o senhor(a) pode nos procurar na LADVERSA/UnB, ou através dos telefones abaixo, para obter maiores informações sobre a pesquisa ou ainda, se retirar dela, sem qualquer prejuízo ao tratamento médico de seu filho(a).

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Fernanda Nascimento P. Doca  
[fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)  
(61) 8188-1312

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior  
[aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)  
(61) 3307-3069

Comitê de Ética em Pesquisa  
FEPECS – (61) 3325-4955  
FS/UnB – (61) 3307-2643

Nome da criança/adolescente: \_\_\_\_\_

Nome do familiar/acompanhante: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Criança/Adolescente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Familiar/acompanhante

**ANEXO D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Caro(a) Profissional de Saúde,

A pesquisa intitulada “*A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos de Brasília-DF*”, será desenvolvida com o objetivo de caracterizar a dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos da cidade de Brasília – DF no que se refere: (a) ao perfil epidemiológico; (b) aos métodos de avaliação e; (c) às condutas para manejo da dor.

Para tanto, gostaríamos de convidá-lo(a) a colaborar com esta pesquisa. Inicialmente você será esclarecido sobre os objetivos e metodologia da pesquisa e, caso concorde em colaborar, deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, você será entrevistado por um de nossos pesquisadores colaboradores, previamente treinados, o que irá demorar cerca de 15 minutos. As questões referem-se à dor sentida pelas crianças/adolescentes internados nas últimas 24 horas, na área em que você atua.

A qualquer momento o senhor(a) pode interromper a entrevista para solicitar esclarecimento de qualquer dúvida. Caso o senhor(a) não queira participar, basta devolver este documento.

Os dados obtidos através da entrevista serão analisados coletivamente, sendo que a sua identidade será preservada integralmente. Os resultados da pesquisa poderão ser divulgados em apresentações e publicações científicas.

Informamos que você não terá despesas para a participação na pesquisa, assim como não será remunerado por esta mesma participação.

A qualquer momento, o senhor(a) pode nos procurar na LADVERSA/UnB, ou através dos telefones abaixo, para obter maiores informações sobre a pesquisa ou ainda, se retirar dela, sem qualquer prejuízo.

Desde já agradecemos a sua disponibilidade e colaboração.

Fernanda Nascimento P. Doca  
[fernandadoca@unb.br](mailto:fernandadoca@unb.br)  
(61) 8188-1312

Prof. Dr. Áderson Luiz Costa Junior  
[aderson@unb.br](mailto:aderson@unb.br)  
(61) 3307-3069

Comitê de Ética em Pesquisa  
FEPECS – (61) 3325-4955 / FS/UnB – (61) 3307-2643

Brasília, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome do profissional: \_\_\_\_\_

Assinatura do profissional: \_\_\_\_\_

### ANEXO E - ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ [a] \_\_\_\_ [m] \_\_\_\_ [d] Escolaridade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_ Enfermaria [Nº]: \_\_\_\_\_ Leito [Nº]: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Nº SES: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

#### I - DADOS SOBRE A DOR

1. *Você sentiu alguma dor de ontem [.....] até agora?* [Entrevistador, usar como referência **as últimas 24h** antes da entrevista]  
( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, agradeça a participação e encerre a entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 2]

2. O que causou a dor? [Entrevistador, registre as palavras do paciente, tal como ele/ela falar]
- 
- 

3. *Quantas vezes você teve dor de ontem [.....] até agora?* [Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta]  
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) mais de 3 ( ) o tempo todo

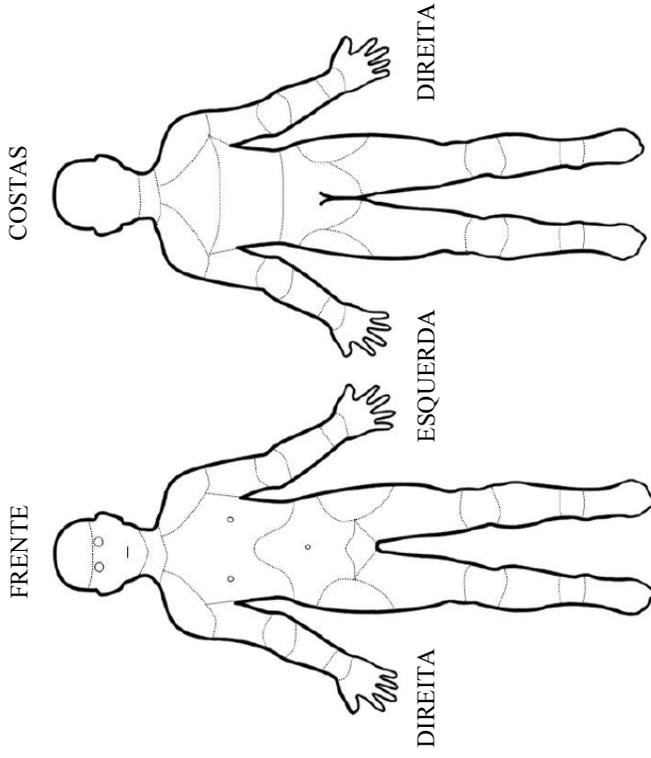
4. *Quanto tempo a dor durou?* [Caso a criança tenha tido **dor mais de uma vez**, perguntar a “*Quanto tempo a dor durou em média?*” Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta.]  
( ) menos de 30 minutos ( ) Entre 1 e 3 horas  
( ) Cerca de 1 hora ( ) Cerca de metade do dia ( ) O dia todo ou mais

5. *Como foi essa dor?* [Entrevistador, registre as palavras do paciente, tal como ele(a) falar]
- 
-

6. *Onde foi a dor?* [Não ler as alternativas. Marque onde o paciente disse e/ou mostrou que sentiu dor. Pode marcar mais de uma resposta]

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeça (excluindo a face) | <input type="checkbox"/> Pulso                  | <input type="checkbox"/> Tornozelo                 |
| <input type="checkbox"/> Face/Mandíbula/Têmpora    | <input type="checkbox"/> Mão                    | <input type="checkbox"/> Pé                        |
| <input type="checkbox"/> Garganta/Pescoço          | <input type="checkbox"/> Abdômen                | <input type="checkbox"/> Parte Superior das Costas |
| <input type="checkbox"/> Ombro                     | <input type="checkbox"/> Quadril                | <input type="checkbox"/> Meio das Costas           |
| <input type="checkbox"/> Peito                     | <input type="checkbox"/> Virilha/Região Pubiana | <input type="checkbox"/> Lombar                    |
| <input type="checkbox"/> Braço (parte superior)    | <input type="checkbox"/> Coxa                   | <input type="checkbox"/> Não localiza              |
| <input type="checkbox"/> Cotovelo                  | <input type="checkbox"/> Joelho                 | <input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____ |
| <input type="checkbox"/> Antebraço                 | <input type="checkbox"/> Panturrilha            | _____  |

7. [Entrevistador, dê o desenho do corpo humano que está disponível, separadamente, no seu material e a caixa de lápis de cor para o paciente e dê a seguinte instrução]: *Pinte todas as partes do seu corpo que você já teve dor de ontem [.....] até agora.*



Body Map  
 Fonte: [Stinson et al (2012). *Pediatric Rheumatology*, 10(7)]

[Entrevistador, após o paciente pintar o desenho, recolha-o e guarde-o no envelope junto com os outros instrumentos respondidos]

8. [Entrevistador aplique uma das escalas de intensidade de dor abaixo, conforme a idade do paciente que está sendo entrevistado]

**Pacientes de 3 anos:**

[Entrevistador, mostre para a criança as quatro fichas disponíveis em seu material e, ao mesmo tempo, leia as instruções a seguir]

*Essas fichas representam a dor que você sentiu, como se fossem pedacinhos de dor – uma ficha é um pouco de dor e quatro fichas é a dor mais forte que você poderia ter. Você teve um, dois, três ou quatro pedaços de dor?*

[Entrevistador, anote a quantidade de fichas selecionadas pela criança]: \_\_\_\_\_

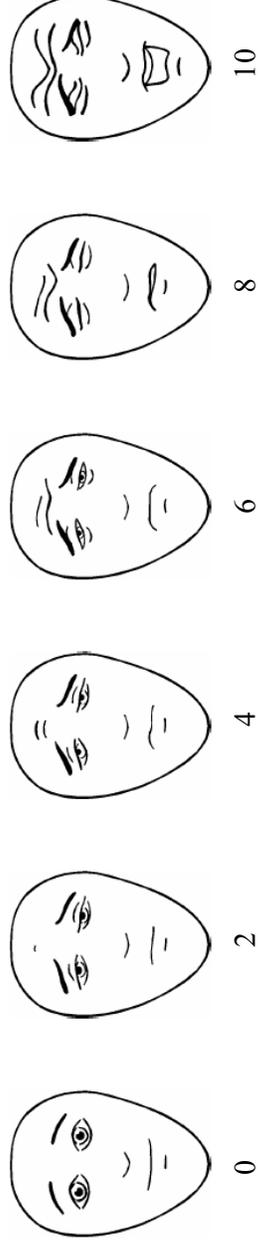
Poker Chip Tool / Pieces of Hurt  
 Fonte: [Hester (1979). *Nursing Research*, 28(4)]

**Pacientes de 4-12 anos:**

[Entrevistador, apresente a figura que está disponível, separadamente, no seu material. Leia as instruções abaixo para o paciente. Marque a face indicada pelo paciente. Recolha a figura para utilizá-la novamente]

*Estas caras/faces mostram o quanto alguma coisa pode doer. Esta cara/face [aponte para a face mais a esquerda] não mostra dor. As caras/faces mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais a direita] que mostra muita dor. Aponte para a cara/face que mostra o quanto doeu.*

[Obs.: Entrevistador, não use palavras como “alegre” ou “triste”]



FPS-R  
 Fonte: [Hicks, von Baeyer, Spafford, van Korlaar & Goodenough (2001). *Pain*, 193]

**Pacientes de 13-18 anos:**

[Entrevistador, pergunte ao paciente]: *Você poderia me dizer um número, de 0 a 10, que indique o quanto de dor você teve, sendo que zero seria nenhuma dor e 10 a seria a pior dor?*

[Entrevistador, anote a resposta do paciente]: \_\_\_\_\_

NRS  
 Fonte: [von Baeyer et al (2009). *Pain*, 143(3)]

9. *Você falou para alguém que você estava sentindo dor?*  
( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a questão 11. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 10]

10. *Para quem você contou?* [Pode marcar mais de uma resposta]

( ) Familiar/Acompanhante  
( ) mãe ( ) pai ( ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_  
( ) Profissional de Saúde  
( ) medicina ( ) enfermagem ( ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

11. *Alguém ajudou para aliviar essa dor?*

( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, agradeça a participação e encerre a entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 12 e 13]

12. *Quem?* [Pode marcar mais de uma resposta]

( ) Familiar/Acompanhante  
( ) mãe ( ) pai ( ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_  
( ) Profissional de Saúde  
( ) medicina ( ) enfermagem ( ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

13. *O que ele(a) fez?* [Entrevistador, registre as palavras do paciente, tal como ele/ela falar]
- 
- 

14. *A dor melhorou?*

( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei

Informações Adicionais:

---

---

---

Paciente: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: Idade: \_\_\_\_ [a] \_\_\_\_ [m] \_\_\_\_ [d]

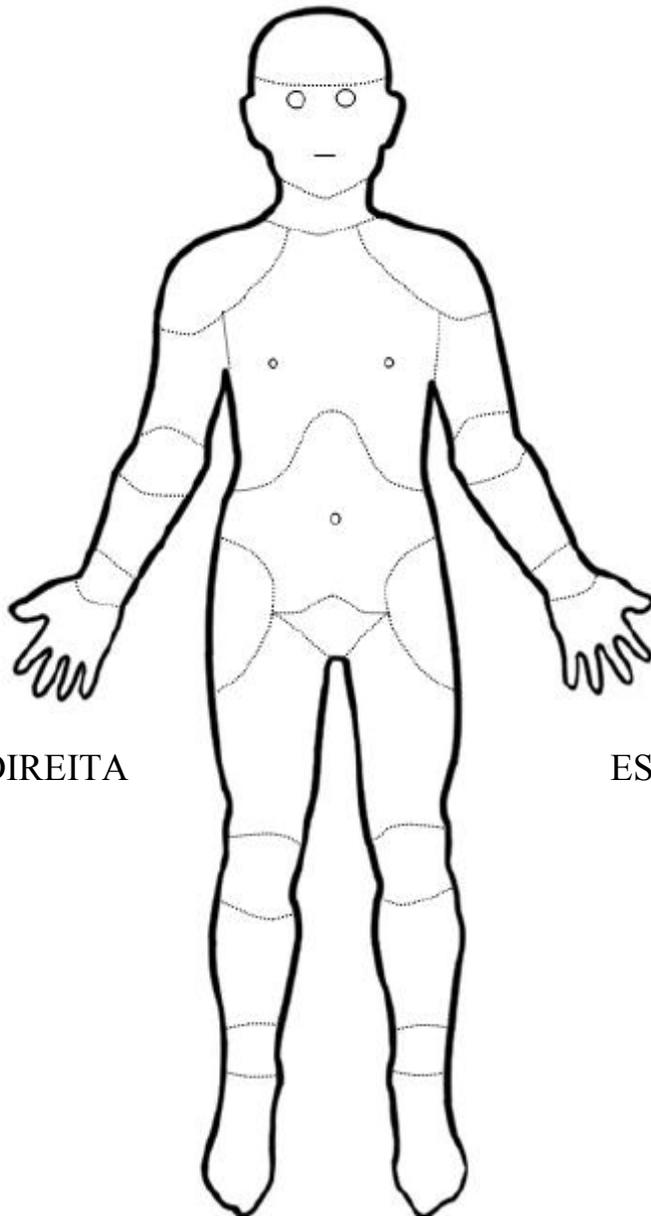
Hospital: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_

Enfermaria [Nº]: \_\_\_\_\_ Leito [Nº]: \_\_\_\_\_ Prontuário: \_\_\_\_\_ Nº SES: \_\_\_\_\_

Data coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

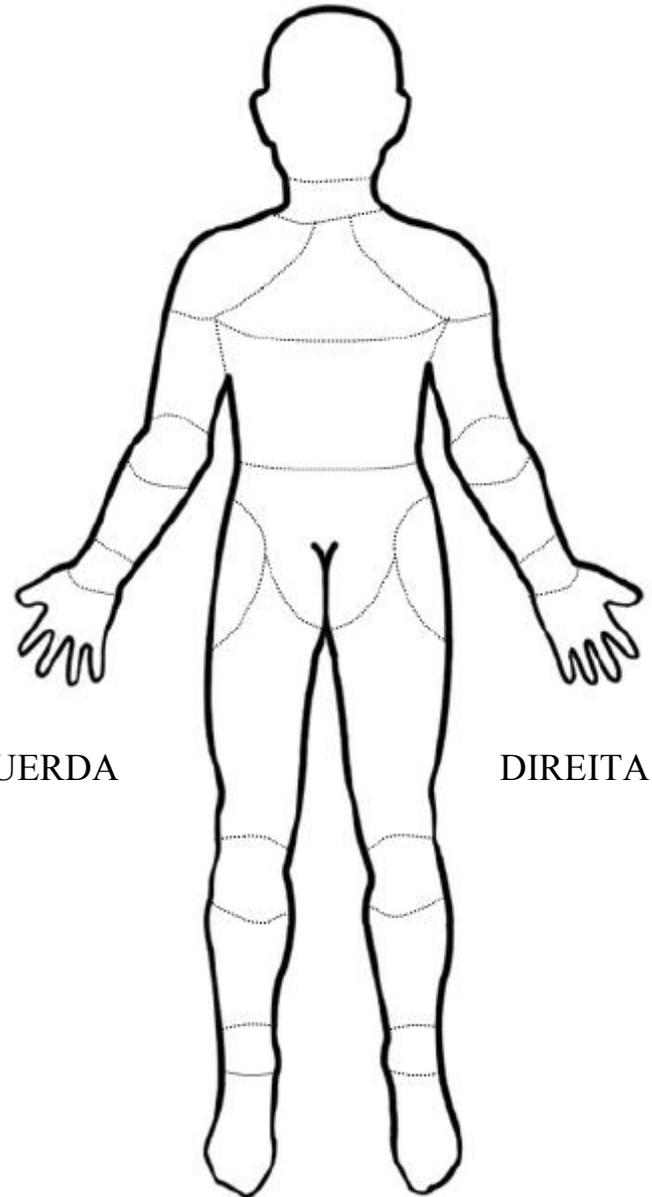
FRENTE

COSTAS



DIREITA

ESQUERDA



DIREITA

**ANEXO F – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA FAMILIARES/ACOMPANHANTES**

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ [a] \_\_\_\_ [m] \_\_\_\_ [d] Escolaridade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_ Enfermaria [Nº]: \_\_\_\_\_ Leito [Nº]: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Nº SES: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

**I - IDENTIFICAÇÃO DO FAMILIAR/ACOMPANHANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ [nome completo, sem abreviaturas]  
Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino Idade: \_\_\_\_\_ [anos]  
Grau de parentesco/relacionamento: ( ) mãe ( ) pai ( ) avô ( ) avó ( ) outro. Qual? \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ [anos de estudo]

**II - DADOS SOBRE A DOR**

1. *A criança sentiu dor nas últimas 24h?*  
( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, agradeça a participação e encerre a entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 2]

2. O que causou a dor? [Entrevistador, registre as palavras do familiar/acompanhante, tal como ele(a) falar]

3. *Quantas vezes a criança teve dor nas últimas 24 horas?* [Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta]  
( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) mais de 3 ( ) o tempo todo

4. *Quanto tempo a dor dele(a) durou?* [Caso o paciente tenha tido **dor mais de uma vez**, perguntar a “*Quanto tempo a dor dele(a) durou em média?*” Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta]
- ) menos de 30 minutos  ) Entre 1 e 3 horas  ) O dia todo ou mais  
 ) Cerca de 1 hora  ) Cerca de metade do dia

5. *Como foi a dor (descrição da dor)?* [Entrevistador, registre as palavras do familiar/acompanhante, tal como ele(a) falar]
- 
- 

6. *Onde foi a dor?* [Não ler as alternativas. Marque onde o familiar/acompanhante disse que o paciente sentiu dor. Pode marcar mais de uma resposta]
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ) Cabeça (excluindo a face) | <input type="checkbox"/> ) Pulso                     |
| <input type="checkbox"/> ) Face/Mandíbula/Têmpora    | <input type="checkbox"/> ) Pé                        |
| <input type="checkbox"/> ) Garganta/Pescoço          | <input type="checkbox"/> ) Parte Superior das Costas |
| <input type="checkbox"/> ) Ombro                     | <input type="checkbox"/> ) Meio das Costas           |
| <input type="checkbox"/> ) Peito                     | <input type="checkbox"/> ) Lombar                    |
| <input type="checkbox"/> ) Braço (parte superior)    | <input type="checkbox"/> ) Não localiza              |
| <input type="checkbox"/> ) Cotovelo                  | <input type="checkbox"/> ) Outro(s). Qual(is)? _____ |
| <input type="checkbox"/> ) Antebraço                 |  |

7. *A criança falou para alguém que estava com dor?*

) Não  ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a questão 9. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 8]

8. *Para quem ele(a) contou?*

) Familiar/Acompanhante  ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 ) mãe  ) pai  ) Profissional de Saúde  
 ) medicina  ) enfermagem  ) outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

9. *Como você soube que a criança estava com dor?* [Entrevistador, registre as palavras do familiar/acompanhante, tal como ele(a) falar]
- 
- 

10. *O que você fez depois que identificou que ele(a) estava com dor?* [Entrevistador, registre as palavras do familiar/acompanhante, tal como ele(a) falar]

---

---

11. *A dor da criança foi avaliada por alguém?*

( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a questão 13. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 12]

12. *Quem avaliou?* [Pode marcar mais de uma resposta]

( ) Profissional de medicina ( ) Profissional de enfermagem ( ) Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_

13. *Foi feita alguma intervenção para aliviar a dor da criança?*

( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a Parte III da entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para as questões 14 e 15]

14. *O que foi feito?* [Entrevistador, registre as palavras do familiar/acompanhante, tal como ele/ela falar]

---

---

15. *Quem fez a intervenção?*

( ) Profissional de medicina ( ) Profissional de enfermagem ( ) Outro Profissional. Qual(is)? \_\_\_\_\_

16. *A intervenção adotada aliviou a dor da criança?*

( ) Não ( ) Sim ( ) Não sei

Informações Adicionais:

---

---

---

[Entrevistador, entregue o *flashcard* para o familiar/acompanhante e aplique os dois instrumentos a seguir. Em ambos, você deve ler as afirmações e perguntar qual a opinião do familiar/acompanhante: “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo em parte”, “concordo” “concordo totalmente”. Circule atentamente, a resposta dada à direita de cada afirmação]

### III - PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A DOR DA CRIANÇA

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente		
1	1	2	3	4	5	6	7
2	1	2	3	4	5	6	7
3	1	2	3	4	5	6	7
4	1	2	3	4	5	6	7
5	1	2	3	4	5	6	7
6	1	2	3	4	5	6	7
7	1	2	3	4	5	6	7
8	1	2	3	4	5	6	7
9	1	2	3	4	5	6	7

Você acha que a dor não tratada pode causar danos físicos?  Não  Sim

Você acha que a dor não tratada pode causar danos psicológicos?  Não  Sim

PPEP

Fonte: [Zisk, Grey, McLaren & Kain (2007). *Anesthesia & Analgesia*, 104(4)]

### IV - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente		
1	1	2	3	4	5	6	7
2	1	2	3	4	5	6	7
3	1	2	3	4	5	6	7
4	1	2	3	4	5	6	7
5	1	2	3	4	5	6	7

6	Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor.	1	2	3	4	5	6	7
7	Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos.	1	2	3	4	5	6	7
8	É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá-los para dor.	1	2	3	4	5	6	7
9	Analgésicos causam dependência.	1	2	3	4	5	6	7
10	Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.	1	2	3	4	5	6	7
11	Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro.	1	2	3	4	5	6	7
12	Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor.	1	2	3	4	5	6	7
13	Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.	1	2	3	4	5	6	7
14	Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.	1	2	3	4	5	6	7
15	Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.	1	2	3	4	5	6	7
16	Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta	1	2	3	4	5	6	7

MAQ

Fonte: [Forward, Brown & McGrath (1996). *Pain*, 67(2-3)]

### ANEXO G – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino  
Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ [a] \_\_\_\_ [m] \_\_\_\_ [d] Escolaridade: \_\_\_\_\_ Residência: \_\_\_\_\_  
Hospital: \_\_\_\_\_ Unidade de Internação: \_\_\_\_\_ Enfermaria [N°]: \_\_\_\_\_ Leito [N°]: \_\_\_\_\_  
Prontuário: \_\_\_\_\_ N° SES: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Data coleta: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ : \_\_\_\_ h

#### I - IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Nome: \_\_\_\_\_ [nome completo, sem abreviaturas]

Idade: \_\_\_\_\_ [anos] Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Área de atuação: \_\_\_\_\_ Vínculo:

( ) Enfermagem	( ) Enfermeira(o) Chefe ( ) Auxiliar de Enfermagem	( ) Técnica de Enfermagem ( ) Outro _____
( ) Medicina	( ) Docente ( ) Residente	( ) Contratado ( ) Outro _____

Tempo de atuação na área pediátrica [desde a graduação em medicina/enfermagem]: \_\_\_\_\_ [anos] \_\_\_\_\_ [meses]

Tempo de atuação na unidade [no local específico em que está sendo realizada a coleta de dados]: \_\_\_\_\_ [anos] \_\_\_\_\_ [meses]

Possui alguma formação específica na área de dor?

( ) Não ( ) Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a Parte II da entrevista. Se a resposta foi SIM, peça ao profissional especificar esta formação: Quando? Onde? Carga horária? Entre outras informações que ele julgar importante]

**II - DADOS SOBRE A DOR**1. *A criança teve dor nas últimas 24h?*

Não       Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, agradeça a participação e encerre a entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 2]

2. *Quantas vezes a criança teve dor nas últimas 24 horas?* [Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta]

1       2       3       mais de 3       o tempo todo

3. *Quanto tempo a dor dele(a) durou?* [Caso o paciente tenha tido **dor mais de uma vez**, perguntar a “*Quanto tempo a dor dele(a) durou em média?*” Ler as alternativas. Marcar apenas uma resposta]

menos de 30 minutos       Entre 1 e 3 horas       O dia todo ou mais  
 Cerca de 1 hora       Cerca de metade do dia

4. *Como foi a dor (descrição da dor)?* [Entrevistador, registre as palavras do profissional de saúde, tal como ele(a) falar]5. *Onde foi a dor?* [Não ler as alternativas. Marque onde o profissional de saúde disse que o paciente sentiu dor. Pode marcar mais de uma resposta]

<input type="checkbox"/> Cabeça (excluindo a face)	<input type="checkbox"/> Pulso
<input type="checkbox"/> Face/Mandíbula/Têmpora	<input type="checkbox"/> Pé
<input type="checkbox"/> Garganta/Pescoço	<input type="checkbox"/> Parte Superior das Costas
<input type="checkbox"/> Ombro	<input type="checkbox"/> Meio das Costas
<input type="checkbox"/> Peito	<input type="checkbox"/> Lombar
<input type="checkbox"/> Braço (parte superior)	<input type="checkbox"/> Não localiza
<input type="checkbox"/> Cotovelo	<input type="checkbox"/> Outro(s). Qual(is)? _____
<input type="checkbox"/> Antebraço	<input type="checkbox"/> Panturrilha

6. *Qual o tipo de dor apresentada pela criança?* [Ler as alternativas. Pode marcar mais de uma resposta]

aguda       pelo quadro clínico (doença/sintoma)  
 por procedimento  
 crônica

7. *Qual o contexto de ocorrência da dor?* [Não ler as alternativas. Pode marcar mais de uma resposta]

- Sintoma da enfermidade e/ou quadro clínico  
 Procedimento cirúrgico. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Procedimento clínico. Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Outro(s). Qual(is)? \_\_\_\_\_  
 Não identificado

8. *Como você identificou essa dor?* [Entrevistador, registre as palavras do profissional de saúde, tal como ele(a) falar]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. *Como você avaliou essa dor?* [Entrevistador, registre as palavras do profissional de saúde, tal como ele(a) falar]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. *Foi realizada alguma conduta para o manejo da dor?*

- Não       Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a Parte III da entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para as questões 11, 12 e 13]

11. *Qual o tipo de conduta adotada?*

- Farmacológica

Medicação	Dose	Intervalo	Via de administração*
			<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> TO
			<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> TO
			<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> TO
			<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> TO
			<input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> VR <input type="checkbox"/> TO

\* VO (via oral); IM (intra-muscular); IV (intra-venosa); VR (via retal); TO (tópico)

Não Farmacológica. Qual(is)?

---

---

12. *A conduta adotada aliviou a dor da criança?*

Não  Sim  Não sei

13. *Esta conduta faz parte de algum protocolo de manejo de dor na rotina do serviço?*

Não  Sim

[Entrevistador, caso a resposta à questão anterior tenha sido NÃO, passe para a Parte III da entrevista. Se a resposta foi SIM, passe para a questão 14]

---

---

14. *Como é/O que preconiza este protocolo?* [Entrevistador, registre as palavras do profissional de saúde, tal como ele(a) falar]

---

---

---

Informações Adicionais:

---

---

---

[Entrevistador, entregue o *flashcard* para o profissional de saúde e aplique os dois instrumentos a seguir. Em ambos, você deve ler as afirmações e perguntar qual a opinião do familiar/acompanhante: “discordo totalmente”, “discordo”, “indeciso”, “concordo em parte”, “concordo” “concordo totalmente”. Circule atentamente, a resposta dada à direita de cada afirmação]

### III - PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A DOR DA CRIANÇA

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente
1	1	2	4	5	7
2	1	2	4	5	7
3	1	2	4	5	7
4	1	2	4	5	7
5	1	2	4	5	7
6	1	2	4	5	7
7	1	2	4	5	7
8	1	2	4	5	7
9	1	2	4	5	7

Você acha que a dor não tratada pode causar danos físicos?  Não  Sim

Você acha que a dor não tratada pode causar danos psicológicos?  Não  Sim

PEPP

Fonte: [Forward, Brown & McGrath (1996). *Pain*, 67(2-3)]

### IV - QUESTIONÁRIO DE ATITUDES SOBRE USO DE MEDICAMENTOS

	Discordo totalmente	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo totalmente
1	1	2	4	5	7
2	1	2	4	5	7

Roteiros de Entrevista adaptados de Linhares, M. B. M. et al (2012). *Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. Braz J Med Biol Res*, 45(12), 1287-1294.

		Discordo totalmente	Discordo	Discordo em parte	Indeciso	Concordo em parte	Concordo	Concordo totalmente
3	Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.	1	2	3	4	5	6	7
4	Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.	1	2	3	4	5	6	7
5	Analgésicos têm muitos efeitos colaterais.	1	2	3	4	5	6	7
6	Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor.	1	2	3	4	5	6	7
7	Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos.	1	2	3	4	5	6	7
8	É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá-los para dor.	1	2	3	4	5	6	7
9	Analgésicos causam dependência.	1	2	3	4	5	6	7
10	Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.	1	2	3	4	5	6	7
11	Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro.	1	2	3	4	5	6	7
12	Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor.	1	2	3	4	5	6	7
13	Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.	1	2	3	4	5	6	7
14	Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.	1	2	3	4	5	6	7
15	Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.	1	2	3	4	5	6	7
16	Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta	1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO H - TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA

“A dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos de Brasília (DF)”

### Pesquisadores Responsáveis

Ms. Fernanda Nascimento Pereira Doca	Doutoranda	fernandadoca@unb.br
Prof. Dr. Aderson Luiz Costa Junior	Orientador	aderson@unb.br
Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares	Co-Orientadora	linhares@fmrp.usp.br

### Pesquisador Voluntário

Nome		CPF:
Categoria: ( ) Psicólogo. ( ) Estudante de Psicologia.		Universidade:
Ano Conclusão: _____ Período em curso: _____		
Telefone(s):	E-mail:	
Endereço:		

As partes descritas resolvem firmar o presente Termo de Compromisso de Pesquisa sob as seguintes condições:

### Sobre a Pesquisa

A pesquisa em questão trata de um estudo observacional descritivo, de corte transversal e caráter quantitativo, com aplicação de roteiros de entrevista semi-estruturados e questionários, bem como análise documental do prontuário do paciente, cujo objetivo é caracterizar a dor pediátrica no contexto de internação em hospitais públicos da cidade de Brasília (DF) no que se refere: (a) ao perfil epidemiológico; (b) aos métodos de avaliação e; (c) às condutas para manejo da dor.

Será desenvolvida em seis hospitais públicos com internação pediátrica: Hospital Regional de Ceilândia - HRC (83 leitos), Hospital Universitário de Brasília - HUB (83 leitos), Hospital da Criança de Brasília José de Alencar - HCBR (15 leitos), Hospital Materno Infantil - HMIB (224 leitos), Hospital Regional da Asa Norte - HRAN (73) e Hospital de Base de Brasília - HBDF (86).

### Cronograma

A participação dos Pesquisadores Voluntários será restrita à fase de coleta de dados, a qual envolve as atividades e cronograma abaixo descritos. Ressalta-se que a opção do Pesquisador Voluntário pela participação na pesquisa implica compromisso na participação em todas as atividades discriminadas.

Atividade	Data / Dia da Semana	Horário	Local	
Treinamento	17/05	Sexta	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	UnB
	18/05	Sábado	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	UnB
Coleta de Dados	21/05	Terça-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	29/05	Quarta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	05/06	Quarta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	11/06	Terça-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	12/06	Quarta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	13/06	Quinta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	20/06	Quinta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Coleta de Dados	26/06	Quarta-feira	08:00 às 12:00 / 14:00 às 18:00	
Reunião de Avaliação	29/06	Sábado	08:00 às 12:00	UnB

### **Responsabilidades**

É de responsabilidade dos **Pesquisadores Responsáveis**:

- 1- Treinamento da equipe;
- 2- Fornecimento do material necessário à coleta de dados, sendo o kit composto por: prancheta, cópia dos instrumentos, envelopes, caneta, lápis de cor, apontador e sacola;
- 3- Coordenação e direcionamento da coleta de dados e reuniões de avaliação;
- 4- Fornecimento de certificado pela participação na pesquisa, com descrição das horas dedicadas pelo Pesquisador Voluntário.

É de responsabilidade dos **Pesquisadores Voluntários**:

- 1- Participar do treinamento da pesquisa;
- 2- Proceder a leitura/estudo do material fornecido no treinamento;
- 3- Apresentar-se no dia/horário e locais marcados para coleta de dados e/ou reuniões;
- 4- Executar procedimentos de coleta de dados conforme estabelecido pelos pesquisadores, apresentados no treinamento;
- 5- Atender às orientações dos coordenadores da coleta de dados;
- 6- Guarda e zelo do material disponibilizado para coleta de dados, devendo o mesmo ser devolvido a cada dia/período estabelecido para a coleta de dados;
- 7- Adequado e completo preenchimento dos roteiros de entrevista e questionários de pesquisa;
- 8- Guarda dos roteiros de entrevista e questionários aplicados, os quais devem ser entregues devidamente identificados e preenchidos ao final de cada dia/período estabelecido para a coleta de dados.

### **Disposições Gerais**

O Termo de Compromisso ora firmado não estabelece vínculo empregatício e/ou acadêmico, bem como não garante nenhuma espécie de remuneração ao Pesquisador Voluntário.

A participação na pesquisa não implica em coautoria dos trabalhos publicados acerca da mesma.

O não cumprimento de qualquer das responsabilidades elencadas aos Pesquisadores Voluntários implica na perda do direito do certificado de participação na pesquisa. Não serão fornecidos certificados parciais (ex.: somente treinamento).

Considerando a inexistência de verba específica para o projeto, os Pesquisadores Responsáveis não fornecerão auxílio transporte e/ou alimentação, devendo o Pesquisador Voluntário prover sua própria despesa durante a execução das atividades programadas.

Apesar da pesquisa não oferecer risco, de qualquer natureza aos envolvidos, conforme aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa da FEPECS e FS/UnB, na eventualidade destes, os Pesquisadores Responsáveis não se responsabilizam pelos danos que por ventura sofrerem os Pesquisadores Voluntários ou que estes vierem a causar a terceiros durante a execução das atividades da pesquisa.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente TERMO DE COMPROMISSO DE PESQUISA.

Brasília, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável

Pesquisador Voluntário

**ANEXO I – IDENTIFICAÇÃO DOS ENVELOPES**

**PRONTUÁRIO:** \_\_\_\_\_ **REGISTRO SES:** \_\_\_\_\_ [número completo, incluindo zeros à esquerda]

**NOME DO PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**SEXO:** ( ) FEMININO ( ) MASCULINO **DATA NASC.:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_ [anos] \_\_\_\_ [meses] \_\_\_\_ [dias]

**HOSPITAL:** ( 1 ) HBDF ( 2 ) HCBR ( 3 ) HRAN ( 4 ) HRAS ( 5 ) HRC ( 6 ) HUB

**UNIDADE DE INTERNAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**ENFERMARIA [N°]:** \_\_\_\_\_ **LEITO [N°]:** \_\_\_\_\_

	SIM			NÃO	
	DATA	HORÁRIO	RESPONSÁVEL	MOTIVO	
<b>CRIANÇA</b>	____ / ____ / ____ [d/d/mm/aaa]	____ : ____ [hh:mm]	____ [nome]	( 1 ) Devido à idade (menor de 3 anos) ( 2 ) Devido à doença e/ou quadro clínico ( 3 ) Paciente não foi localizado (enfermaria/leito) ( 4 ) Paciente recusou	
<b>FAMILIAR</b>	____ / ____ / ____ [d/d/mm/aaa]	____ : ____ [hh:mm]	____ [nome]	( 1 ) Paciente sem familiar/acompanhante (desacompanhado) ( 2 ) Familiar/acompanhante ausente/não localizado no momento da coleta ( 3 ) Recusa	
<b>MEDICINA</b>	____ / ____ / ____ [d/d/mm/aaa]	____ : ____ [hh:mm]	____ [nome]	( 1 ) Profissional medicina não localizado ( 2 ) Profissional medicina recusou	
<b>ENFERMAGEM</b>	____ / ____ / ____ [d/d/mm/aaa]	____ : ____ [hh:mm]	____ [nome]	( 1 ) Profissional enfermagem não localizado ( 2 ) Profissional enfermagem recusou	
<b>PRONTUÁRIO</b>	____ / ____ / ____ [d/d/mm/aaa]	____ : ____ [hh:mm]	____ [nome]	( 1 ) Prontuário não localizado ( 2 ) Prontuário não disponível ( 3 ) Prontuário incompleto	

**ANEXO J – MAPA COLETA DE DADOS**

Hospital	Unidade	Nº Total	Enfermaria	Leito	Prontuário	Paciente	Data Nasc.	Idade	Sexo	COLETA DE DADOS						
										Paciente Entrevista	Familiar Entrevista	Medicina Entrevista	Enfermagem Entrevista			
HUB	Enfermaria de Pediatria Cirúrgica	18	208	1												
				2												
			210	1												
				2												
			212	1												
				2												
			214	1												
				2												
			216	1												
				2												
				3												
			220	1												
				2												
				3												
			222	1												
				2												
			224	1												
				2												

\* Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_ // Chefia Médica: \_\_\_\_\_

Hospital	Unidade	Nº Total	Enfermaria	Leito	Prontuário	Paciente	Data Nasc.	Idade	Sexo	COLETA DE DADOS						
										Paciente Entrevista	Familiar Entrevista	Medicina Entrevista	Enfermagem Entrevista			
HUB	Enfermaria de Pediatria Clínica	16	201 A (isolamento)	1												
				201 B (isolamento)	1											
			203	1												
				2												
				3												
			205	1												
				2												
			207	1												
				2												
			211	1												
				2												
				3												
				4												
			213	1												
				2												

\* Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_ // Chefia Médica: \_\_\_\_\_

## ANEXO K – DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA



Instituto de Psicologia

Laboratório de Desenvolvimento em Condições Adversas - LADVERSA

### DECLARAÇÃO

Declaramos que \_\_\_\_\_ participou como pesquisador voluntário da pesquisa “A dor pediátrica nos hospitais públicos de Brasília (DF)”, sob a coordenação dos pesquisadores **Psj. Ms. Fernanda Nascimento Pereira Doca** (Doutoranda), **Prof. Dr. Ádereson Luiz Costa Junior** (Orientador) e **Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares (Co-Orientadora)**. As atividades envolveram **Curso Teórico (12 horas)** e **Prática em Coleta de Dados de Pesquisa (70 horas)**, perfazendo assim um total de 85 horas. A coleta de dados envolveu entrevistas aos pacientes pediátricos (0-18 anos) internados, **famíliares/acompanhantes** e profissionais de Medicina e Enfermagem; tendo sido realizada em seis hospitais públicos de Brasília (DF): Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), Hospital de Base de Brasília (HBDF), Hospital Regional de Ceilândia (HRC), Hospital Materno Infantil de Brasília (HMIB), Hospital Universitário de Brasília (HUB) e Hospital da Criança José de Alencar (HCB).

Brasília, 27 de junho de 2013

**Prof. Dr. Ádereson Luiz Costa Junior**  
 Professor Adjunto do Departamento de  
 Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia  
 Universidade de Brasília

**Psj. Ms. Fernanda Nascimento Pereira Doca**  
 Psicóloga da Fundação Universidade de Brasília – FUB  
 Psicóloga da Secretaria de Saúde do Distrito Federal – HSBDF  
 Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia de  
 Desenvolvimento Humano e Saúde – Instituto de Psicologia  
 Universidade de Brasília

## ANEXO L – DICIONÁRIO DE VARIÁVEIS

BANCO DE ENTREVISTAS SOBRE A DOR						
IDENTIFICAÇÃO DO CASO						
NOME	RÓTULO	TIPO	MEDIDA	CÓDIGO	CATEGORIA	
	missing			666666	Recusa	
				777777	Não se aplica	
				999999	Dado perdido	
ID1	Hospital	numeric	nominal	1	HRAN	
				2	HBDF	
				3	HRC	
				4	HMIB	
				5	HUB	
				6	HCB	
ID2	Unidade de internação	string	-	-		
ID3	Enfermaria (número e ou nome)	string	-	-		
ID4	Leito (número)	string	-	-		
ID5	Tipo de unidade	numeric	nominal	1	Clínica	
				2	Cirúrgica	
				3	Intensiva	
				4	Berçário	
ID6	Coleta do caso	numeric	nominal	0	Não	
				1	Sim	
ID7	Motivo da não coleta do caso	numeric	nominal	1	Cuidadores ausentes/indisponíveis	
				2	Recusa dos cuidadores	
ID8	Número do prontuário físico ou eletrônico	string	-	-		
ID9	Nome do paciente	string	-	-		
ID10	Sexo do paciente	numeric	nominal	1	Feminino	
				2	Masculino	
ID11	Data de nascimento do paciente	date (dd.mm.yyyy)	-	-		

ID12	Data da coleta do caso	date (dd.mm.yyyy)	-	-	-
ID13	Idade do paciente (em dias)	numeric	scale	-	-
ID14	Idade do paciente (em meses)	numeric	scale	-	-
ID15	Idade do paciente (em anos)	numeric	scale	-	-
ID16	Faixa etária do paciente	numeric	ordinal	1	Neonato (0 a 28 dias)
				2	Lactente (29 dias a 2 anos = 29 a 730 dias)
				3	Pré-Escolar (2 anos a 6 anos = 731 a 2190 dias)
				4	Escolar (6 anos e 12 anos = 2191 a 4380 dias)
				5	Adolescente (Acima de 12 anos = acima de 4381 dias)
ID17	Escolaridade do paciente (categoria)	numeric	ordinal	1	Educação Infantil
				2	Ensino Fundamental (1ª a 4ª série)
				3	Ensino Fundamental (5ª a 8ª série)
				4	Ensino Médio (2º grau)
				5	Ensino Especial
<b>ENTREVISTA PACIENTE</b>					
<b>NOME</b>	<b>RÓTULO</b>	<b>TIPO</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CATEGORIA</b>
EP1	Entrevista com paciente	numeric	nominal	0	Não
EP2	Motivo não entrevista do paciente	numeric	nominal	1	Sim
				1	Idade
				2	Doença e/ou quadro clínico
				3	Dormindo
				4	Não localizado
				5	Alta hospitalar ou transferência
				6	Recusa
				7	Não permissão do familiar/acompanhante
8	Motivo não discriminado				
EP3	Data da realização da entrevista com paciente	date (dd.mm.yyyy)	-	-	-

EP4	Paciente sentiu dor nas últimas 24h	numeric	nominal	0	Não
				1	Sim
				3	Não sabe
EP4	Frequência da dor	numeric	nominal	1	1
				2	2
				3	3
				4	Mais de 3
				5	O tempo todo
				6	Não sabe / não define
EP6	Duração da dor	numeric	nominal	1	Menos de 30 minutos
				2	Cerca de 1 hora
				3	Entre 1 e 3 horas
				4	Cerca de metade do dia
				5	O dia todo ou mais
				6	Não sabe / não define
EP7	Localização da dor (quantidade)	numeric	nominal	1	Dor em 1 parte do corpo
				2	Dor em 2 partes do corpo
				3	Dor em 3 partes do corpo
				4	Dor em 4 ou mais partes do corpo
				5	Corpo todo
				6	Não sabe / não define
EP8	Localização da dor (categoria)	numeric	nominal	1	Cabeça (excluindo a face)
				2	Face/Mandíbula/Têmpora
				3	Garganta/Pescoço
				4	Ombro
				5	Peito
				6	Braço (parte superior)
				7	Cotovelo
				8	Antebraço
				9	Pulso



EP12	Intensidade da dor (Pacientes de 4-12 anos: FPS-R)	numeric	ordinal	0 2 4 6 8 10	0 2 4 6 8 10
EP13	Intensidade da dor (Pacientes de 13-18 anos: NRS)	numeric	scale	-	-
EP14	Comunicação da dor	numeric	nominal	0 1	Não Sim
EP15	A quem comunicou a dor	numeric	nominal	1 2 3 4	Familiar/Acompanhante Profissional de Saúde Familiar/Acompanhante e Profissional de Saúde Outro
EP16	A qual familiar-acompanhante comunicou a dor	numeric	nominal	1 2 3 4 5 6 7 8 9	Mãe Pai Avó Irmão(ã) Tio(a) Mãe e Pai Mãe e Avó Mãe e Irmão(ã) Mãe e Tio(a)
EP17	A qual profissional de saúde comunicou a dor	numeric	nominal	1 2 3 4	Profissional de Medicina Profissional de Enfermagem Profissional de Medicina e Enfermagem Profissional de Psicologia
EP18	A quem comunicou a dor	numeric	nominal	1 2 3 4	Mãe Pai Avó Irmão(ã)



EP23	Quem manejou a dor	numeric	nominal	1 Mãe 2 Pai 3 Avó 4 Mãe e Profissional de Enfermagem 5 Profissional de Medicina 6 Profissional de Enfermagem 7 Profissional de Medicina e Enfermagem 8 Profissional de Medicina e Enfermagem e Outro 9 Outro 0 Não 1 Sim - Totalmente 2 Sim - Parcialmente 3 Não sabe / não define	
EP24	Alívio da dor	numeric	nominal		
<b>ENTREVISTA FAMILIAR/ACOMPANHANTE</b>					
<b>NOME</b>	<b>RÓTULO</b>	<b>TIPO</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CATEGORIA</b>
EF1	Entrevista com familiar-acompanhante	numeric	nominal	0 Não 1 Sim	Paciente desacompanhado (sem familiar/acompanhante)
EF2	Motivo não entrevista do familiar-acompanhante	numeric	nominal	1 Familiar/acompanhante ausente ou não localizado 2 Doença e/ou quadro clínico do paciente 3 Dormindo 4 Recusa 5 Alta hospitalar ou transferência 6 Motivo não discriminado	
EF3	Data da realização da entrevista com familiar-acompanhante	date (dd.mm.yyyy)	-	-	
EF4	Nome do familiar-acompanhante	string	-	-	
EF5	Sexo do familiar-acompanhante	numeric	nominal	1 Feminino 2 Masculino	

EF6	Idade do familiar-acompanhante (em anos)	numeric	scale	-	-
EF7	Faixa etária do familiar-acompanhante	numeric	ordinal	1	Até 19 anos
				2	De 20 a 30 anos
				3	De 31 a 40 anos
				4	De 41 a 50 anos
				5	De 51 a 60 anos
				6	Acima de 61 anos
EF8	Grau de relacionamento do familiar-acompanhante	numeric	nominal	1	Mãe
				2	Pai
				3	Avó
				4	Imão(ã)
				5	Tio(a)
				6	Primo(a)
				7	Outro
EF9	Grau de instrução do familiar-acompanhante	numeric	ordinal	1	Não alfabetizado
				2	Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) Incompleto
				3	Ensino Fundamental (1ª a 4ª série) Completo
				4	Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) Incompleto
				5	Ensino Fundamental (5ª a 8ª série) Completo
				6	Ensino Médio (2º grau) Incompleto
				7	Ensino Médio (2º grau) Completo
				8	Ensino Superior Incompleto
				9	Ensino Superior Completo
				10	Pós-Graduação
				11	Não identificado
EF10	Paciente sentiu dor nas últimas 24h (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	0	Não
				1	Sim
				2	Não sabe / não define

EF11	Frequência da dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	1
				2	2
				3	3
				4	Mais de 3
				5	O tempo todo
				6	Não sabe / não define
EF12	Duração da dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	Menos de 30 minutos
				2	Cerca de 1 hora
				3	Entre 1 e 3 horas
				4	Cerca de metade do dia
				5	O dia todo ou mais
				6	Não sabe / não define
EF13	Localização da dor (quantidade) (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	Dor em 1 parte do corpo
				2	Dor em 2 partes do corpo
				3	Dor em 3 partes do corpo
				4	Dor em 4 ou mais partes do corpo
				5	Corpo todo
				6	Não sabe / não define
EF14	Localização da dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	Cabeça (excluindo a face)
				2	Face/Mandíbula/Témpora
				3	Garganta/Pescoço
				4	Ombro
				5	Peito
				6	Braço (parte superior)
				7	Cotovelo
				8	Antebraço
				9	Pulso
				10	Mão
				11	Abdômen
				12	Quadril

				13	Virilha/Região pubiana
				14	Coxa
				15	Joelho
				16	Panturrilha
				17	Tornozelo
				18	Pé
				19	Parte superior das costas
				20	Meio das costas
				21	Lombar
				22	Abdômen e outro(s) local(is)
				23	Face/Mandíbula/Têmpora e outro(s) local(is)
				24	Garganta/Pescoço e outro(s) local(is)
				25	Braço (parte superior) e outro(s) local(is)
				26	Cabeça (excluindo a face) e outro(s) local(is)
				27	Joelho e outro(s) local(is)
				28	Diversas combinações
				29	Corpo todo
				30	Não sabe / não define
EF15	Comunicação da dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	0	Não
				1	Sim
EF16	A quem comunicou a dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	Familiar/Acompanhante
				2	Profissional de saúde
				3	Familiar/Acompanhante e Profissional de Saúde
				4	Outro
EF17	A qual familiar-acompanhante comunicou a dor (Percepção familiar-acompanhante)	numeric	nominal	1	Mãe
				2	Pai
				3	Avó
				4	Irmão(ã)
				5	Tio(a)





	familiar-acompanhante)					2	Profissional de Enfermagem
						3	Profissional de Medicina e Enfermagem
						1	Mãe
						2	Pai
						3	Avó
						4	Mãe e Profissional de Enfermagem
						5	Profissional de Medicina
						6	Profissional de Enfermagem
						7	Profissional de Medicina e Enfermagem
						8	Profissional de Medicina e Enfermagem e Outro
						9	Outro
						10	Não sabe / não define
						0	Não
						1	Sim - Totalmente
						2	Sim - Parcialmente
						3	Não sabe / não define
<b>ENTREVISTA PROFISSIONAL MEDICINA</b>							
<b>NOME</b>	<b>RÓTULO</b>	<b>TIPO</b>	<b>MEDIDA</b>	<b>CÓDIGO</b>	<b>CATEGORIA</b>		
EPM1	Entrevista com profissional de medicina	numeric	nominal	0	Não		
				1	Sim		
EPM2	Motivo não entrevista do profissional de medicina	numeric	nominal	1	Ausente / não localizado		
				2	Indisponível		
				3	Recusa		
				4	Motivo não discriminado		
EPM3	Data da realização da entrevista com profissional de medicina	date (dd.mm.yyyy)	-	-	-		
EPM4	Nome do profissional de medicina	string	-	-	-		
EPM5	Sexo do profissional de medicina	numeric	nominal	1	Feminino		
				2	Masculino		
EPM6	Idade do profissional de medicina (em anos)	numeric	scale	-	-		

EPM7	Faixa etária do profissional de medicina	numeric	ordinal	1	Até 19 anos
				2	De 20 a 30 anos
				3	De 31 a 40 anos
				4	De 41 a 50 anos
				5	De 51 a 60 anos
				6	Acima de 61 anos
EPM8	Categoria do profissional de medicina entrevistado	numeric	nominal	1	Docente / Preceptor
				2	Concurso
				3	Contratado
				4	Residente
				5	Estudante
EPM9	Tempo de atuação na área pediátrica (profissional de medicina) (em anos)	numeric	scale	-	-
EPM10	Tempo de atuação na área pediátrica (profissional de medicina) (em meses)	numeric	scale	-	-
EPM11	Tempo de atuação na área pediátrica (profissional de medicina) (categoria)	numeric	nominal	1	Sem experiência
				2	Menos de 1 ano
				3	De 1 a 3 anos
				4	De 4 a 10 anos
				5	De 11 a 20 anos
				6	De 21 a 30 anos
				7	Acima de 30 anos
				8	Não informado
EPM12	Tempo de atuação na unidade (profissional de medicina) (em anos)	numeric	scale	-	-
EPM13	Tempo de atuação na unidade (profissional de medicina) (em meses)	numeric	scale	-	-
EPM14	Tempo de atuação na unidade (profissional de medicina) (categoria)	numeric	nominal	1	Sem experiência
				2	Menos de 1 ano
				3	De 1 a 3 anos
				4	De 4 a 10 anos

					5	De 11 a 20 anos
					6	De 21 a 30 anos
					7	Acima de 30 anos
					8	Não informado
				0	Não	
			numeric	nominal	1	Sim
			numeric	nominal	1	Direta
					2	Indireta
					1	Palestra(s)/Curso(s) durante graduação
					2	Palestra(s)/Curso(s) em congresso
			numeric	nominal	3	Palestra(s)/Curso(s) na unidade de saúde
					4	Curso(s) de extensão
					5	Educação continuada
					1	COFEN /COREN
			numeric	nominal	2	LADOR (FEPECS)
					3	Não informado
					0	Não
			numeric	nominal	1	Sim
					2	Não sabe / não define
					1	1
					2	2
					3	3
			numeric	nominal	4	Mais de 3
					5	O tempo todo
					6	Não sabe / não define
					1	Menos de 30 minutos
					2	Cerca de 1 hora
			numeric	nominal	3	Entre 1 e 3 horas
					4	Cerca de metade do dia
					5	O dia todo ou mais
EPM15	Formação específica na área de dor (profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM16	Tipo de formação em dor (profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM17	Formação direta em dor (profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM18	Instituição que ofertou formação em dor (profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM19	Paciente sentiu dor nas últimas 24h (Percepção profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM20	Frequência da dor (Percepção profissional de medicina)		numeric	nominal		
EPM21	Duração da dor (Percepção profissional de medicina)		numeric	nominal		

				<p>6 Não sabe / não define</p> <p>1 Dor em 1 parte do corpo</p> <p>2 Dor em 2 partes do corpo</p> <p>3 Dor em 3 partes do corpo</p> <p>4 Dor em 4 ou mais partes do corpo</p> <p>5 Corpo todo</p> <p>6 Não sabe / não define</p> <p>1 Cabeça (excluindo a face)</p> <p>2 Face/Mandíbula/Têmpora</p> <p>3 Garganta/Pescoço</p> <p>4 Ombro</p> <p>5 Peito</p> <p>6 Braço (parte superior)</p> <p>7 Cotovelo</p> <p>8 Antebraço</p> <p>9 Pulso</p> <p>10 Mão</p> <p>11 Abdômen</p> <p>12 Quadril</p> <p>13 Virilha/Região pubiana</p> <p>14 Coxa</p> <p>15 Joelho</p> <p>16 Panturrilha</p> <p>17 Tornozelo</p> <p>18 Pé</p> <p>19 Parte superior das costas</p> <p>20 Meio das costas</p> <p>21 Lombar</p> <p>22 Abdômen e outro(s) local(is)</p> <p>23 Face/Mandíbula/Têmpora e outro(s) local(is)</p>
EPM22	Localização da dor (quantidade) (Percepção profissional de medicina)	numeric	nominal	
EPM23	Localização da dor (Percepção profissional de medicina)	numeric	nominal	







EPE15	Formação específica na área de dor (profissional de enfermagem)	numeric	nominal	0 Não 1 Sim
EPE16	Tipo de formação em dor (profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 Direta 2 Indireta
EPE17	Formação direta em dor (profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 Palestra(s)/Curso(s) durante graduação 2 Palestra(s)/Curso(s) em congresso 3 Palestra(s)/Curso(s) na unidade de saúde 4 Curso(s) de extensão 5 Educação continuada
EPE18	Instituição que ofertou formação em dor (profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 COFEN /COREN 2 LADOR (FEPECS) 3 Não informado
EPE19	Paciente sentiu dor nas últimas 24h (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	0 Não 1 Sim 2 Não sabe / não define
EPE20	Frequência da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 1 2 2 3 3 4 Mais de 3 5 O tempo todo 6 Não sabe / não define
EPE21	Duração da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 Menos de 30 minutos 2 Cerca de 1 hora 3 Entre 1 e 3 horas 4 Cerca de metade do dia 5 O dia todo ou mais 6 Não sabe / não define
EPE22	Localização da dor (quantidade) (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1 Dor em 1 parte do corpo 2 Dor em 2 partes do corpo 3 Dor em 3 partes do corpo

				<p>4 Dor em 4 ou mais partes do corpo</p> <p>5 Corpo todo</p> <p>6 Não sabe / não define</p> <p>1 Cabeça (excluindo a face)</p> <p>2 Face/Mandíbula/Têmpora</p> <p>3 Garganta/Pescoço</p> <p>4 Ombro</p> <p>5 Peito</p> <p>6 Braço (parte superior)</p> <p>7 Cotovelo</p> <p>8 Antebraço</p> <p>9 Pulso</p> <p>10 Mão</p> <p>11 Abdômen</p> <p>12 Quadril</p> <p>13 Virilha/Região pubiana</p> <p>14 Coxa</p> <p>15 Joelho</p> <p>16 Panturrilha</p> <p>17 Tornozelo</p> <p>18 Pé</p> <p>19 Parte superior das costas</p> <p>20 Meio das costas</p> <p>21 Lombar</p> <p>22 Abdômen e outro(s) local(is)</p> <p>23 Face/Mandíbula/Têmpora e outro(s) local(is)</p> <p>24 Garganta/Pescoço e outro(s) local(is)</p> <p>25 Braço (parte superior) e outro(s) local(is)</p> <p>26 Cabeça (excluindo a face) e outro(s) local(is)</p> <p>27 Joelho e outro(s) local(is)</p>
EPE23	Localização da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	

EPE24	Tipo de dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	28	Diversas combinações
				29	Corpo todo
				30	Não sabe / não define
EPE25	Tipo de dor aguda (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1	Aguda
				2	Crônica
				3	Aguda e Crônica
				4	Não sabe / não define
EPE26	Tipo de dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1	Aguda por procedimento
				2	Aguda pelo quadro clínico (doença/sintoma)
				3	Aguda por procedimento e pelo quadro clínico (doença/sintoma)
				4	Não sabe / não define
EPE27	Condução para manejo da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1	Aguda por procedimento
				2	Aguda pelo quadro clínico (doença/sintoma)
				3	Aguda por procedimento e pelo quadro clínico (doença/sintoma)
				4	Aguda por procedimento e Crônica
EPE28	Tipo de conduta para manejo da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	5	Aguda pelo quadro clínico (doença/sintoma) e Crônica
				6	Crônica
				7	Não sabe / não define
				0	Não
EPE29	Condução farmacológica (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1	Sim
				2	Não sabe / não define
EPE29	Condução farmacológica (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	1	Manejo Farmacológico
				2	Manejo Não-Farmacológico
				3	Manejo Farmacológico e Não-Farmacológico
				4	Não sabe / não define
EPE29	Condução farmacológica (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	0	Não
				1	Sim

EPE30	Conduita não-farmacológica (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	0 Não 1 Sim	
EPE31	Alívio da dor (Percepção profissional de enfermagem)	numeric	nominal	0 Não 1 Sim - Totalmente 2 Sim - Parcialmente 3 Não sabe / não define	
EPE32	Protocolo de manejo de dor (profissional enfermagem)	numeric	nominal	0 Não 1 Sim 2 Não sabe / não define	
BANCO DE DADOS DOS QUESTIONÁRIOS (PPEP E MAQ - CUIDADORES)					
NOME	RÓTULO	TIPO	MEDIDA	CÓDIGO	CATEGORIA
	missing			666666 777777 999999	Recusa Não se aplica Dado perdido
ID1	Nome	string	-	-	-
ID2	Sexo	numeric	nominal	1 2	Feminino Masculino
ID3	Idade	numeric	scale	-	-
				1 2 3 4 5 6	Até 19 anos De 20 a 30 anos De 31 a 40 anos De 41 a 50 anos De 51 a 60 anos Acima de 61 anos
ID5	Entrevistado	numeric	nominal	1 2	Familiar/Acompanhante Profissional de saúde
ID6	Grau de relacionamento do familiar-acompanhante	numeric	nominal	1 2 3 4	Mãe Pai Avó Irmão(ã)





PPEP2	Motivo não aplicação PPEP	numeric	nominal	1	Sim
				1	Recusa
PPEP3	1 _ Crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha.	numeric	nominal	1	Discordo totalmente
				2	Discordo
				3	Discordo em parte
				4	Indeciso
				5	Concordo em parte
				6	Concordo
				7	Concordo totalmente
PPEP4	2 _ Crianças sempre contam para os pais quando estão sentindo dor.				
PPEP5	3 _ Crianças que estão quietas não estão sentindo dor.				
PPEP6	4 _ Crianças que estão brincando não estão sentindo dor.				
PPEP7	5 _ Crianças que estão sentindo dor avisam alguém imediatamente.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP8	6 _ Crianças exageram a dor.				
PPEP9	7 _ Crianças reclamam de dor para chamarem atenção.				
PPEP10	8 _ Crianças sentem menos dor do que os adultos.				
PPEP11	9 _ Crianças com dor têm dificuldades para dormir.				
PPEP12	Resultado PPEP	numeric	scale	-	-
				0	Não
PPEP13	Danos Físicos	numeric	nominal	1	Sim
				2	Não sabe / Não compreendeu
PPEP14	Danos Psicológicos	numeric	nominal	0	Não
				1	Sim
				2	Não sabe / Não compreendeu
PPEP15	1 _ Crianças sempre expressam dor chorando ou fazendo manha.	numeric	nominal	1	Discordo
				2	Indeciso
				3	Concordo

PPEP16	2_ Crianças sempre contam para os pais quando estão sentindo dor.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP17	3_ Crianças que estão quietas não estão sentindo dor.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP18	4_ Crianças que estão brincando não estão sentindo dor.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP19	5_ Crianças que estão sentindo dor avisam alguém imediatamente.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP20	6_ Crianças exageram a dor.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP21	7_ Crianças reclamam de dor para chamarem atenção.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP22	8_ Crianças sentem menos dor do que os adultos.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
PPEP23	9_ Crianças com dor têm dificuldades para dormir.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
MAQ1	MAQ	numeric	nominal	0 1 1	Não Sim Recusa
MAQ2	Motivo não aplicação MAQ	numeric	nominal	1 2 3 4 5 6 7	Discordo totalmente Discordo Discordo em parte Indeciso Concordo em parte Concordo Concordo totalmente
MAQ3	1_ Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais.	numeric	nominal		
MAQ4	2_ Crianças que tomam analgésicos para dor podem aprender a tomar remédios para resolver outros problemas.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
MAQ5	3_ Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
MAQ6	4_ Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
MAQ7	5_ Analgésicos têm muitos efeitos colaterais.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM
MAQ8	6_ Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor.	IDEM	IDEM	IDEM	IDEM

MAQ9	7 _ Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos.				
MAQ10	8 _ É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá_los para dor.				
MAQ11	9 _ Analgésicos causam dependência.				
MAQ12	10 _ Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.				
MAQ13	11 _ Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro.				
MAQ14	12 _ Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor.				
MAQ15	13 _ Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.				
MAQ16	14 _ Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.				
MAQ17	15 _ Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.				
MAQ18	16 _ Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta.				
MAQ19	Resultado MAQ	numeric	scale	-	-
MAQ20	1 _ Crianças devem tomar analgésicos o mínimo possível por causa dos efeitos colaterais.	numeric	nominal	1	Discordo
MAQ21	2 _ Crianças que tomam analgésicos para dor podem aprender a tomar remédios para resolver outros problemas.	IDEM	IDEM	2	Indeciso
MAQ22	3 _ Analgésicos funcionam da mesma maneira independente da frequência com que são utilizados.	IDEM	IDEM	3	Concordo
MAQ23	4 _ Analgésicos funcionam melhor quando são utilizados o mínimo possível.	IDEM	IDEM		
MAQ24	5 _ Analgésicos têm muitos efeitos colaterais.				
MAQ25	6 _ Crianças se tornarão dependentes de analgésicos se os tomarem para dor.				

MAQ26	7 _ Não é necessário se preocupar muito com os efeitos colaterais dos analgésicos.				
MAQ27	8 _ É pouco provável que uma criança se torne dependente de analgésicos se tomá_los para dor.				
MAQ28	9 _ Analgésicos causam dependência.				
MAQ29	10 _ Analgésicos funcionam melhor se utilizados somente quando a dor estiver bem forte.				
MAQ30	11 _ Usar analgésicos para tratar dores em crianças leva ao abuso de drogas no futuro.				
MAQ31	12 _ Há pouco risco de dependência quando analgésicos são utilizados para tratar a dor.				
MAQ32	13 _ Crianças aprendem a usar analgésicos de maneira responsável quando estes são utilizados para a dor.				
MAQ33	14 _ Efeitos colaterais são algo com o que se preocupar quando analgésicos são dados a crianças.				
MAQ34	15 _ Quanto menos as crianças tomarem analgésicos, mais o remédio funciona.				
MAQ35	16 _ Dar analgésicos para crianças com dor ensina a usar remédios de maneira correta.				