

BOLETIM
DO
HOSPITAL DISTRITAL DE BRAGANÇA

*

NOVEMBRO/DEZEMBRO • ANO 1995

VOLUME 1 • N.º 4

FICHA TÉCNICA

CONSELHO EDITORIAL

- Anabela Rego — Presidente
- Teresa Ramos
- Lídia Valinho
- Domicília Rodrigues
- Francisco Veiga
- Clotilde Andrade

SECRETARIADO

- Conceição Bernardino
- Mabilia Sá
- Urbano Rodrigues

CONSELHO CIENTÍFICO

Dr. Monteiro Morais; Dr. Rodrigo S. Versos; Dr. Coito Elias; Dr.^a Irene Ferreira; Dr. Arnaldo Rodrigues; Dr. Flaviano Gomes; Dr.^a Clara Rosas; Dr. Venâncio Mendes; Dr. Júlio Novo; Dr. Nunos Santos; Dr. João Aguiar; Dr.^a Graça Machado; Dr. Machado Rodrigues Dr. Telmo Moreno; Dr. Sampaio da Veiga; Dr. João Monteiro; Dr. Carlos Cadavez; Enf.^a Ilídia Carvalho; Enf.^o Alípio; Anabela Rego; Dr.^a Graça Pombo.

A CRIANÇA E A DOR

Maria Helena Pimentel*

O – INTRODUÇÃO

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 médicos, científicos e financeiro para controlar ou prevenir, da melhor forma possível, a dor e o sofrimento.

BURR (1988), refere que a dor é uma experiência comum e perturbadora na criança.

Segundo a mesma autora, os 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 Pediatria

que diariamente se defronta com crianças que sofrem, deve estar apto a identificar e a aliviar o suplício da dor, e a contribuir para uma enfermagem de qualidade à criança e à família.

O interesse pelo tema “A criança e a dor” surgiu quando deparámos com crianças que sofrem, apesar da sua tenra idade e da dúvida em entender essa dor, afim de lhe proporcionar alívio.

Assim, com a realização deste trabalho pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Aprofundar conhecimentos sobre o problemática da dor na criança, bem como as suas repercussões pessoais e familiares.
- Melhorar a assistência à criança que sofre.

Para a consecussão destes objectivos tentaremos definir o fenómeno dor, através da opinião de alguns autores tendo em conta toda a subjectividade e complexidade que lhe é inerente.

Seguidamente, fazemos uma breve abordagem aos mitos e às ideias incorrectas acerca da dor na criança, para depois nos debruçarmos sobre a forma como reage a criança à dor e como essa dor pode ser avaliada.

Finalmente serão descritas as medidas utilizadas para reduzir a dor.

A concretização deste trabalho, teve como finalidade sensibilizar para a necessidade de valorização da dor Pediátrica e consequente alívio adequado da mesma.

(*) Assistente do 2.º Triénio da Escola Superior de Enfermagem de Bragança

1 - 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 evidentes, 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 seguindo a opinião de vários autores.

Para BURR (1988), dor é um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional difícil de apreender definir, explicar ou medir. Ainda 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.

PIMENTEL (1992), citando a Associação Internacional para o estudo da Dor, define dor como "uma experiência emocional e sensorial, geralmente desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos dessa lesão.

Para ATKINSON e MURRAY (1989), 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 actua 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 e de acordo com PIMENTEL (1992), estão implícitos dois aspectos importantes:

- A dor é uma experiência individual e subjectiva.

- A dor tem dois componentes indissociáveis: - Um neuro-fisiológico e sensorial;

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

Assim, o enfermeiro que presta cuidados ao doente com dor, deve avaliar o seu comportamento com a amplitude que se estende desde o biológico, às diferentes condutas e às aproximações psicológicas.

2 - MITOS E IDEIAS INCORRECTAS ACERCA DA DOR NA CRIANÇA

Aparentemente, a não valorização da dor na criança, tem a ver como refere PIMENTEL (1992), 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 da criança, o que levaria a pensar que a criança não a sente com a mesma intensidade do adulto.

Esta ideia veio a revelar-se falsa, pois se é verdade que na altura do nascimento a mielinização ainda não está completa, também não é menos verdade que ela não é indispensável para a percepção e transmissão do estímulo doloroso.

Os estudos de ANAND e HICHEY em 1987 e referidos por PIMENTEL (1992), demonstraram que "o sistema neurológico, relacionado com a transmissão da dor, está, na altura do nascimento completo, intacto e perfeitamente funcional".

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 semi-vida 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 as mesmas capacidades de utilização e de eliminação dos narcóticos como os adultos.

O terceiro mito tem a ver com a noção de que a criança não tem memória da dor, porque se pensa que a dor provoca desconforto e, sempre que a dor termina, o desconforto também termina.

Estudos recentes referidos por PIMENTEL (1992) evidenciam que, embora a criança não verbalize essas experiências, há alterações comportamentais após os actos dolorosos (irritabilidade, alterações na alimentação, no sono, no controle de esfíncteres, etc), 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.

O último mito reflecte a preocupação de se pensar que "as crianças ou adultos, tratados com narcóticos, habitua-se, tornando-se assim tóxicodependentes", PIMENTEL (1992).

Esta ideia encontra eco no clima sócio cultural em que hoje nos encontramos e aparentemente, favorece o grande combate a um dos flagelos do final do século - a droga.

Na opinião do autor supra citado, esta ideia é falsa. A grande confusão reside entre dependência física e habituação.

Para que ocorra dependência física, e ainda segundo o mesmo autor, é necessário receber narcóticos durante sete ou mais dias, com um "desmame" para evitar síndromes de privação. Não é o mesmo que habituação, que é extremamente rara.

Associados aos mitos, há que ter em conta algumas atitudes pessoais e sociais que interferem na valorização da dor.

São atitudes baseadas em factores como a cultura, o sexo, as relações familiares e as experiências de dor, assim como o estágio de desenvolvimento e a personalidade da própria criança que, de acordo com BURR (1988), contribuem para responder à questão: O que é a dor para uma criança?

3 - COMO REAGE A CRIANÇA À DOR

Substimada durante muito tempo, a dor na criança tem vindo a ser valorizada nos últimos anos.

A dor na infância apresenta imensos problemas de interpretação e medida. Pode ser verbalizada ou manifestada através dum conjunto de comportamentos usuais nas crianças que sofrem.

Na perspectiva de LEVIN (1984), a idade da criança é consideravelmente significativa na percepção e na manifestação da dor.

Segundo o mesmo autor, as crianças possuem respostas psicológicas à dor que são nitidamente dependentes do seu estágio de desenvolvimento.

WHALEY e WONG (1989), descreve as reacções da criança à dor de acordo com o seu estágio evolutivo.

Lactente. Como já foi referido, o grau de percepção da dor no R.N., é controverso. Em certos casos, localizam a dor, ao reagirem por exemplo a uma injeção retraindo a perna.

Entre os 4 e 6 meses, para além de reagirem à estimulação dolorosa, reagem também a um conjunto de indícios do meio ambiente, demonstrando assim memória de experiências dolorosas anteriores.

As crianças do grupo **etário, 1º Infância**, continuam a reagir a qualquer experiência dolorosa real ou percebida como tal, com intensa perturbação emocional e resistência

física. Os comportamentos indicativos de dor compreendem irritabilidade, comportamento alterado, gritos e agressividade.

Por volta do fim deste período etário, são capazes de localizar verbalmente a sua dor. Embora não tenham desenvolvido a capacidade de descrever o tipo ou a intensidade da dor, são habitualmente capazes de localizá-la.

As crianças com idade **Pré-escolar**, quando sofrem, consideram esse sofrimento como uma punição pelos seus pensamentos ou acções. Podem perder as aquisições motoras e o controle dos esfíncteres.

A reacção à dor manifesta-se por: agressão, expressão verbal e dependência.

A agressão, nesta idade é mais específica e dirigida para uma meta.

A expressão verbal, constitui uma demonstração particular do progresso alcançado pela criança na resposta à dor. Tanto pode agredir verbalmente, como persuadir a pessoa a não realizar a actividade que provoqe dor.

A dependência, representa regressão a modos de comportamento mais estáveis e confortáveis. A ansiedade, o medo, a dor pode ser expressa através da recusa em brincar com outras crianças, voltar a meios não verbais de comunicação, desejar colo, ou recusar-se a ficar sózinho.

As crianças em idade **Escolar**, devido à maior capacidade de compreensão, podem sentir medo da lesão ou da morte. Tornam-se progressivamente solitárias, agressivas e de difícil comportamento.

Interessam-se e preocupam-se muito com a sua saúde ou doença. Mesmo as que raramente fazem perguntas, revelam, conhecimento detalhado da sua situação, conhecimento este que obtêm ouvindo atentamente tudo que é dito à sua volta.

Os Adolescentes, interessam-se mais pelo presente do que pelo passado ou futuro, o que os leva a preocuparem-se mais com as mudanças físicas do que com a dor.

A dor e a incapacidade são apercebidas pelo adolescente principalmente em termos de como cada uma delas afecta a visão de si próprio. Por conseguinte, são frequentes as depressões, a oposição e o retraimento.

Reagem à dor com auto-controle. A resistência física e a agressão são raras nesta idade, a menos que não tenham sido preparados previamente.

4 - AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

A dor é, de longe o motivo mais corrente que leva a procurar ajuda. É extremamente difícil de avaliar objectivamente, dado que, cada um percebe-a, descreve e relata a dor de forma diferente.

A avaliação objectiva da qualidade e da intensidade da dor na criança é um desafio para pais e profissionais de saúde.

Deverá basear-se na tão divulgada noção de dor de McCaffery, referida por vários autores entre os quais LEVIN (1984), "tudo o que a experiência pessoal diz que é e ocorre onde o doente diz que ocorre".

Na opinião de BURR (1988), 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 dadas à dor.

Para WHALEY e WONG (1989), a avaliação da dor envolve três áreas: observação, interrogatório e instrumentos de medição.

4.1 – OBSERVAÇÃO

A alteração do comportamento é um sinal decisivo ainda que um pouco indefinido de manifestação de dor. O papel fundamental dos pais nessa alteração é muito útil, uma vez que são eles que melhor conhecem a criança.

Segundo os mesmos autores as respostas à dor podem ser de ordem comportamental, fisiológica e psicológica.

As respostas comportamentais incluem:

- Actividade física alterada,
- Movimentos do tronco e extremidades,
- Expressões faciais,
- Dores e gritos característicos,
- Actividade motora específica.

As respostas fisiológicas compreendem alterações dos sinais vitais, transpiração, níveis de cortisol aumentados.

Quanto às respostas psicológicas a quantificação da dor, pode ser efectuada de uma forma projectada através da interpretação de desenhos ou pinturas, da identificação da dor a uma cor, de uma escala de cores que representam níveis diferentes da dor ou sofrimento, estas escalas serão por nós apresentadas mais adiante.

Quer seja através do protesto amargo quer da calma resignação, o comportamento de uma criança modifica-se em relação aquilo que é normal para ela enquanto indivíduo, assim como em relação ao seu estágio de desenvolvimento.

Depois de se compreender a criança, deve ligar-se esse conhecimento às várias teorias da dor e relacionar os vários componentes.

4.2 – INTERROGATÓRIO

O interrogatório deverá ser feito à criança e aos pais. Se a criança já fala poderá indicar-nos o local da dor. Os pais conhecem os seus filhos e são sensíveis às mudanças do seu comportamento. Com base nesta afirmação de WHALEY e WONG (1989), podemos dizer que são muito importantes as informações por eles dadas para uma correcta avaliação da dor.

Para além disso, as crianças confiam nos pais, sentem-se seguros com eles e é a eles que podem, melhor do que ninguém verbalizar as suas sensações e emoções.

Segundo GOODINSON (1988), o comportamento anterior da criança perante experiências dolorosas, tais como vacinações, punções venosas, etc, podem fornecer uma base para avaliar o problema actual.

4.3 – INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO

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), 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 5 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.

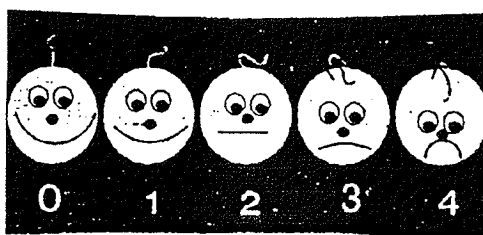


Figura 1
Escala das faces

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.

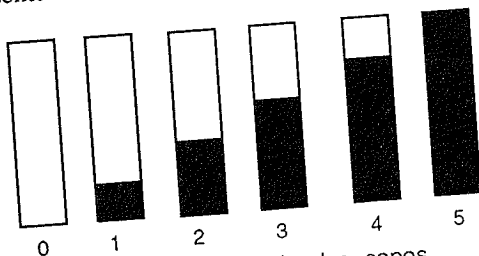


Figura 2 — Escala dos copos

O termómetro da dor consiste na manipulação de um indicador elástico vermelho para mostrar graus de dor variados.

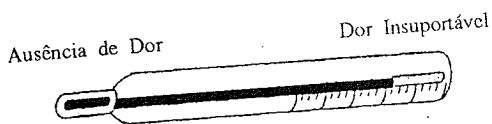


Figura 3 — Termómetro de dor

A escala numérica (fig 4), 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).

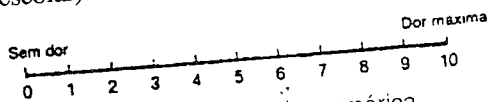


Figura 4 — Escala numérica

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.

5 - O ALIVIO DA DOR

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

5.1 - TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

O tratamento farmacológico é feito através de analgésicos. 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, GOODINSON (1988).

Contudo 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%.

O mesmo autor 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 da administração é importante, e a via oral é a mais aceitável e eficaz. É sabido que a maioria das crianças recebem as injeções por serem dolorosas.

5.2 - 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, 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 resolve não só a preocupação com as coisas que são importantes para ela, como também toda uma prática de perguntar, acreditar, aceitar e ensinar a criança, de forma a desenvolver nela o amor próprio e a confiança.

Assim juntos, a criança e os que cuidam dela poderão controlar a dor.

Estratégias de luta psicológica. ELLIOT e OLSON, referidos por BURR (1988), descobriram que 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.

6 - CONCLUSÃO

Falar sobre dor no contexto da Saúde Infantil é como começamos por dizer um desafio. Foi este desafio que nos propusémos enfrentar com a realização do presente trabalho, conscientes da amplitude do tema e do muito que ficou por abordar.

Embora a valorização da dor na criança ainda esteja na sua fase inicial, muito já foi feito nos últimos anos. Os vários estudos efectuados, alguns referidos por nós 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 dor.

Démos ênfase, ao longo deste trabalho à avaliação e alívio da dor na criança. Focámos diversas formas de avaliação da dor e ficámos a saber que a dor na criança é uma realidade que deve ser valorizada e à

qual se deve proporcionar um alívio adequado.

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

A cuidadosa 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.

Por outro lado, as investigações neste campo são ainda poucas e seria recomendável a sua intensificação e divulgação.

Para terminar, apoiamo-nos em BURR (1988), quando diz "uma criança que sofre e cuja dor podia ser aliviada não é de maneira nenhuma um exemplo de boa enfermagem".

BIBLIOGRAFIA

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen - *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara, 1989.

BURR, Sue - *A dor na Infância*. "Nursing", Lisboa, 1 (10), Novembro, 1988, p. 41-45.

GOODINSON, Susan M. - *O alívio da dor: intervenções farmacológicas*. "Nursing", Lisboa, 1(11), Novembro, 1988, p. 26-32.

LEVIN, Melvin D. - *Dores recidivantes na Infância*. Rio de Janeiro, Interlivros, 1984, p. 995-1013 (clínicas Pediátricas da América do Norte, 5).

PIMENTEL, J. Carlos - *A dor na criança*. "Divulgação", Porto, 4 (24), Outubro, 1992, p. 10-21.

WAHLEY, Lucille F., WONG L. - *Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efectiva*, 2.^a edição, Rio de Janeiro, editora Guanabara, 1989.