

# Mitos e ideias incorretas acerca da dor na criança

■ Maria Helena Pimentel \*

A dor é um dos problemas mais intrigantes em Medicina e Biologia. É um desafio para o doente que deve muitas vezes aprender a suportá-la. É um desafio para os profissionais de saúde, que procuram exaustivamente os meios necessários para aliviar o sofrimento do doente. É um desafio para o cientista que tenta compreender os mecanismos biológicos que originam este terrível sofrimento. É, igualmente, um desafio para a sociedade que deve encontrar meios para controlar ou prevenir, da melhor forma possível, a dor e o sofrimento.

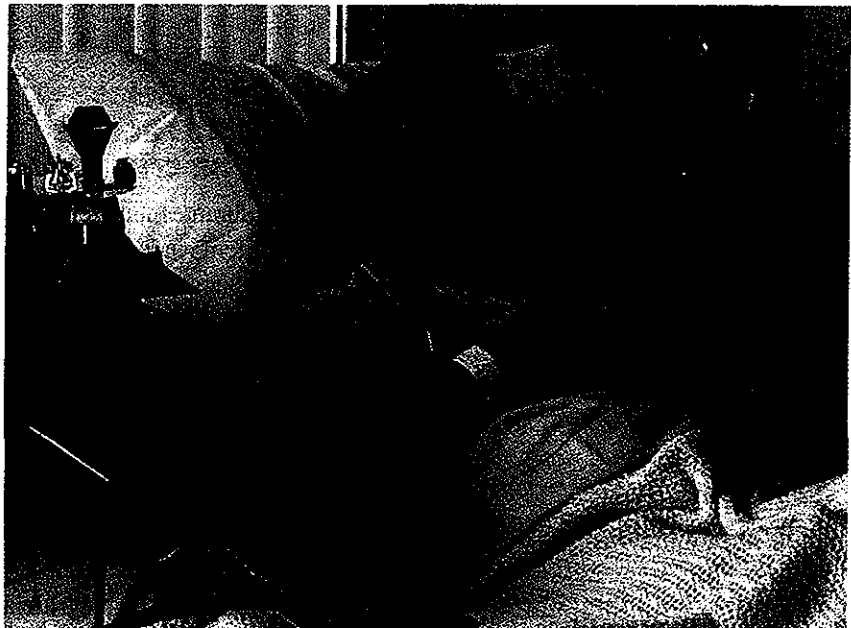
A dor é uma experiência comum e perturbadora na criança. Tem sido, no entanto, subestimada e o subtratamento tem sido comum. Progressos realizados nos últimos anos para o alívio da dor nos adultos não têm sido aplicados às crianças com a mesma dimensão. A dor nas crianças não tem sido devidamente investigada, e a prevenção, diagnóstico e alívio estão rodeados de mitos e incertezas.

Contudo, o aumento de acidentes, o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, o tratamento cada vez mais agressivo de patologias que antes eram fatais e o número de crianças que sobrevivem com uma deficiência crónica, tornam este problema extremamente actual e preocupante.

Por tudo isto, o enfermeiro em Pediatría que diariamente se defronta com crianças que sofrem, deve estar

## Resumo

Havia, até há pouco tempo atrás, o conceito de que os recém-nascidos e lactentes não teriam maturidade neurológica para conduzir, de forma adequada os estímulos dolorosos devido à incompleta mielinização do sistema nervoso. Havia, também, a crença de que esses pacientes não teriam capacidade de armazenar na sua memória experiências dolorosas. Este tipo de crença levou à realização de procedimentos dolorosos sem qualquer tipo de sedação ou anestesia. Sabê-se, actualmente, que esses conceitos são totalmente errados e que as vias aferentes e os centros corticais e subcorticais, necessários à percepção da dor, estão bem desenvolvidos em etapas finais da gestação.



apto a identificar e a aliviar o suplício da dor e a contribuir para uma enfermagem de qualidade à criança e à família.

## Definição de dor

A dor é uma experiência tão comum que raramente nos detemos para defini-la nas conversas do dia-a-dia. A dor tem características sensoriais e vi-

dentés, mas possui também propriedades emocionais e motivacionais. Resulta, habitualmente, de uma estimulação nociva intensa, embora possa ocorrer, espontaneamente, sem causa aparente.

Interessa por isso definir dor segundo a opinião de vários autores. Para BURR (1988:41), dor é «um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional difícil de apreender definir,

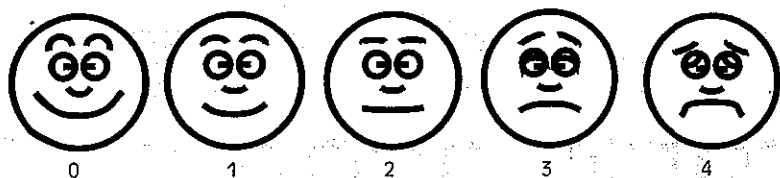


Figura 1 - Escala das faces

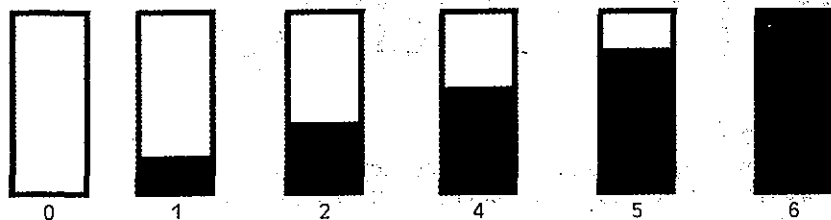


Figura 2 - Escala de copos

explicar ou medir». Segundo a mesma autora, a palavra dor (em inglês *pain*, e em francês *peine*) deriva do latim «poena» que significa «castigo, punição, pena».

Esta noção é particularmente importante quando se trata de crianças, uma vez que elas apreendem a dor, quer física, quer emocional, como um castigo pelo seu mau comportamento.

A Associação Internacional do Estudo da Dor (IASP) define dor como «uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão» (Miyake e Grisi, 1998:2).

Para Atkinson e Murray (1989:476), dor é «uma sensação pessoal e particular do sofrimento físico, um estímulo nocivo que indica lesão ou dano tecidual actual ou iminente, um padrão de respostas que actuam para proteger o organismo contra o dano».

Pela análise destes conceitos podemos dizer que a dor não é legitimamente uma sensação física, mas sobretudo um fenómeno complexo, no qual estão implícitos dois aspectos importantes; a dor é uma experiência individual e subjectiva, a dor tem duas componentes indissociáveis:

- Uma neurofisiológica e sensorial;

- Outra emocional, baseada no estado afectivo, experiências passadas com dor, estágio de desenvolvimento e uma grande variedade de factores de ordem pessoal cultural e espiritual.

### Mitos e ideias incorrectas acerca da dor na criança

Subestimada durante muito tempo, a dor na criança tem vindo a ser valorizada nos últimos anos. Aparentemente, a não valorização da dor na criança tem a ver, como referem vários autores (Pimentel, 1992; Biscaia, 1997; Miyake e Grisi, 1998), entre outros, com a persistência de um certo número de mitos e de ideias incorrectas sobre a relação criança dor que importa desmistificar.

O primeiro mito está ligado à ideia da imaturidade do sistema nervoso, o que levaria a pensar que a dor não é sentida pela criança com a mesma intensidade do adulto. Esta ideia veio a revelar-se falsa, estudos demonstraram que o sistema neurológico, relacionado com a transmissão da dor, está, na altura do nascimento completo, intacto e perfeitamente funcional. Biscaia (1995) defende que o desenvolvimento do córtex é precoce e as arborizações dentrificas

permitem conexões intracorticais e talamocorticais até à 24.<sup>a</sup> semana de gestação. Além do mais, a medula e o sistema nervoso central estão completamente mielinizados a partir da 30.<sup>a</sup> semana. O córtex, assim como todas as estruturas centrais ligadas à percepção dolorosa, também se encontram com o seu desenvolvimento completo ao nascimento, mostrando que as crianças, mesmo no período neonatal, são capazes de sentir, perceber e memorizar a experiência dolorosa. O segundo mito está ligado à noção de que a criança metaboliza os analgésicos de uma forma diferente dos adultos, devido à imaturidade do fígado, o que provocaria o aumento da semivida dos analgésicos, especialmente dos narcóticos e que levaria a intoxicações e a riscos graves de depressões respiratórias. Burr (1988), citando Poster e Hick afirma, os narcóticos são tão perigosos para as crianças como são para os adultos. Estes dois autores demonstraram que as crianças com um mês de idade, possuem a mesma capacidade de utilização e de eliminação dos narcóticos que os adultos.

O terceiro mito tem a ver com a noção de que a criança não tem memória da dor, porque a dor provoca desconforto e pensa-se que se a dor termina, o desconforto também termina. Estudos recentes evidenciam que, embora a criança não verbalize essas experiências, há alterações comportamentais após os actos dolorosos (irritabilidade, alterações na alimentação, no sono, no controlo de esfíncteres...), que levam a concluir o contrário. Ainda que estas alterações possam não representar memória, certamente sugerem que o procedimento tem consequências que se estendem além do seu alcance. Também a memorização a longo prazo de experiências sensoriais negativas do período neonatal foram demonstradas no rato, por alterações do comportamento sexual do rato adulto. Estudos comportamentais parecem levar às mesmas conclusões no homem (Biscaia, 1995:239). O últi-



ve e relata a dor de forma diferente.

A dificuldade na avaliação da dor na criança é inversamente proporcional à idade, de forma que uma criança maior é capaz de expressar verbalmente a sua experiência dolorosa, até mesmo quantificá-la. Já na criança mais pequena, a avaliação depende de uma observação atenta e sensível de quem lhe presta cuidados.

As crianças são diferentes umas das outras; umas negam a dor para se mostrarem valentes, outras exageram-na para chamar a atenção. Tendo em conta este facto, a atitude primordial do enfermeiro perante a criança com dor deve ser a de acreditar nela quando a verbaliza, mas também saber avaliar a sua existência quando a criança não o pode fazer, através das diferentes respostas à dor.

Na tentativa de se efectuar uma avaliação a mais correcta possível da dor, numa base quantitativa, têm sido criados alguns instrumentos de medição ou escalas. Baseados em Pimentel (1992) e Whaley; Wong (1999), referiremos alguns desses instrumentos, tais como: a escala das «faces», a escala dos «copos», o termómetro da dor e a escala numérica. Estas escalas têm sido usadas com sucesso a partir dos quatro anos de idade.

A escala das faces (fig. 1), usa figuras de cinco faces através das quais a criança escolhe a face mais parecida com a sua quando sente dor. Como se pode verificar, a primeira figura é uma face muito feliz e sorridente. As figuras que se seguem mostram graus variáveis de felicidade e tristeza, a última figura é uma face triste e dolorosa.

A escala dos copos (fig. 2) é representada por um quadro com seis copos. O primeiro está vazio e representa ausência de dor. Os copos seguintes são preenchidos por quantidades crescentes de preto, representando níveis crescentes de dor. A criança escolhe o copo com a quantidade de preto correspondente à dor que sente.

O termómetro da dor consiste na manipulação de um indicador elástico

vermelho para mostrar graus de dor variados.

A escala numérica, usa uma linha recta dividida em unidades iguais e numeradas de zero a dez. O zero corresponde à ausência de dor e o dez à dor de maior intensidade.

A criança escolhe o número que pensa corresponder ao grau da dor que sente (recomenda-se para crianças em idade escolar). A localização da dor pode ainda ser feita através de desenhos, representando o corpo humano, em que a criança indicará o local onde sente dor.

## O alívio da dor

As medidas utilizadas para aliviar a dor envolvem não só a administração de medicamentos, mas também o uso de métodos não farmacológicos.

### Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico é feito através de analgésicos e sedativos. Têm como objectivo eliminar ou, pelo menos, suavizar a dor e permitir à criança relaxar-se e descansar, fazendo desaparecer o medo de que a dor regresse.

A orientação farmacológica no que diz respeito às crianças apresenta, na prática, dilemas e variações. Embora sejam escassos os dados relativos à utilização de analgésicos nas crianças certos estudos demonstraram que a submedicação das crianças é um facto comum. Um estudo de Eland e Anderson, citado por Burr (1988) refere que em comparação com os adultos em idênticas condições, as crianças tomam apenas o equivalente a 4% dos analgésicos indicados enquanto que os adultos tomam 96%. A mesma autora registou ainda que é pouco provável que os enfermeiros administrem os analgésicos prescritos se estiverem dominados pelos mitos da viciação e da depressão respiratória. A escolha do medicamento é determinada pela severidade e natureza da dor, assim como a familiaridade e adaptação de cada criança ao mesmo. A dosagem será decidida de

acordo com o que é adequado para impedir o aparecimento da dor, dentro dos parâmetros de segurança.

A via de administração é importante e a via oral é a mais aceitável e eficaz. É sabido que a maioria das crianças recebem as injecções por serem dolorosas. A analgesia local adequada é fundamental no tratamento da dor, sobretudo no que diz respeito à realização de procedimentos invasivos. Actualmente, existe no mercado uma mistura de prilocaína e lido-caína, o creme EMLA (*euthetic mixture of local anesthetics*), que deve ser aplicado na forma de um penso oclusivo sobre a pele, cerca de 30 a 60 minutos antes de procedimentos electivos, como punções lombares, torácicas, medula óssea, artérias e veias (Miyake e Grisi, 1998). Esta forma de anestesia não é recomendada em mucosas e em áreas de pele muito extensa, devido ao risco de surgimento de meta-hemoglobinemia, sobretudo quando associada a outros medicamentos que também induzam esse distúrbio.

### Intervenções não farmacológicas

A utilização de intervenções não farmacológicas tem muito a ver com a experiência do enfermeiro e da equipa de cuidados. Deve ser simultânea com o tratamento farmacológico, não o substituindo mas complementando-o. Baseados em Burr (1988) debruçar-nos-emos sobre algumas dessas intervenções.

## Atitudes apropriadas.

É essencial adoptar atitudes apropriadas em relação à dor, isto é, há que acreditar que a criança sente dor tal como a verbaliza ou demonstra.

### Ambiente

A atmosfera que rodeia a criança doente é de grande importância. Se a criança e a sua família estiverem calmas, a experiência de dor será menos severa.

Decoração e mobiliário conducentes a uma atmosfera mais confortável e orientada no sentido das necessidades da criança ajudam a tornar um ambiente tranquilo e familiar. A terapia do jogo, as actividades escolares e uma cuidada preparação prévia para o internamento ou procedimentos invasivos, parecem diminuir a tensão emocional.

### *Relação com os responsáveis pelo tratamento*

A relação da criança com aqueles que cuidam dela é vital para a prevenção eficaz e alívio da dor. Isto implica um empenhamento destes, no sentido de criarem uma relação pessoal com a criança, o que demonstra não só preocupação com as coisas que são importantes para ela, como também toda uma prática de perguntar, acreditar, orientar, de forma a desenvolver nela o amor próprio e a confiança. Juntos, a criança e os que cuidam dela poderão controlar a dor.

### *Estratégias de luta psicológica*

As crianças não se envolvem, por si sós, em estratégias de luta durante os processos dolorosos, mas reagem positivamente se os adultos as sugerem ou dirigem. A hipnose, as técnicas de distração que incluem imagens orientadas, o relaxamento, a terapia musical e a dessensibilização desempenham um papel cada vez mais importante.

### *Intervenções físicas*

A dor foi sempre o resultado da doença e da incapacidade física. Portanto, não devem ser relegados para segundo plano os tradicionais métodos físicos de alívio da dor, tais como: as aplicações locais de calor ou de frio, a administração de uma bebida quente e o refrescar a testa febril.

O alívio da dor na criança exige um trabalho de equipa. O enfermeiro porque tem maior contacto com a criança e com a família desempenha um papel-chave para melhorar a qualidade de vida da criança que sofre.

## Conclusão

Falar sobre dor no contexto da Saúde Infantil é como começamos por dizer um desafio. Embora a valorização da dor na criança ainda esteja na sua fase inicial, muito já foi feito nos últimos anos. Os vários estudos conduziram à conclusão de que a criança sente dor como o adulto, e que, desde o nascimento, está neurofisiologicamente madura para a transmissão e percepção da mesma. É, pois, importante que o pessoal de saúde e os pais sejam capazes de interpretar os sinais com que elas a manifestam. O que exige é uma atenção constante e uma percepção atenta, principalmente quando as suas possibilidades de expressão são mais reduzidas pela doença, pela prematuridade, pelo pouco tempo após o nascimento, pela dificuldade de verbalização.

O alívio poderá ser proporcionado através de métodos farmacológicos e de técnicas psicológicas e comportamentais, cujo uso deve reforçar a eficácia dos analgésicos.

Para terminar, apoiamos-nos em Burr (1988:45), quando diz «uma criança que sofre e cuja dor podia ser aliviada não é de maneira nenhuma um exemplo de boa enfermagem».

## FONTES

- ✓ A dor na criança é uma realidade que deve ser valorizada e à qual se deve proporcionar um alívio adequado;
- ✓ Os enfermeiros devem clarificar os seus conceitos e as crenças pessoais em relação à dor pediátrica;
- ✓ A dor na infância apresenta inúmeros problemas de interpretação e medida, pode ser verbalizada ou manifestada através de um conjunto de comportamentos;
- ✓ Uma avaliação correcta da dor é a base para um tratamento eficaz;
- ✓ A cuidada atenção ao desenvolvimento psicossocial da criança é outro aspecto a ter em conta, tanto para aumentar a eficácia das intervenções, como para reconhecer os limites que o desenvolvimento pode impor a qualquer abordagem específica;
- ✓ Evitar a dor de uma criança, é uma obrigação do ponto de vista ético e humanitário.

\* Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica  
Mestre em Ciências de Enfermagem pela Universidade do Porto  
Professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Bragança

## REFERÊNCIAS

- ATKINSON, L. D.; MURRAY, M. E. – Fundamentos de Enfermagem. Rio de Janeiro, Editora Guanabara S.A., 1989.
- BURR, Sue – A dor na infância. "Nursing", Lisboa, 1 (10), Novembro, 1988, p. 41-45.
- BISCAIA, Jorge – A dor no bebé. In RICO e BARBOSA – Dor: Do neurónio à pessoa, Lisboa, Rermyner Portugal, 1995.
- GOODINSON, Susan M. – O alívio da dor: intervenções farmacológicas. "Nursing", Lisboa, 1 (11), Novembro, 1988, p. 26-32.
- MIYAKE, R. S. et al – Sedação e analgesia em crianças. <http://www.amb.org.br/publicacao.RAMB/Janeiro98/pagina56.htm>, 9 páginas.
- PIMENTEL, J. Carlos – A dor na criança. "Divulgação", Porto, 4 (24), Outubro, 1992, p. 10-21.
- WALLEY, Lucille F. Wong L. – Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva, 8.ª edição, Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1999.

## I ENCONTRO SOBRE

## DO HOSPITAL DISTRITAL DE ÁGUEDA

## PROGRAMA

Centro Comunitário de Recórdães

27 e 28 de Abril de 2001