

Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década

Luís Manuel da Cunha Batalha

Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Doutorado em Biologia Humana, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, batalha@esenfc.pt

RESUMO: Introdução – A negligência no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido em Portugal. Desde 2001 têm sido realizadas inúmeras iniciativas para melhorar a prática de cuidados nesta área. Desenvolveram-se ações de sensibilização e formação dos profissionais de saúde, publicaram-se orientações técnicas e guias de boas práticas e realizaram-se os primeiros estudos para se fazer um diagnóstico da situação. **Objetivos** – O objetivo deste trabalho foi o de caracterizar os cuidados prestados na avaliação e no controlo da dor nas crianças até aos 18 anos internadas em serviços hospitalares em Portugal e analisar a evolução feita nos cuidados entre os anos de 2002 e 2012. **Metodologia** – Estudo descritivo, transversal, de consulta retrospectiva seriada de registos intermitentes efetuados no processo clínico em relação a um período de 24 horas. O recrutamento da amostra foi aleatório e incluiu todos os processos clínicos de crianças até aos 18 anos internados em serviços de quatro hospitais Portugueses entre agosto e dezembro de 2011. **Resultados** – A prevalência de dor reduziu de forma significativa entre 2002 e 2012. As crianças livres de dor subiram de 37% para 75%. O registo da avaliação da intensidade da dor e a colheita de informação sobre a história de dor passou a ser uma prática comum na maioria dos casos (53% e 64%, respetivamente), embora ainda direcionada para o modelo de cuidados biomédico. A prevalência das intervenções farmacológicas não se alterou (43% versus 42%), mas a implementação de estratégias não-farmacológicas baixou significativamente (72% versus 15%). **Conclusões** – As ações de sensibilização/formação realizadas no âmbito das políticas implementadas nestes últimos dez anos na área da avaliação e controlo da dor pediátrica geraram evidentes ganhos na qualidade de cuidados prestados, pelo que o investimento na formação deve continuar. No entanto, deve ser dada prioridade à formação para a aplicação de estratégias de intervenção não-farmacológicas e ao desenvolvimento de mais investigação que suporte as práticas.

Palavras-chave: avaliação, controlo, dor, criança.

Assessment and management of pain in children: a decade

ABSTRACT: Introduction – Negligence in pain control is a widely recognized problem. Since 2001, Portugal has developed many initiatives to improve health care practices in this area, such as awareness raising campaigns, training of health care professionals, publication of technical guidelines and good practice guides. Some studies on this topic have also been conducted to make a diagnosis of the situation. **Aims** – This study aimed to characterize the type of care provided in terms of pain assessment and control in children up to 18 years hospitalized in Portugal, and also analyze the evolution of this type of care between 2002 and 2012. **Methodology** – A descriptive, cross-sectional study with a retrospective review of intermittent records made during a 24-hour period. The sample was randomly selected and included the medical records of children up to 18 years hospitalized in four Portuguese hospitals between August and December 2011. **Results** – Pain prevalence decreased significantly between 2002 and 2012. The percentage of children without pain increased from 37% to 75%. Recording the assessment of pain intensity and collecting information on the pain history became a common practice in most cases (53% and 64%, respectively), although it was still aimed at the biomedical model of health care. No changes were found in the prevalence of pharmacological interventions (43% vs. 42%), but the implementation of non-pharmacological strategies decreased significantly

(72% vs. 15%). **Conclusions** – Awareness-raising/training sessions conducted within the scope of the policies implemented within the last decade in the area of pediatric pain assessment and control have led to significant gains in the quality of care, and for this reason the investment should continue. However, priority should be given to training for the implementation of non-pharmacological intervention strategies and to the development of further research to support the practices.

Keywords: assessment, management, pain, child.

Introdução

A dor como doença ou sintoma é dos principais motivos de preocupação de crianças e seus pais, sendo o seu controlo uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas. As pessoas, independentemente da sua idade ou habilidade para comunicar, têm o direito a não sofrer.

A negligência no controlo da dor é um problema amplamente reconhecido¹ e desde 2001 que em Portugal se têm realizado inúmeras iniciativas para melhorar a prática de cuidados nesta área. O primeiro passo foi dado em 2001 com a apresentação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD)² que faz um primeiro diagnóstico da situação, emite orientações e metas a atingir num espaço temporal de sete anos. Em 2003, a Direção-Geral da Saúde (DGS)³ publica a circular normativa que eleva a dor como quinto sinal vital e determina a avaliação sistemática da dor como norma de boa prática. Em 2004, o Plano Nacional de Saúde 2004/2010

Orientações estratégicas⁴ dá prioridade ao incremento de ações de sensibilização e formação dirigidas aos profissionais de saúde na área da dor para uma boa gestão da dor. Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros, ao reconhecer o insuficiente controlo da dor e o importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, publica um guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor⁵, tendo, nesse mesmo ano, a DGS emanado uma versão atualizada do PNLCD sob a forma de nova circular normativa⁶.

Em 2010, o grupo de trabalho da Dor na Criança, da Comissão Nacional de Controlo da Dor, sob a direção da DGS, elabora as primeiras orientações técnicas para a avaliação e controlo da dor em pediatria. Nesse mesmo ano é publicada a orientação técnica que operacionaliza a forma de avaliar a dor nas crianças⁷ e, recentemente, em 2012, mais três orientações técnicas foram publicadas, uma sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)⁸, outra sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica⁹ e outra sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)¹⁰.

O primeiro trabalho, que caracteriza de uma forma global os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança, é realizado em 2002 e foca a realidade de grande hospital¹. Os resultados deste estudo deram origem a ações de formação/sensibilização e projetos com o envolvimento de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, mas não só, que visavam a implementação das orientações preconizadas no PNLCD e Plano Nacional de Saúde

2004/2010 — Orientações estratégicas, da Ordem dos Enfermeiros e da DGS. Estas iniciativas realizaram-se um pouco por todo o país com apoio de fundos comunitários ou outros de iniciativa de cada instituição.

Em 2012 replicou-se o estudo realizado em 2002¹ que caracterizou, uma vez mais, os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança hospitalizada. Este estudo envolveu quatro hospitais/serviços pediátricos do país e utilizou a mesma metodologia do estudo anterior para permitir uma análise comparativa dos progressos realizados na década entre 2002 e 2012.

Os objetivos deste trabalho visam caracterizar os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor na criança até aos 18 anos internadas em serviços hospitalares e analisar a evolução feita nos cuidados entre os anos de 2002 e 2012.

Metodologia

Estudo descritivo, transversal, de consulta retrospectiva seriada de registos intermitentes, efetuados no processo clínico em relação a um período de 24 horas.

O recrutamento da amostra foi aleatório¹¹, incluindo todos os processos clínicos de crianças até aos 18 anos internados em serviços de quatro hospitais Portugueses entre agosto e dezembro de 2011. O processo de seleção da amostra consistiu no sorteio simples de um dia em cada semana, um turno de cada dia e o número da cama. O efetivo da amostra correspondeu a 20% da lotação do serviço. Nos casos em que não havia criança internada no número da cama sorteada era assumido o número da cama imediatamente a seguir. Os dados foram colhidos por um enfermeiro de cada serviço através da análise de conteúdo dos registos efetuados. Estes receberam formação sobre o protocolo a seguir na colheita dos dados e, antes de se iniciar o estudo, realizou-se um estudo piloto, com a duração de um mês, para aferir procedimentos e dissipar dificuldades.

Foram colhidos dados de caracterização demográfica e clínica das crianças, dados sobre a colheita de dados efetuada na história de dor, avaliação da intensidade da dor nas últimas oito horas e tratamentos farmacológicos e não-farmacológicos efetuados.

A intensidade da dor foi categorizada numa escala de avaliação de 0 a 10 pontos em: <1, sem dor; 1 - 3, dor ligeira; 3 - 6, dor moderada; 6 - 10, dor intensa.

Nas situações em que a dor foi avaliada com escalas que usam outra amplitude métrica foi usada a categorização

recomendada pelos respetivos autores.

Por prevalência denominámos a razão, expressa em percentagem, entre o número de observações realizadas da variável em estudo e o número total de crianças.

Considerou-se como tratamento farmacológico ou não-farmacológico sempre que, pelo menos, uma intervenção foi realizada.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa SPSS® *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 18.0 para Windows® (Statistical Product and Service Solutions, Inc., Chicago, IL, EUA). O estudo descritivo dos dados foi feito para as variáveis categóricas pelas frequências absolutas e relativas percentuais e, para as variáveis contínuas, através da mediana e limites mínimo e máximo.

Esta investigação teve o parecer favorável dos responsáveis pelo Serviço, Departamento, Conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética e foi realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia, da Associação Médica Mundial.

Resultados

No estudo desenvolvido em 2002, que passaremos a designar por estudo 1, participaram 1877 crianças e no de 2012 (estudo 2) 810 crianças. As idades das crianças envolvidas nestes dois estudos variaram entre os 0,1 e os 18 anos com uma mediana de 5 anos. O sexo masculino predominou e os dias de internamento variaram entre 1 e 504 dias com uma mediana de 4 dias para o estudo 1 e de 3 dias para o estudo 2. A percentagem de crianças submetidas a cirurgia foi maior no estudo 1 (48%) do que no estudo 2 (29%) (cf. Tabela 1).

Tabela 1: Dados demográficos e clínicos das crianças por estudo

Dados demográficos e clínicos	Estudo 1	Estudo 2
Idade (anos), mediana (mín. - máx.)	5 (0,1-17,6)	5 (0,4 -18)
Sexo masculino, número (%)	1019 (54)	457 (56)
Submetidos a cirurgia, número (%)	894 (48)	233 (29)
Dias de internamento, mediana (mín. - máx.)	4 (1-504)	3 (1-182)

As crianças livres de dor no estudo 2 (75%) foram mais do dobro das verificadas no estudo 1 (37%). A intensidade da dor variou nos dois estudos entre 0 e 10 pontos com uma mediana de 3 pontos no estudo 1 e uma mediana de 0 pontos no estudo 2. Ao analisarmos as percentagens de crianças com dor apurou-se, em todas as categorias, que são mais elevadas no estudo 1. De salientar uma redução significativa na dor intensa do estudo 1 (13%) para o estudo 2 (2%). No estudo 2, em 53% dos processos clínicos, havia registo de elementos de história de dor que foram colhidos num qualquer momento do internamento, facto que não ocorreu em nenhum caso no estudo 1. A informação recolhida relacionava-se com as formas de comunicar/expressar a dor em 41,5% dos processos clínicos, fatores de alívio e agravamento em 37,7% e características da dor em 35,2%. Apenas 0,9% dos registos identificavam as habilidades ou estratégias de *coping* da criança para o alívio da dor. Em 2002, altura em que se realizou o estudo 1, ainda não se fazia de forma sistemática a avaliação da dor, pelo que em nenhum processo clínico encontrámos esse registo. No estudo 2, a prevalência da avaliação da dor nas últimas 8 horas (turno de trabalho) foi de 64% (cf. Tabela 2).

Tabela 2: Avaliação da dor por estudo

Estudos	Estudo 1	Estudo 2
Intensidade da dor, mediana (mín. - máx.)	3 (0 - 10)	0 (1 - 10)
Grau de dor, %		
Sem dor	37	75
Ligeira	33	13
Moderada	17	10
Intensa	13	2
Prevalência de registo da história de dor, %	0	53
Elementos colhidos na história de dor, %		
Formas de comunicar/expressar a dor	0	42
Fatores de alívio e agravamento	0	38
Características da dor	0	35
Efeitos na vida diária	0	27
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	0	11
Experiências traumatizantes e medos	0	8
Impacto emocional e socioeconómico	0	5
Comportamento da criança e ambiente familiar	0	3
Habilidades e estratégias de <i>coping</i>	0	1
Prevalência de registo da intensidade da dor, %	0	64

A prevalência do tratamento farmacológico foi semelhante em ambos os estudos – 43% no estudo 1 e 42% no estudo 2 – e a do tratamento não-farmacológico decresceu de forma surpreendente de 72% no estudo 1 para 15% no estudo 2. O tipo de tratamento farmacológico foi semelhante em ambos os estudos, verificando-se apenas um decréscimo de utilização de adjuvantes do estudo 1 (6%)

para o estudo 2 (1%). Os tipos de intervenções não-farmacológicas mais utilizados no estudo 1 foram as medidas de conforto (52%), distração (41%) e posicionamentos (24%) e, no estudo 2, foram a distração (6%), medidas de conforto, posicionamentos e massagens, todas estas com um valor de 2% (cf. Tabela 3).

Tabela 3: Intervenção farmacológica e não-farmacológica por estudo

	Estudo 1	Estudo 2
Prevalência de intervenção farmacológica	43	42
Não opióides	33	36
Opióides	8	8
Adjuvantes	6	1
Anestésico tópico	1	3
Prevalência de intervenção não-farmacológica	72	15
Distração	41	6
Posicionamentos	24	2
Massagem	9	2
Aplicação de calor/frio	1	1
Conforto	52	2
Reforço positivo	13	1
Administração de glicose	2	1
Relaxamento	2	0

Discussão

Ao compararmos as características demográficas e clínicas das crianças nas amostras nos dois estudos verificamos que são semelhantes, excetuando o efetivo das amostras e a percentagem de crianças submetidas a intervenção cirúrgica, que são muito menores no estudo 2.

Volvidos dez anos do primeiro estudo, a prevalência de dor decresceu em mais do dobro. Atualmente, cerca de $\frac{3}{4}$ das crianças não apresentam dor e a sua intensidade é significativamente menor, apesar de haver ainda crianças que sofram de dor intensa. Estes resultados são encorajadores se comparados com estudos recentes¹²⁻¹³ e reveladores de que os esforços realizados são proveitosos.

Se pensarmos que não é possível cuidar sem que se esteja na posse de dados para se estabelecer um bom diagnóstico da situação de saúde da criança e sua família, importa salientar que nestes dez anos houve uma mudança meritória por parte dos enfermeiros. Partindo-se de uma prática em que não se colhiam dados sobre a história de dor, verifica-se agora que em mais de metade dos casos havia registo de elementos de história de dor na criança. A informação colhida é ainda escassa para permitir uma conceção de cuidados coerentes com essa informação e está centrada num modelo de cuidados biomédico (formas de comunicar/expressar a dor, fatores de alívio e agravamento e características da dor). Por exemplo, em muito poucas situações

eram identificadas as habilidades ou estratégias de *coping* da criança para o alívio da dor. O contexto de cuidados onde se realizou o estudo é hospitalar, onde o modelo de cuidados biomédico predomina. Todavia, admitimos alguma incapacidade dos enfermeiros adotarem uma filosofia de cuidados inseridos no paradigma da simultaneidade¹⁴. Não sabemos se a informatização dos registos, que há dez anos não existiam, explicam a recolha desta informação, mas, se assim for, é importante uma reflexão sobre os elementos a parametrizar para se obter uma colheita de dados que permita cuidar, promovendo a qualidade de vida.

A melhoria significativa verificada no controlo da dor na criança nestes últimos dez anos está intimamente relacionada com o incremento da avaliação da intensidade da dor. Esta foi a maior evolução verificada nos cuidados. Em mais de metade dos processos clínicos havia registos de dor nas últimas oito horas, o que é um dado muito acima de outros estudos¹². Portugal foi o segundo país europeu a decretar uma circular normativa a elevar a dor como quinto sinal vital e, como norma de boas práticas, a avaliação e o registo sistemático da dor³, a que se seguiram outras entidades, como a Ordem dos Enfermeiros⁵. Os enfermeiros reconhecem a evidência de que a avaliação da dor é o primeiro passo para o seu eficaz controlo¹.

O tratamento farmacológico não sofreu alterações nestes dez anos, o que demonstra uma atitude defensiva por par-

te de quem prescreve e administra os fármacos analgésicos e uma aprendizagem baseada na prática clínica que perpetua ainda um tratamento insuficiente. Este resultado não difere de outros estudos¹²⁻¹³.

Mas o dado mais surpreendente verifica-se no decréscimo acentuado da utilização de intervenções não-farmacológicas. Não cremos que os cuidados na área pediátrica em particular se tenham degradado nestes dez anos. No entanto, é um achado que deve merecer atenta reflexão. Não sabemos se a informatização dos registos contribuiu para uma desvalorização destas intervenções, uma vez que as notas de evolução são reduzidas no sistema informático. Ou se, fruto do contexto socioeconómico em que vivemos e/ou complexidade das situações clínicas atuais, tenham conduzido a uma redução do rácio entre o número de enfermeiros por crianças a cuidar, o que facilita a prática, para os enfermeiros menos sensibilizados, de relegarem para plano secundário o controlo da dor em detrimento de intervenções que potencialmente podem comprometer a vida, o que é coerente com um modelo de cuidados biomédico.

O tipo de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas utilizado pelos enfermeiros não variou entre os dois estudos, refletindo uma prática de cuidados baseada somente na prática clínica. Os estudos são poucos nesta área, mas apoiam a sua utilidade clínica no controlo da dor e na promoção do conforto. Todavia, importa referir que a qualidade dos cuidados melhorou, o que se comprova pela redução da prevalência e na intensidade da dor. Parece-nos que o uso mais criterioso destas intervenções melhorou a sua eficácia, embora não sejam de desprezar eventuais vieses na avaliação da dor.

As boas práticas na avaliação e no controlo da dor na criança passam pelo envolvimento ativo da criança e seus pais como verdadeiros elementos da equipa de saúde, em que os enfermeiros colham dados sobre a história de dor, acreditem na criança e lhe deem voz, utilizem sempre um instrumento de avaliação da dor, a escolher de forma criteriosa e a utilizar com rigor metodológico. Os cuidados devem ser orientados por uma avaliação sistemática da dor, uma atitude preventiva em relação ao seu aparecimento e onde a intervenção personalizada, aliada a intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, seja a regra. Um modelo de cuidados congruente com um paradigma da simultaneidade valoriza a utilização dos mecanismos de *coping* da criança e sua família e tem em conta os seus estilos de confronto perante adversidades. A dor é um resultado inaceitável na prestação dos cuidados. Por isso, o futuro próximo deve ser o de continuar a investir na formação dos profissionais de saúde, valorizando o trabalho em equipa multidisciplinar, a conceção e implementação de protocolos e a utilização criteriosa de intervenções não-farmacológicas.

Os resultados aqui apresentados devem ser interpretados dentro de um contexto hospitalar onde o registo informático é recente e a busca de informação nem sempre facilitada pela forma díspar como esta está organizada. O envolvimento de várias pessoas na recolha de dados e as

diferentes culturas instituídas em cada hospital podem igualmente ter sido uma limitação para a credibilidade e para a interpretação dos resultados. Não é igualmente alheio algum grau de subjetividade na análise de conteúdo de registos descritivos, principalmente em relação à colheita de informação sobre a história de dor.

Conclusão

As ações de sensibilização/formação realizadas no âmbito das políticas implementadas nestes últimos dez anos na área da avaliação e controlo da dor pediátrica a nível hospitalar geraram evidentes ganhos na qualidade de cuidados prestados. A prevalência de dor reduziu de forma significativa, o registo de avaliação da intensidade da dor e a colheita de informação sobre a história de dor passou a ser uma prática comum na maioria dos casos, embora ainda direcionada para o modelo de cuidados biomédico. As intervenções farmacológicas não se alteraram e a implementação de estratégias não-farmacológicas baixou.

O investimento na formação deve continuar dando prioridade à implementação das orientações da DGS, com prioridade para a aplicação de estratégias de intervenção não-farmacológicas e para o desenvolvimento de mais investigação que suporte as práticas.

Referências

1. Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Plano nacional de luta contra a dor. Lisboa: DGS; 2001.
2. Direção-Geral da Saúde. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/ DGCG, de 14/06/2003. Lisboa: DGS; 2003.
3. Ministério da Saúde. Plano nacional de saúde 2004-2010. Vol. II: orientações estratégicas. Lisboa: Ministério da Saúde; 2004. ISBN 9726751098
4. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros. Dor: guia orientador de boa prática. Lisboa: OE; 2008. ISBN 9789729964695
5. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de controlo da dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP, de 18/06/2008. Lisboa: DGS; 2008.
6. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da DGS nº 14/2010, de 14/12/2010. Lisboa: DGS; 2010.
7. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da DGS nº 24/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.
8. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Orientação da DGS nº 23/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.
9. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da DGS nº 22/2012, de 18/12/2012. Lisboa: DGS; 2012.

10. Batalha L. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel; 2010. ISBN 9789727575930
11. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004. ISBN 9788573079845
12. Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag.* 2008;13(1):25-32.
13. Groenewald CB, Rabbitts JA, Schroeder DR, Harrison TE. Prevalence of moderate-severe pain in hospitalized children. *Paediatr Anaesth.* 2012 Jul;22(7):661-8.
14. Parse RR. Nursing science: major paradigms, theories and critiques. Philadelphia: WB Saunders; 1987. ISBN 9780721618036

Artigo recebido em 04.03.2013 e aprovado em 10.04.2013.