



Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de qualidade

Assessment and characterization of pain in children: the use of quality indicators

Evaluación y caracterización del dolor del niño: uso de indicadores de calidad

Ligyana Korcki de Candido¹; Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla^{II}

RESUMO: A dor, quando não tratada, pode causar danos e limitações à criança. Portanto, sua identificação e alívio devem ser uma prioridade nos serviços de saúde. Os objetivos deste estudo foram: utilizar indicadores de qualidade no gerenciamento da dor infantil para avaliar o perfil de uma unidade pediátrica quanto à prevalência, intensidade, tratamento e alívio da dor, e condição de alta hospitalar. Trata-se de um estudo avaliativo, retrospectivo, quantitativo, realizado por meio da análise de 385 prontuários de crianças internadas na unidade pediátrica do Hospital Universitário de Londrina-PR, em 2011. A prevalência da dor nos pacientes foi de 58,7%. Destes, 31,7% sentiram dor leve; 9,2% dor moderada; e 7,7% dor intensa; entretanto, 51,4% não tiveram a intensidade de sua dor quantificada. O tratamento mais utilizado foi o farmacológico (90,1%), ocorrendo alívio da dor em 62,0% dos casos. Conclui-se que a identificação, a avaliação e o manejo da dor na criança precisam ser mais eficazes.
Palavras-Chave: Dor; prevalência; indicadores de qualidade em assistência à saúde; enfermagem pediátrica.

ABSTRACT: Pain, if untreated, can cause harm and limitations in children. Therefore, health services must make a priority of identifying and relieving such pain. This study used quality indicators for children's pain management in order to profile a pediatric unit in terms of the prevalence, intensity, treatment and relief of pain, and assessed the children's condition on hospital discharge. It was an retrospective, quantitative evaluation study, conducted by analyzing medical records of 385 children hospitalized at the Pediatric Unit of the University Hospital of Londrina, Paraná, in 2011. The prevalence of pain in these patients was 58.7% (n = 226), of whom 31.7% felt mild pain, 9.2% moderate pain, and 7.7% severe pain. However, in 51.4%, pain intensity was not quantified. The most common treatment was pharmacological (90.1%), and produced pain relief in 62.0% of cases. In conclusion, the identification, assessment and management of pain in children needs to be more efficacious.

Keywords: Pain; prevalence; quality indicators, health care; pediatric nursing.

RESUMEN: El dolor, si no se cuida, puede provocarle daños y limitaciones al niño. Por lo tanto, su identificación y alivio deben ser una prioridad en los servicios de salud. Los objetivos de este estudio fueron: uso de indicadores de calidad en el manejo del dolor del niño para evaluar el perfil de una unidad pediátrica en cuanto a la prevalencia, intensidad, tratamiento y alivio del dolor; y las condiciones del alta hospitalaria. Se trata de un estudio evaluativo, retrospectivo, cuantitativo, realizado a través del análisis de las historias clínicas de 385 niños ingresados en la Unidad de Pediatría del Hospital Universitario de Londrina, Paraná, en 2011. La prevalencia del dolor en estos pacientes fue de 58,7%. De éstos, un 31,7% consideró el dolor ligero, 9,2% moderado, y 7,7% dolor fuerte, no obstante, un 51,4% no cuantificó la intensidad de su dolor. El tratamiento más común fue farmacológico (90,1%) y en 62% de los casos se obtuvo el alivio del dolor. Se concluye que la identificación, la evaluación y la gestión del dolor en los niños tienen que ser más eficaces.

Palabras Clave: Dolor, prevalencia, indicadores de calidad en atención de salud, enfermería pediátrica.

INTRODUÇÃO

A dor, sentimento presente desde o início da vida e durante o seu desenvolvimento, é um dos sentimentos mais antigos descritos pelo homem, assim como objeto de estudo de várias ciências¹. Entretanto, foi somente nas últimas três décadas que a dor na criança começou a ser particularmente estudada, o que possibilitou um grande passo no entendimento do seu mecanismo, acesso e manejo². Ainda assim, o manejo

adequado da dor na criança tem sido pouco valorizado e o conhecimento pouco aplicado em nosso sistema de saúde e, principalmente, na prática da enfermagem³.

Diversos autores tentaram explicar, conceituar e definir a dor. A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) define a dor como: "Uma experiência sensorial e emocional indesejada, associada com lesão real ou potencial do tecido, ou descrita em

^IEnfermeira. Residente de Enfermagem em Saúde da Criança, Universidade Estadual de Londrina. Paraná, Brasil. E-mail: ligyanakorcki@gmail.com.

^{II}Enfermeira. Doutora em enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem, Área de Saúde da Criança, Universidade Estadual de Londrina. Paraná, Brasil. E-mail: maurentacla@gmail.com.

termos de tal dano"^{4,21}. E acrescenta que a inabilidade em comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de uma pessoa estar experienciando a dor e necessitar de seu tratamento e alívio. Cada indivíduo atribui o significado da palavra dor de acordo com as experiências vivenciadas. A dor, portanto, é subjetiva⁴.

Outros autores definiram a dor como um fenômeno multifatorial, pois abrange estimulação física, mudanças anatômicas e fisiologia sensorial, decorrente de diversos fatores etiológicos. A teoria do portão de controle da dor sugere que ela deve ser compreendida em termos de uma via estímulo-resposta, sendo esta complexa e mediada por uma rede de processos interativos⁵.

Embora possa ser útil, demonstrando que algo não está bem, a dor é indesejada. O homem evita a dor e busca nas ciências da saúde todos os meios para combatê-la⁶. Infelizmente, a dor pediátrica é um problema pouco reconhecido⁷, mesmo sendo uma experiência comum e perturbadora na criança⁸.

Os mesmos avanços alcançados para o alívio da dor nos adultos, nos últimos anos, não se aplicam às crianças nas mesmas proporções. A dor na criança ainda necessita ser devidamente investigada, pois a prevenção, diagnóstico e alívio ainda estão rodeados de mitos e incertezas⁸. Acredita-se que concepções errôneas, conhecimentos e práticas ultrapassadas contribuam para a ocorrência desse fato⁹.

Entre os mitos que permeiam a assistência à dor na criança, destacam-se: a idéia da imaturidade do sistema nervoso, o que levaria a pensar que a dor não é sentida pela criança com a mesma intensidade do adulto; a criança não possui memória para a dor; e metaboliza analgésicos de uma forma diferente dos adultos, o que levaria a intoxicações e depressão respiratória^{1,8,10}.

Ao contrário do que muitas vezes se pensa, a criança possui memória para a dor e pode evitar cuidados médicos futuros, caso tenha vivenciado situações dolorosas não tratadas em hospitais. A dor não tratada no começo da vida pode repercutir nas dimensões psicofísica e social por um longo período de tempo, além de causar permanentes danos no sistema nervoso da criança, o que afetará o desenvolvimento e turas experiências dolorosas^{7,11}.

A dor causa danos e limitações à criança, compromete suas atividades cotidianas, altera seu comportamento e prejudica sua evolução clínica, quando não tratada ou subtratada^{12,198}.

Nesse contexto, a avaliação da dor é o primeiro passo para se alcançar o tratamento eficaz, seja ele farmacológico, não farmacológico ou associado⁸. Consequentemente, o desenvolvimento de adequados instrumentos de avaliação da dor pediátrica é fundamental para que a avaliação não se torne subjetiva. No emprego desses instrumentos, deve-se levar em consideração a faixa etária, a condição clínica e o comprometimento neurológico da criança^{9,12}.

Dessa maneira, os instrumentos de medida de dor são divididos em três categorias: autorrelato, observação do comportamento e instrumentos compostos de medida de dor⁹, podendo ser uni ou multidimensionais¹². A dificuldade na avaliação da dor na criança é inversamente proporcional à idade, visto que a criança de maior idade é capaz de verbalizar a sua dor, ao contrário do recém-nascido e lactente⁸. A terapêutica escolhida também deve considerar a faixa etária, a condição clínica, o tipo e a intensidade da dor. É preferível que se associe medidas farmacológicas e não farmacológicas, sendo, portanto, fundamental o conhecimento do enfermeiro para prescrever medidas não farmacológicas para o alívio da dor¹².

Sabendo-se que muitas dores podem ser prevenidas, tratadas ou ao menos reduzidas utilizando-se medicações de baixo custo, técnicas físicas e/ou psicológicas, não há razão para que muitas crianças no mundo não recebam tratamento adequado⁷.

Evitar a dor de uma criança deve ser uma obrigação ética e humanitária⁸, além de um direito previsto em lei. O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente define os direitos desses clientes na Resolução n° 41, de outubro de 1995, sendo que no artigo 7° estabelece o *direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la*¹³. Faz-se necessário, portanto, que o alívio da dor na criança se torne uma prioridade para todos os profissionais de saúde⁷.

Diante da problemática da subidentificação e tratamento inadequado da dor na criança, os objetivos desta pesquisa foram: utilizar os indicadores de qualidade do gerenciamento da dor infantil para avaliar e obter o perfil de uma unidade pediátrica quanto à prevalência, intensidade, tratamento e alívio da dor na criança; e verificar sua condição de alta hospitalar relacionada ao processo doloroso.

REVISÃO DE LITERATURA

A cada dia é mais evidente o papel do enfermeiro na gestão dos serviços de saúde e na busca pela melhoria da qualidade na assistência. Dessa maneira, é fundamental o uso de indicadores de qualidade que possibilitem a avaliação da assistência ao longo do tempo e permitam a comparação com referenciais internos e externos^{12,14,15}.

Uma iniciativa que visa à melhoria da assistência à saúde da criança é o automonitoramento nos serviços de saúde, que possibilita a avaliação dos esforços da equipe de saúde para a melhora da qualidade, bem como fazer mudanças em resposta às necessidades que surgirem desta avaliação⁹. A fim de melhorar a qualidade da assistência à criança, bem como o acesso e tratamento de sua dor, é imprescindível que seja realizado o gerenciamento da dor infantil por intermédio de indicadores de qualidade¹².

Outras vantagens resultantes dos esforços para a melhoria da qualidade do manejo da dor são a redução dos custos hospitalares, a abreviação da permanência do paciente no hospital e a redução do risco de erro médico¹⁶. O mesmo autor também demonstra a importância de se identificar estratégias de medida e indicadores de qualidade de manejo da dor e recomenda a padronização das medidas dos resultados que serão usados na avaliação da qualidade da assistência¹⁷.

É necessário compreender que as decisões baseadas em evidências fornecem uma forte justificativa para o desenvolvimento de políticas que propiciem mudanças na prática clínica e, conseqüentemente, uma melhor assistência⁹.

Portanto, a utilização dos indicadores de qualidade possibilita não só a melhoria do processo de cuidar, bem como dos registros da prática de enfermagem. Fornece informações que poderão subsidiar a tomada de decisões, assim como o desenvolvimento de políticas institucionais e públicas em saúde, que visem à melhoria da qualidade da assistência no manejo da dor infantil.

METODOLOGIA

Estudo avaliativo, retrospectivo, de abordagem quantitativa, realizado em prontuários de população infantil da unidade de internação pediátrica do Hospital Universitário de Londrina (HUL), órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina (UEL), de nível terciário, de natureza pública, localizado na cidade de Londrina, Paraná, Brasil.

A amostra compreendeu 385 prontuários de crianças de faixa etária de 0 a 13 anos, internadas no período de janeiro a dezembro de 2011. O tamanho da amostra (n=385) foi determinado por meio de cálculo estatístico, considerando os parâmetros de valores do desvio-padrão do nível de confiança (z), nível de precisão desejada (p), e desvio-padrão da população (s).

Os dados relacionados à caracterização do perfil da amostra (idade, sexo, acompanhante), do perfil das internações (total de dias, clínica, diagnóstico/Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID10)¹⁸ e à caracterização, avaliação e tratamento da dor (nos dois primeiros dias de experiência da dor) foram coletados pela pesquisadora em prontuários impressos fornecidos pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) do HUL. Nos prontuários impressos, analisou-se, primeiramente, a prescrição de enfermagem (sinais vitais e anotação). Em casos nos quais se encontraram informações contraditórias ou incompletas, utilizou-se, também, a prescrição médica. Durante a análise, foram considerados como dor não *quantificada* os casos em que a dor não estava

registrada numericamente como sinal vital, mas era descrita na anotação de enfermagem.

Os critérios de inclusão foram: crianças que se situavam na faixa etária prevista e internadas na unidade pediátrica no período de janeiro a dezembro de 2011. Os critérios de exclusão foram: crianças com prontuários não encontrados ou incompletos, nos quais não foram localizados os impressos de prescrição de enfermagem e prescrição médica. Não houve perdas na amostra durante o estudo. A amostra foi considerada aleatória devido a não intencionalidade da escolha dos prontuários no SAME, observando-se apenas os critérios definidos.

A unidade de internação possui 34 leitos pediátricos e adota o sistema de internação conjunta. Durante o ano de 2011, 685 crianças foram atendidas na unidade, somando um total de 1702 internações. Nos casos em que a criança foi internada mais de uma vez, optou-se por considerar a internação de maior duração de dias e que apresentasse registro completo em prontuário.

As escalas infantis para a avaliação da dor utilizadas na rotina da unidade de internação pediátrica são: a Escala Comportamental de Dor para Recém-Nascidos e Crianças de até 2 anos e 364 dias - *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)¹⁹ - e a Escala de Faces de Claro²⁰, para crianças com idade igual ou superior a 3 anos.

A escala NIPS é composta por cinco indicadores comportamentais e um fisiológico, nos quais a pontuação varia de 0 a 7, considerando-se dor para valores maiores ou iguais a 4¹⁹.

A Escala de Faces de Claro, por sua vez, utiliza a figura de um personagem conhecido das crianças brasileiras (Cebolinha, de autoria do cartunista Maurício de Souza), o que a torna mais atrativa e facilita a identificação da criança com a escala. O instrumento é composto de cinco imagens que partem da expressão sem dor até a dor insuportável e acompanham uma escala alfanumérica, na qual 0=sem dor, 2=dor moderada, 3=dor forte, e 4=dor insuportável²⁰.

A análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa *Microsoft Excel*® e as fórmulas dos indicadores de qualidade para a avaliação da prevalência da dor na criança; taxa de ocorrência de dor leve, moderada e intensa; taxa de tratamento farmacológico, não farmacológico e associado na criança com dor; e taxa de crianças com dor na alta hospitalar¹².

O estudo foi realizado em conformidade com as exigências da Resolução n° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, com aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina (CEP/UEL), parecer n° 310/2011, CAAE 0292.0.268.00011. A pesquisadora assinou o termo de confidencialidade e sigilo dos dados, assegurando a conduta ética na pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos sujeitos

Os dados coletados em prontuários (n=385) mostram que 246(64%) crianças internadas no período eram do sexo masculino e 139(36%) do sexo feminino. Em relação à faixa etária, 158(41%) crianças tinham entre 0 a 2 anos; 127(33%) entre 3 a 7 anos; e 100(26%) entre 8 a 13 anos.

A média do tempo de internação na Unidade Pediátrica foi de 4,5 dias, sendo a mãe a companhia mais frequente em 335(87%) internações; seguida do pai, em 27(7%), e de outros acompanhantes (avós, tios e irmãos), em 19(5%); Apenas 4(1%) crianças eram institucionalizadas e encontravam-se desacompanhadas. Deve-se lembrar que o hospital em estudo adota, há muitos anos, o sistema de internação conjunta, tendo reconhecido a importância da presença dos pais na recuperação da criança, uma vez que influencia no modo em que a criança interpreta, expressa e responde à experiência da dor²¹.

Quanto à clínica responsável pela internação, 206(53,5%) crianças foram atendidas pelo Pronto-Socorro Pediátrico; 73(18,9%), pela Cirurgia Infantil e Pronto-Socorro Cirúrgico; 47(12,3%), pela Ortopedia e Pronto-Socorro Ortopédico; os 59(15,3%) restantes, por outras clínicas.

Verificou-se, também, que os diagnósticos mais frequentes foram doenças do aparelho respiratório em 65(16,9%) pacientes; Lesões, Envenenamento e outras Consequências de Causas Externas em 55(14,3%); e Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas em 53(13,8%), conforme a Tabela 1.

A questão da dor infantil

A prevalência da dor durante o período de internação da amostra pesquisada foi de 226(58,7%). Avaliando-se os dois primeiros dias em que a criança experimentou o fenômeno da dor, com relação aos três períodos do dia, verificou-se que houve maior prevalência da dor durante o período da noite, 142(62,8%) e 70(31%), respectivamente, no primeiro e segundo dias, como mostram as Tabelas 2 e 3. Resultados semelhantes

Tabela 1: Distribuição dos pacientes por diagnóstico de internação, na unidade pediátrica do Hospital Universitário de Londrina. Londrina, Paraná 2013.

Diagnósticos ^(*)	f	%
Doenças do aparelho respiratório	65	16,9
Doenças do aparelho digestivo	41	10,6
Doenças do aparelho geniturinário	44	11,4
Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	53	13,8
Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	55	14,3
Outros diagnósticos	127	33,0
Total	385	100,0

^(*) Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID1018.

Tabela 2: Indicadores de qualidade relacionados à dor na criança, por período, no primeiro dia de experiência da dor de pacientes internados em Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina, Londrina, Paraná, 2013.

Dia/período	1ª manhã		1ª tarde		1ª noite	
	f	%	f	%	f	%
Intensidade da dor						
Leve	30	46,2	31	35,6	45	31,7
Moderada	6	9,2	8	9,2	13	9,2
Intensa	5	7,7	3	3,5	11	7,7
Não quantificada	24	36,9	45	51,7	73	51,4
Total de crianças com dor^(*)	65	100,0	87	100,0	142	100,0
Manejo da dor						
Farmacológico	43	66,2	79	90,8	128	90,1
Não farmacológico	4	6,1	-	-	4	2,8
Associado ^(**)	-	-	-	-	-	-
Não registrado	18	27,7	8	9,2	10	7,1
Total de crianças com dor^(*)	65	100,0	87	100,0	142	100,0
Alívio da dor						
Melhora	33	50,8	49	56,3	88	62,0
Sem melhora	13	20,0	16	18,4	30	21,1
Não registrado	19	29,2	22	25,3	24	16,9
Total de crianças com dor^(*)	65	100,0	87	100,0	142	100,0

^(*) A mesma criança pode ter experimentado dor em mais de um período no dia.

^(**) Associação entre o tratamento farmacológico e não farmacológico.

Tabela 3: Indicadores de qualidade relacionados à dor na criança, por período, no segundo dia de experiência da dor de pacientes internados em Unidade Pediátrica do Hospital Universitário de Londrina, Londrina, Paraná, 2013.

Dia/período	2ª manhã		2ª tarde		2ª noite	
Intensidade da dor	f	%	f	%	f	%
Leve	10	17,8	18	39,1	39	55,7
Moderada	8	14,3	2	4,3	9	12,9
Intensa	8	14,3	1	2,2	2	2,8
Não quantificada	30	53,6	25	54,4	20	28,6
Total de crianças com dor^(*)	56	100,0	46	100,0	70	100,0
Manejo da dor						
Farmacológico	46	82,1	40	87,0	63	90,0
Não farmacológico	1	1,8	2	4,3	2	2,9
Associado ^(**)	-	-	1	2,2	1	1,4
Não registrado	9	16,1	3	6,5	4	5,7
Total de crianças com dor^(*)	56	100,0	46	100,0	70	100,0
Alívio da dor						
Melhora	32	57,2	20	43,5	40	57,2
Sem melhora	11	19,6	14	30,4	15	21,4
Não registrado	13	23,2	12	26,1	15	21,4
Total de crianças com dor^(*)	56	100,0	46	100,0	70	100,0

(*) A mesma criança pode ter experimentado dor em mais de um período no dia.

(**) Associação entre o tratamento farmacológico e não farmacológico.

foram encontrados em estudo realizado também em hospital universitário brasileiro, que analisou a prevalência da dor na criança considerando os relatos da própria criança, dos seus familiares e dos profissionais de saúde. A prevalência da dor encontrada no referido estudo foi de 59%, segundo relato da criança; 49%, conforme familiares; 50%, de acordo com enfermeiros; e 38%, segundo a equipe médica²².

Quanto à intensidade, manejo e alívio da dor nesses períodos de maior prevalência, observou-se que a maioria das crianças experienciaram dor de intensidade leve, seguida de dor moderada e intensa, segundo as Tabelas 2 e 3. Comparando-se com outra pesquisa, já citada anteriormente, a qual classificou a dor em leve e intensa, considerando o relato das crianças e de seus familiares, foi observada uma maior prevalência de dor intensa. As crianças relataram dor intensa em 22% dos casos e leve em 17%; já seus familiares mencionaram a dor da criança como intensa em 24% dos casos e leve em apenas 3%²².

A menor prevalência de dor moderada e intensa no presente estudo pode ser explicada pelo tratamento e alívio da dor enquanto dor leve, ou considerando-se o fato de que muitas crianças sentiram dor, mas não tiveram a intensidade de sua dor quantificada pela equipe de enfermagem. Outros estudos também demonstram a falta de registro adequado, considerando a avaliação e manejo da dor pediátrica em prontuários^{3,22,23}. A partir desses achados, conclui-se que a dor ainda é subnotificada, o que pode resultar em tratamento inadequado.

É muito importante quantificar a dor, para melhor compreendê-la²⁴. Dessa forma, é possível orientar o melhor método analgésico, avaliar se houve melhora

ou piora da dor e, ainda, se os métodos utilizados foram eficazes. Entretanto, a dor deve ser tratada independente de sua intensidade, ou seja, sempre que houver dor, pois é um direito legal da criança¹³. Além disso, quando não prevenida ou tratada a dor leve, o processo doloroso pode ser amplificado, tornando mais difícil o seu controle²⁵. A criança nunca deve ser estimulada a tolerar a dor ou esperar que ela diminua sozinha³; seus relatos e expressões necessitam ser sempre considerados.

Quanto ao manejo da dor, no presente estudo, esse foi realizado mediante conduta farmacológica em 128(90,1%) casos na primeira noite; e de maneira não farmacológica em 4(2,8%); não foram registradas 10(7,1%) condutas. Já na segunda noite, o manejo da dor foi farmacológico em 63(90,0%) casos; não farmacológico em 2(2,9%) casos e associado, em 1(1,4%); nesse período, 4(5,7%) condutas não foram registradas, conforme Tabelas 2 e 3. Em outro estudo, realizado em 2004, nesse mesmo hospital universitário e em dois hospitais privados da cidade de Londrina-PR, referente à dor pós-operatória na criança, também foi constatado que a maioria dos métodos utilizados para alívio da dor foi farmacológica, sendo reduzida a prescrição de métodos não farmacológicos. A maioria das prescrições de enfermagem não era precisa com relação ao controle algico, assim como o registro de sinais e queixas de dor nos prontuários³.

Considerando-se que a definição da dor é multi-dimensional, assim também deve ser seu tratamento, associando-se terapias farmacológicas e não farmacológicas sempre que possível^{12,23}. As medidas farmacológicas mais utilizadas são os anti-inflamatórios não

esteroidais, opioides e analgésicos adjuvantes²³. Entre as medidas não farmacológicas, destacam-se métodos de distração, relaxamento e conforto; bolsa de água quente; sucção não nutritiva; carinho; acalanto; atividades lúdicas e conversa explicativa sobre a dor^{23,26,27}. A associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, além de potencialmente eficaz, não é onerosa para a instituição, uma vez que as medidas não farmacológicas são facilmente disponíveis, de baixo custo e não causam inconvenientes na maioria das situações clínicas²⁸.

Com relação ao alívio da dor após o seu manejo, houve registro de melhora em 88 (62,0%) casos; não houve melhora em 30 (21,1%); e não houve registro em 24 (16,9%) na primeira noite. Assim como na segunda noite, na qual houve melhora em 40 (57,2%), não houve melhora em 15 (21,4%) e não foram registradas 15 (21,4%) condutas realizadas para o alívio da dor da criança, segundo as Tabelas 2 e 3.

Em estudo realizado no ano de 2007, com pais que acompanhavam crianças internadas no mesmo hospital universitário da presente pesquisa, constatou-se a melhora da dor na maioria dos casos após o tratamento farmacológico e não farmacológico. Entretanto, o tratamento não farmacológico não foi prescrito pelo enfermeiro e sim realizado pelos pais, que aplicaram conhecimento/medidas do *sensu comum*²⁷. É fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento e prescreva cuidados não farmacológicos para o alívio da dor¹². Muitas vezes, essas medidas são realizadas na rotina da unidade pediátrica, porém não são devidamente prescritas e registradas em prontuário.

Finalmente, durante o momento da alta hospitalar, embora 192 (50%) crianças não apresentassem dor, observou-se que 14 (3,5%) ainda sentiam dor e 179 (46,5%) não tiveram suas informações acerca da dor ou estado geral registradas em prontuário.

Calcula-se que as crianças vivenciaram o sofrimento da dor em média 2,7 dias durante a sua internação. No entanto, este número variou de 1 a 17 dias, estando, também, relacionado ao caso clínico da criança e total de dias de hospitalização. Sabe-se que os fatores situacionais podem afetar mais as crianças do que os adultos. Dessa maneira, faz-se necessária uma maior atenção na avaliação do processo doloroso em crianças hospitalizadas^{22,24}.

Segundo autores dos indicadores de qualidade utilizados nesse estudo¹², após três anos de gerenciamento dos indicadores relativos à dor na criança, foi possível identificar o perfil da criança com dor, as características de sua dor e os tratamentos empregados no seu alívio, além de compreender a contribuição da enfermagem na utilização de terapias não farmacológicas. Os autores também afirmam que a discussão dos resultados encontrados com a equipe de enfermagem favorece o engajamento da equipe na tentativa de melhorar a assistência à criança com dor, e, também, registrá-la

de maneira adequada¹², uma vez que a falta de registro pode resultar em consequências, não só assistenciais, mas também administrativas e financeiras²⁹.

CONCLUSÃO

A prevalência de dor na criança foi de 226 (58,7%) casos. Avaliando-se os dois primeiros dias em que a criança experimentou o fenômeno da dor, com relação aos três períodos do dia, verificou-se que houve uma maior prevalência da dor durante o período da noite, no primeiro e segundo dias.

Quanto à intensidade do fenômeno da dor no período mais prevalente, ela variou entre leve, moderada e intensa; entretanto, a maioria não teve a intensidade de sua dor quantificada. Quanto ao manejo da dor, foi realizada conduta farmacológica na maioria dos casos, resultando em alívio da dor. Durante o momento da alta hospitalar, ressalta-se que a metade da amostra não apresentou dor, embora reduzida parcela ainda a sentisse; parte significativa não continha esses registros em prontuário.

Conclui-se que a identificação da dor na criança necessita ser mais eficaz, bem como sua avaliação e manejo. Destaca-se que o estudo foi limitado pela falta de anotações adequadas em prontuários, o que demonstra a importância do comprometimento do profissional de enfermagem com o registro legal da prática da assistência. Dessa maneira, são necessários treinamentos adequados para os profissionais de saúde quanto à avaliação, ao manejo e ao registro da dor, além da realização de novos estudos para o melhor entendimento do processo doloroso na criança.

REFERÊNCIAS

1. Pulter ME, Madureira VSF. Dor no recém-nascido: percepções da equipe de enfermagem. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*. 2003; 2:139-46.
2. Walco GA, Goldschneider KR, organizadores. *Pain in children: a practical guide for primary care*. Springer, ed. Ilustrada; 2008.
3. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61:289-95.
4. Merskey H, Bogduk DN. Part III: pain terms, a current list with definitions and notes on usage. In: *Classification of Chronic Pain*. Seattle (USA): IASP Press; 2012. p. 209-14. [citado em 22 ago 2014]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=1698&navItemNumber=576>.
5. Melzack R, Wall PD. *Textbook of pain*. Edinburg (UK): Churchill Livingstone; 1999.
6. Horta WA. Dor: seu significado psicológico para estudantes e docentes de enfermagem e psicologia. *Rev Enferm: Novas Dimensões*; 1976; 2:1-4.

7. International Association for Study of Pain. Children's pain matters! Priority on pain in infants, children, and adolescents. Special interest group on pain in childhood; 2005. [cited in 2014 Oct 25]. Available from: <<http://childpain.org/sig-child-position-stmt.pdf>>.
8. Pimentel MH. Mitos e ideias incorretas acerca da dor na criança. *Nursing (Lisboa)*. 2001; 13:27-31.
9. Finley GA. Supporting evidence for childkind principles. 2010; [cited in 2014 Mai 10] 1-17. Available from: <http://aneswebout.tch.harvard.edu/sites/childkindinternational/files/2013/05/EvidenceChildKindPrinciplesPort.pdf>.
10. Ashwill JW. The child in pain. In: Ashwill, JW, Drosk, SC. *Nursing care of children: principles and practice*. Philadelphia (USA): WB Saunders Company; 1997. p. 514-31.
11. Schechter N, Berde C, Yaster Y, organizadores. *Pain in infants, children and adolescents*. Lippincott Williams & Wilkins. Seattle; 2003. p. 3-16.
12. Leão ER, Silva CPR, Alvarenga DC, Mendonça SHF e organizadores. *Qualidade em saúde e indicadores como ferramenta de gestão*. São Caetano do Sul: Yendis Editora; 2008. p.197-208.
13. Ministério da Justiça (Br). *Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados: Resolução nº 41/95*. Brasília (DF): CNDCA; 1995.
14. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011; 12:189-97.
15. Vituri DW, Matsuda LM. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. *Rev esc enferm USP*. 2009; 43:429-37.
16. Gordon DB, Dahl JL, Miaskowski C, McCarberq B, Todd KH, Paice JÁ, et al. American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer pain management. American Pain Society quality of care task force. *Arch Intern Med*. 2005; 165:1574-80. [cited in 2011 Oct 10]. Disponível em: <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/165/14/1574.pdf>.
17. Gordon DB, Pellino TA, Miaskowski C, McNeill JÁ, Paice JÁ, Laferriere D, et al. A 10-year review of quality improvement monitoring in pain management: Recommendations for standardized outcome measures. *Pain Management Nursing*. 2002; 3:116-30.
18. Ministério da Saúde (Br). DATASUS tecnologia da informação a serviço do SUS [site de Internet]. *Morbidade Hospitalar do SUS: CID-10 Capítulos*. [citado em 10 out 2011]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sih/mxqid10.htm>.
19. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw*. 1993; 12:59-66.
20. Claro MT. *Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar [dissertação de mestrado]*. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1993.
21. Pimenta CAM. Dor crônica, terapia cognitiva comportamental e o enfermeiro. *Rev Psiqu Clin*. 2001; 28:288-94.
22. Linhares MBM, Doca FN, Martinez FE, Carlotti AP, Cassiano RG, Pfeifer LI, et al. Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. *Braz J Med Biol Res*. 2012; 45:1287-94. [cited in 2014 Sep 10]. Available in: <http://www.scielo.br/pdf/bjmb/v45n12/2302.pdf>.
23. Macgrath PA. Children - not simply little adults. In: Merskey H, Loeser JD, Dubner R (organizadores). *The paths of pain*. Seattle (USA): Iasp Press, 2005. p.433-46.
24. Melo LR, Pettengill MAM. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2010; 10: 97-102.
25. Andrade MP. Dor pós-operatória: conceitos básicos de fisiopatologia e tratamento. *Rev Soc Bras Estudos Dor*. 2000; 2:7-14.
26. Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor realizado pela equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7:82-7.
27. Silva LDG, Tacla MTGM, Rossetto EG. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc Anna Nery*. 2010; 14:519-26.
28. Curtis S, Wingert A, Ali S. The Cochrane Library and procedural pain in children: an overview of reviews. *Evid.-Based Child Health*. 2012; 7:1363-99.
29. Claudino HG, Gouveia EML, Santos SR, Lopes MEL. Auditoria em registros de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev enferm UERJ*. 2013; 21:397-402.