

# UTILIZANDO INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR EM PRÉ-ESCOLARES FACE A PROCEDIMENTO DOLOROSO

## USING TOOLS FOR PAIN PERCEPTION ASSESSMENT IN HOSPITALIZED PRE-SCHOOL CHILDREN SUBMITTED TO PAINFUL PROCEDURE.

Lisabelle Mariano Rossato\*  
Margareth Angelo\*\*

ROSSATO, L.M.; ANGELO, M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.33, n.3, p.236-49, set. 1999.

### RESUMO

*Este estudo teve como objetivos: verificar se a escala de faces de intensidade de dor possibilita ao pré-escolar identificar sua experiência dolorosa; identificar comportamentos indicadores de dor em pré-escolares submetidos a procedimentos dolorosos; conhecer palavras utilizadas pelo pré-escolar para descrever a dor em relação a procedimentos dolorosos. Para tanto foram aplicados três instrumentos em 41 crianças hospitalizadas submetidas a curativo ou coleta de sangue. Os instrumentos utilizados foram escala de faces, indicadores comportamentais e palavras descritoras de dor. A maioria dos pré-escolares compreendeu e utilizou corretamente a escala de faces, o que foi evidenciado pelo movimento crescente 0 (sem dor) @ 4 (dor máxima) na escolha das faces antes e depois do procedimento doloroso. Os comportamentos choro, imóvel e franzir a testa predominaram como indicadores comportamentais, mostrando-se intensificados na vigência do procedimento. As verbalizações do pré-escolar relativas a sua dor revelaram uma tendência na utilização de termos concretos e de natureza avaliativa ou indicativa, resultando em conceitos variados e pouco precisos.*

UNITERMOS: Dor. Enfermagem pediátrica. Pré-escolar.

### ABSTRACT

*The aim of this study was evaluate the utilization of tools for pain perception assessment in 41 hospitalized pre-school children submitted to painful procedures: care of wounds or blood extraction. The utilized tools were the faces scale, behavioral indicators and words which describe the pain. Most of the pre-schoolers understood and correctly answered to the faces scale, which can be noticed by the crescent moviment 0 (no pain) @ 4 (maximum pain) during the choice of faces before and after the painful procedure. Crying, immotility and forehead wrinkling were the predominant behavioral indicators, intensified during the procedure. Pre-schoolers verbalizations about their pain showed up to be concret terms or evaluative-indicative nature, resultting in variable or weakly precise concepts.*

UNITERMS: Pain. Pediatric Nursing. Child, preschool.

## 1 INTRODUÇÃO

Apesar da dor ser uma experiência humana universal, passou a ser objeto de estudo apenas neste século, entre os anos 50 e 60. Em 1979, a Sociedade Internacional para Estudos da Dor conceituou-a como "uma experiência perceptual, sensorial e emocional desagradável que está descrita em termos de lesões teciduais reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar

este termo através de suas experiências juvenis e traumáticas..." (LE BARS; WILLER 1993).

As crenças de que a criança não experienciasse dor, além de não possuir capacidade de quantificar fenômenos abstratos, como a intensidade da dor, eram vigentes antes da década de 70 quando o interesse pela pesquisa da dor infantil teve início (MEDFORTH 1995). À partir da década de 80,

\* Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

\*\* Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP.

desencadeia-se um considerável aumento de investigações acerca da dor em criança., quando pesquisadores como HESTER (1979), ABU-SAAD (1984) e McGRATH; CRAIG (1989) apresentam evidências de que crianças são capazes de indicar os vários níveis de seu sofrimento, caso o adulto lhes proporcione instrumentos adequados como escalas, diagramas ou desenhos. Estes estudos passaram a constituir elementos que possibilitaram uma nova concepção acerca da dor em crianças.

No início das investigações sobre dor SCHULTZ (1971) já advertia que a resposta da criança ao fenômeno pode não ser tão imediata quanto a do adulto. Sendo assim, para atuar no alívio da dor da criança é preciso primeiro entender como ela percebe a dor e depois aprender a antecipar as medidas de alívio ou prevenção da mesma.

Apesar de estudos demonstrarem que crianças também possuem capacidade para experimentar dor, BEYER; WELLS (1989) ressaltam que a avaliação da dor pediátrica é um dos problemas mais desafiantes com que se deparam os provedores de assistência à saúde na infância. Mesmo parecendo claro este fato, muitos profissionais de saúde têm dificuldade em considerar a existência da dor na criança, talvez por ela não se expressar da mesma forma que os adultos e possuir uma forma peculiar de perceber a experiência.

AYNSLEY-GRENN; WARD-PLATT (1995), indicando algumas razões para explicar porque a dor em crianças não recebe a mesma atenção que nos adultos, ressaltam o fato de que os profissionais habitualmente não perguntam à criança se ela sente dor motivados, talvez, pelo desconhecimento de que as crianças menores têm maior dificuldade em comunicar se está sentindo dor, pela crença de que o comportamento de dor pode ser controlado pela contenção, que crianças passivamente aceitam e também pela possibilidade dos pais desconhecerem o que está sendo feito com seu filho.

Para avaliar a dor em crianças pequenas, como pré-escolares, é necessário enfatizar a sua maneira de perceber a experiência dolorosa, pois a criança desta faixa etária percebe a dor como uma experiência física e convive com ela de uma maneira egocêntrica, como mostram em seus estudos ABU-SAAD (1981), BAKER; WONG; QUEST (1987), HURLEY; WHELAN (1988) e STEIN (1995).

As crianças pré-escolares, geralmente, reagem a uma injeção demonstrando tanta preocupação pela retirada da agulha quanto pela dor real. Este fato é resultado do pensamento mágico característico da fase pré-escolar que, segundo PIAGET (1967), engloba as idades entre 2 e 7 anos.

Em função das limitações inerentes ao desenvolvimento da criança, inúmeros estudos têm

sido realizados objetivando identificar recursos que possam ajudar a criança, do pré-escolar ao adolescente, a apresentar informações sobre sua dor. Alguns destes instrumentos, ao longo dos anos, vêm se tornando bastante conhecidos e acessíveis aos profissionais de saúde, como o instrumento de cores de Eland (ELAND, 1981), a escala visual análoga, as escalas numéricas, a escala dos copos, a escala descritiva de palavras (BAKER; WONG; QUEST, 1987), (WONG; BAKER, 1988), (CLEVE; SAVEDRA, 1993), e a escala das fichas ou Hester's Poker Chip Tool (MACKEYD; JORDAN-MARSH, 1991). Estas escalas demandam certa escolaridade da criança, tanto de leitura de números como de compreensão do conceito cheio e vazio.

Dentre as diferentes escalas, a que parece ser mais adequada à criança pré-escolar que ainda não se alfabetizou ou recebeu conhecimentos aritméticos é a escala das faces que consiste numa técnica em que seis figuras de faces são mostradas à criança indicada por WONG; BAKER (1988). Nesta escala, a primeira figura é muito sorridente e as expressões vão se transformando, mostrando graus crescentes de tristeza, até chegar à última que é muito triste. Diante da escala, a criança escolhe a face que julga mais parecida com a sua própria, em situação de dor.

À partir desta primeira escala, outras começaram a ser desenvolvidas, propondo diversos estilos de faces. Destacamos em nosso meio, a pesquisa realizada por CLARO (1993), que desenvolveu e validou uma escala de faces para facilitar a abordagem do tema dor com a criança em idade escolar. A escala de faces construída pela autora segue o mesmo princípio de transformação de expressão facial, utilizando-se de figuras familiares à cultura da criança brasileira. Apesar da existência de instrumentos, pesquisas demonstram que a dor na infância continua recebendo atenção limitada e é tratada muito menos intensivamente que a dor no adulto, talvez porque a maioria dos enfermeiros ainda considere que a criança experimenta menos dor que o adulto, conforme observa SCHECHTER (1989) em seu um estudo. Quanto à submedicação um fenômeno presente na assistência à crianças com dor, esta tem sido motivada pelo temor de hábito e depressão respiratória e o desconhecimento dos efeitos psicológicos dos opiáceos no alívio da dor em crianças.

Apesar de estudos demonstrarem a possibilidade de cada um dos problemas serem passíveis de controle e prevenção, os mitos permanecem, devido às limitações de conhecimento e treinamento de profissionais em relação ao tema dor, desinformação e confusão entre os conceitos de tolerância, dependência física, psicológica e

depressão respiratória. Estes fatores podem dificultar a comunicação eficaz de idéias corretas acerca desse assunto, resultando numa avaliação pouco precisa da dor da criança e no manejo inadequado da mesma.

Ao longo de nossa experiência, é freqüente ouvirmos dos profissionais que a criança "faz manha" pois o procedimento não causa tanta dor. Como alguém pode decidir por outra pessoa se determinado procedimento causa ou não dor? Quando lembramos que procedimentos invasivos, sobretudo aqueles em que são utilizadas agulhas, remetem a criança ao conhecido pavor por estes instrumentos, causa-nos preocupação constatar que o adulto pode estar sendo incapaz de perceber o sofrimento da criança.

Na maioria dos hospitais é comum observar prescrições como rotina de um mesmo analgésico para todas as crianças internadas, independentemente de sua queixa. Tal fato leva-nos a indagar se a tolerância à dor de cada uma delas está sendo efetivamente considerado, bem como sua capacidade de comunicação, já que na maioria das vezes, as prescrições são atribuídas à condição "se necessário".

Dessa forma, percebemos que apesar de estudos sobre dor em criança estarem sendo publicados em diversos países, a pesquisa sobre dor infantil no Brasil permanece incipiente. Hoje contamos com alguns autores brasileiros que estudam o fenômeno dor, entre os quais, destacamos PIMENTA (1995) que tem realizado investigações sobre dor em adultos e CONCEIÇÃO; SILVA Jr.; ROBERGE (1985), VALLE; FRANÇOSO (1992) e CLARO (1993) com estudos sobre crianças.

Consideramos urgente e necessário ampliar estudos e publicações acerca do assunto, no âmbito da Enfermagem. Entendemos que a enfermeira encontra-se numa posição ideal para avaliar a dor da criança, influenciar o seu controle e ocasionalmente evitar a ocorrência de experiências dolorosas desnecessárias. Pode ainda utilizar-se dessa posição vantajosa para construir a abertura entre a pesquisa sobre dor e a prática clínica, na tentativa de diminuir ou aliviar o sofrimento infantil aprendendo a avaliar a criança com dor utilizando-se da grande variedade de abordagens disponíveis. Estas porém, não são considerações recentes. Há quase duas décadas, HESTER (1979) já ressaltava a importância das enfermeiras desenvolverem uma base sólida de conhecimentos sobre avaliação, planejamento, intervenção e evolução da criança com dor.

Ao falarmos em assistência efetiva e eficiente, não estamos nos referindo apenas a realização de procedimentos e utilização de medicamentos eficazes. Estamos apontando para outra maneira de

olhar a assistência, um estilo que percorre outro caminho, ou seja, a direção da assistência humanizada, a qual todos temos direito, sobretudo a criança que se às vezes não consegue comunicar-nos sua dor.

Nesse sentido, é essencial considerar os direitos da criança, indo além do problema de acreditar se a criança pode ou não sentir dor. Isto pressupõe uma reflexão do profissional em perguntar-se: a criança está sentindo dor? qual o impacto que a dor causa em sua vida? (ROSSATO; REZENDE, 1996).

A partir desses estudos e indagações e, preocupadas em contribuir com subsídios que possibilitem a avaliação da dor aguda da criança pré-escolar, bem como sua intervenção adequada, decidimos realizar esta pesquisa destinada a avaliar a experiência de dor aguda na criança pré-escolar, submetida a procedimento doloroso. A opção pela dor aguda se deveu ao fato de ser esta a natureza de dor mais comum que profissionais de saúde enfrentam com crianças hospitalizadas. Quanto à faixa etária pré-escolar, esta foi motivada pela complexidade que ela impõe à avaliação da dor e por existir um menor número de pesquisas envolvendo o pré-escolar.

## 2 OBJETIVOS

- Verificar se a escala de faces de intensidade de dor possibilita ao pré-escolar identificar sua experiência dolorosa;
- Identificar comportamentos indicadores de dor em pré-escolares submetidos a procedimento doloroso;
- Conhecer palavras utilizadas pelo pré-escolar para descrever a dor em relação a procedimento doloroso.

## 3 METODOLOGIA

### População

Foi constituída por 41 crianças pré-escolares, compreendendo o período de 3 a 6 anos de idade, que estavam sendo submetidas a procedimento doloroso.

A seleção das crianças bem como a entrevista e o preenchimento dos instrumentos foram realizados pela autora, obedecendo aos seguintes critérios de seleção :

- Estar na faixa etária pré-escolar (3 a 6 anos inclusive);

- Estar sendo submetida à realização de um procedimento doloroso, que para este estudo foram assim definidos: curativo, coleta de sangue ou retirada de scalp;

- Ser capaz de comunicar-se verbalmente e indicar suas necessidades.

### Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em unidades de internação pediátrica de dois hospitais públicos especializados em ortopedia e cardiologia da cidade de São Paulo, no período de agosto de 1995 a março de 1996.

A avaliação das respostas dos pré-escolares à dor aguda foi efetuada por meio da utilização de quatro instrumentos destinados a estimar as dimensões comportamental e perceptual da dor na criança.

- Instrumento I (Anexo 1) *Caracterização da população*, contendo: dados de identificação (nome, idade, sexo); dados da doença (diagnóstico, data de internação). Os dados de identificação (Anexo 1) foram obtidos através do prontuário da criança.

- Instrumento II (Anexo 2) – *Escala de faces*. Neste estudo, instrumento para a coleta de dados de intensidade de dor, foi uma das duas Escalas de Faces de CLARO (1993) (Anexo 2), já que a base desta escala é a identificação de vários níveis de intensidade de dor pela criança. A seleção de apenas uma das escalas, deveu-se a um processo de observação da preferência das crianças pela face do personagem utilizada no estudo. A aplicação do instrumento II (Anexo 2) aconteceu antes e após o término do procedimento doloroso, quando a criança foi solicitada a apontar na escala, a face que mais representava a sua dor. Para tanto, era explicado à criança que cada face correspondia a uma sensação no momento do procedimento doloroso, ou seja, a face 0 era sem dor, a face 1 uma dor leve, a face 2 uma dor moderada, a face 3 uma dor forte, e a face 4 uma dor insuportável. A seguir era solicitado à criança que escolhesse a face mais parecida com a sua antes e depois do procedimento doloroso.

- Instrumento III (Anexo 3) - *Indicadores Comportamentais*: o instrumento utilizado neste estudo foi adaptado a partir do estudo de ABU-SAAD (1984). Os Indicadores Comportamentais constituíram-se de uma lista de comportamentos que incluem vocalização (grito, suspiro, choro, gemido, soluço), expressão facial (abrir a boca, fechar os olhos, cerrar os dentes, arregalar os olhos, apertar os lábios, franzir a testa) e movimentos corporais (imóvel, agitado, protegido, encolhido, tenso). Para a aplicação do instrumento III (Anexo 3) observamos

os comportamentos da criança de acordo com os indicadores, antes do procedimento doloroso, durante a realização do mesmo e depois de finalizado, registrando todos os comportamentos apresentados.

- Instrumento IV (Anexo 4) - *Palavras Descritoras*. Este instrumento constava de uma questão norteadora que possibilitou a identificação de palavras mais utilizadas pelos pré-escolares na descrição de sua dor. O instrumento IV (Anexo 4) foi aplicado após o término do procedimento doloroso, quando foi formulada a seguinte questão à criança: "Como é a sua dor?". As respostas eram a seguir registradas utilizando-se as próprias palavras empregadas pela criança para a resposta.

## APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados foram organizados em gráficos e tabelas com percentagem e número absoluto sendo aplicados testes estatísticos aos resultados da escala de faces, julgados necessários segundo orientação estatística, com o objetivo de sumarizar as informações referentes aos "scores" obtidos para o Instrumento II, seguindo recomendação de SIEGEL (1975). Foram calculadas as médias e desvios-padrão de cada um dos grupos por sexo, idade e seus cruzamentos. Deve-se notar que estas medidas são de carácter exclusivamente descritivo, já que para os testes foram utilizados procedimentos não paramétricos, mais adequados para a mensuração utilizada ("scores").

Os Indicadores Comportamentais foram analisados segundo percentagem e número absoluto, e organizados em quadros de modo a evidenciar respectivamente, os comportamentos apresentados pelas crianças antes, durante e após os procedimentos. As palavras descritoras de dor foram analisadas em função dos significados que elas continham.

Foram aplicados os instrumentos em 44 crianças, sendo que 3 delas foram excluídas da amostra por não terem conseguido apontar na escala de faces a que mais representava a sua dor percebida antes do procedimento. Em virtude destas exclusões, a população total constituiu-se de 41 crianças.

### Caracterização da população

Na população estudada houve o predomínio do sexo masculino 28 (68,29%) e da faixa etária entre 5-6 anos 26 (63,41%) como podemos observar na Tabela 1:

**Tabela 1**-Distribuição das crianças de 3 - 6 anos segundo o sexo e a faixa etária. São Paulo, 1996.

Idade	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
3 - 4	12	29,27	3	7,32	15	36,59
5 - 6	16	39,02	10	24,39	26	63,41
<b>TOTAL</b>	<b>28</b>	<b>68,29</b>	<b>13</b>	<b>31,71</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

**Tabela 2** - Distribuição das crianças de 3 - 6 anos segundo diagnóstico. São Paulo, 1996.

Idade	3 - 6 anos	
	N	%
<b>Diagnóstico</b>		
Fratura supracondiliana de úmero	19	46,34
Fratura de fêmur	4	9,76
Fratura dos ossos da perna	2	4,88
Ferimento de mão	1	2,44
Ferimento de perna	1	2,44
Ferimento de pé	3	7,32
Correção de deformidade de MID	1	2,44
Correção de MSD (anóxia de parto)	1	2,44
Seqüela de pioartrite de quadril	1	2,44
Artrite reumatóide juvenil	1	2,44
Pseudoartrose	1	2,44
Luxação congênita de quadril (LCQ)	2	4,88
Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)	1	2,44
Comunicação interventricular (CIV)	1	2,44
Comunicação interatrial (CIA)	2	4,88
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

A alta incidência de afecções, determinadas por acidentes como causa de internação da população estudada, é o que mais chama a atenção, haja visto a ocorrência de 30 (73,18%) acidentes, dos quais 25 (60,98) resultaram em fraturas. Observamos na TABELA 2 que a fratura supracondiliana de úmero apareceu em maior número 19 (46,34%). Segundo ALBERTONI; MATSUMOTO (1993), esta é a mais freqüente fratura do cotovelo em crianças e corresponde a aproximadamente 60 a 70% das lesões desta articulação. Ocorre geralmente entre os 3 e 10 anos de idade, abrangendo mais as crianças entre 5 a 8 anos, tendo maior prevalência no sexo masculino.

CLARO (1993) comenta que os índices de dor em membros superiores e inferiores de escolares encontrados em seu estudo, apresentam um componente que liga as atividades das crianças a acidentes, como quedas de bicicletas, quedas ao correr e pancadas, ocasionando ferimentos, fraturas ou traumatismos.

A prevalência do sexo masculino na população estudada deve-se possivelmente, ao fato dos meninos preferirem atividades lúdicas mais arriscadas do que as meninas, ocasionando maior número de fraturas e ferimentos. A mesma interpretação pode ser aplicada à faixa etária entre 5-6 anos a qual corresponde a maior autonomia da criança em andar e brincar sozinha, acarretando acidentes com maior freqüência.

Segundo ZUCKERMAN; DUBY (1985), o mundo da criança pré-escolar deixa de estar ligado apenas ao sistema sensitivo-motor elevando seu conhecimento para níveis mais elevados e baseados no uso de símbolos, sendo classicamente conhecido como pensamento pré-operacional. Nesse estágio, o pensamento pré-lógico da criança indica que ela não compreende totalmente as relações de causa e efeito e não pode generalizar a partir de experiências concretas. São estas características ilógicas e egocêntricas do pensamento que podem acarretar acidentes, acrescentam ZUCKERMAN; DUBY (1985).

As internações motivadas por correções de deformidades e malformações também configuraram como aspecto característico da população estudada. Segundo ALMEIDA (1996), a maioria das correções cirúrgicas cardíacas, principalmente as definitivas,

ocorre na faixa etária do pré-escolar, pois permite o fechamento espontâneo de algumas comunicações intercavitárias menores.

Os procedimentos dolorosos vivenciados pelas crianças deste estudo são mostrados na TABELA 3:

**Tabela 3** - Distribuição das crianças de 3-6 anos segundo procedimentos dolorosos realizados. São Paulo, 1996.

Procedimento doloroso	3 - 6 anos	
	N	%
Curativo	24	58,54
Coleta de sangue	15	36,58
Retirada de scalp	2	4,88
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

O curativo foi o procedimento mais observado 24 (58,54%), por decorrência do grande número de fraturas como motivo da internação, determinando correções cirúrgicas e conseqüente realização de curativos. A coleta de sangue foi outro procedimento observado 15 (36,58%) como rotina da internação para cirurgia. Segundo ELAND (1981), as crianças possuem sentimentos negativos em relação à injeções, pois vivenciam, freqüentemente, estas experiências associadas à dor durante a hospitalização. WONG; BAKER (1988) comentam

que punções venosas, picadas nos dedos e injeções são procedimentos comuns durante a internação das crianças, e são consideradas intervenções dolorosas pelas crianças.

#### Escolha de Faces Antes e Depois do Procedimento Doloroso

A quantificação da experiência dolorosa foi realizada antes e depois do procedimento doloroso, a partir da aplicação da Escala de Faces.

**Tabela 4** - Distribuição de crianças de 3-6 anos de acordo com a face escolhida antes e depois do procedimento doloroso. São Paulo, 1996.

Valores atribuídos às faces	Antes		Depois	
	N	%	N	%
0	14	34,15	4	9,76
1	14	34,15	10	24,39
2	6	14,63	12	29,95
3	2	4,88	5	12,19
4	5	12,19	10	24,39
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

Os resultados da TABELA 4 permitiram conhecer o comportamento geral da população estudada, diante da Escala de Faces, antes e depois do procedimento doloroso. Podemos observar que a maioria das crianças 28 (68,30%) escolheu as faces 0 e 1 antes do procedimento doloroso e que depois do mesmo, maior número de crianças 12 (29,27%) optou pela face 2. Atribuindo-se às faces valores de 0 (sem dor) a 4 (dor máxima), pôde-se obter a média de intensidade de dor que as crianças expressaram antes e depois do procedimento doloroso: média antes

= 1,3 e média depois = 2,2. Isto mostra que as crianças utilizaram as faces que indicam mais sofrimento para explicar sua experiência após o procedimento doloroso.

Estes resultados significam que as crianças estavam diante de uma experiência dolorosa, e indicaram acuradamente. CLARO (1993) mostra, em seu estudo, um alto índice de movimento crescente  $0 \Rightarrow 4$ , ou seja, um maior número de crianças na faixa etária escolar optando pela face 0 ao indicarem ausência de dor e um maior número de crianças

escolhendo as faces 3 e 4 para indicar dor. No mesmo trabalho, ao serem questionadas a respeito de como ficaram após alguma estratégia de alívio da dor, as crianças apontaram para as figuras de menor valor na escala.

Detalhando um pouco mais a análise dos

resultados, construímos o QUADRO 6, onde se pode observar, que das 41 crianças deste estudo, 7 (17,07 %) optaram pelo movimento decrescente (0-4). Neste estudo denominamos movimento decrescente a escolha por uma face de maior valor feita pelo pré-escolar depois do procedimento doloroso.

**Quadro 6** - Distribuição de crianças segundo sexo, faixa etária e opção pelo movimento decrescente (0  $\leftarrow$  4) durante a escolha das faces. São Paulo, 1996.

Criança (n <sup>o</sup> )	Sexo	Idade	Antes	Depois
27	M	4	3	2
36	M	4	4	1
11	M	5	1	0
12	M	6	4	0
35	M	6	2	1
5	F	5	4	3
9	F	6	4	2

Chamou-nos a atenção tal resultado, porém não consideramos que significa que as crianças não tenham entendido a Escala, já que elas espontaneamente, explicaram o motivo da escolha da face. Durante a coleta de dados deste estudo, notamos diversos acontecimentos, antes do procedimento doloroso, que podem ter influenciado estas respostas "decrementes", confirmando a percepção do entendimento da escala de faces pelas crianças.

A opção por um valor alto da escala de faces antes do procedimento doloroso, muitas vezes, deveu-se ao fato da criança já estar sentindo dor antes do procedimento doloroso (curativo ou coleta de sangue) e este atuar apenas como um agravante do sintoma algico. Algumas crianças demonstravam reações de medo à simples aproximação do profissional.

*"Tá doendo, não aperta, tio!"*

Outras ao verem o carrinho de curativo já começavam a gritar:

*"Ai, é ruim, eu não gosto de fazer curativo."*

*"Vai me cortar."*

Algumas crianças ao verem o técnico do laboratório já começavam a chorar e verbalizavam seu medo pela agulha.

*"Não quero tomar injeção."*

Não podemos deixar de destacar, também, o relato das crianças em que o medo permeava as situações, fazendo com que elas escolhessem as faces de maior valor, explicitando assim também seu sentimento em relação ao procedimento.

*"Minha dor não passa, tenho dor e medo junto no curativo."*

*"Tenho medo que dói."*

É preciso destacar que a maioria destas crianças explicou que antes do procedimento doloroso quase não sentia dor. Estes resultados evidenciam a presença do medo compondo a experiência dolorosa.

Nos resultados observamos ainda que 6 (14,63 %) crianças deste estudo mantiveram inalterada sua escolha de faces antes e depois do procedimento doloroso, como mostra o QUADRO 7.

**Quadro 7** - Distribuição de crianças segundo sexo, faixa etária e opção inalterada na escolha das faces. São Paulo, 1996.

Criança (n <sup>o</sup> )	Sexo	Idade	Antes	Depois
14	M	3	0	0
26	M	4	4	4
40	M	4	0	0
21	M	5	2	2
23	M	6	1	1
41	M	6	1	1

As evidências de que dispomos são insuficientes para fazermos interpretações precisas deste comportamento. É possível que estas crianças não tenham compreendido a Escala, como também é possível que elas estivessem num nível de ansiedade tal, que as impedisse de prestar atenção a qualquer solicitação externa. Ainda assim, temos uma tendência a acreditar que estas crianças poderiam estar com medo, e por isso sequer consideraram a solicitação para a utilização da escala.

### Indicadores Comportamentais

Os comportamentos indicadores de dor manifestados pelas crianças entre 3-4 ; 5-6 anos deste estudo estão apresentados nos QUADROS 8 e 9 para facilitar a visualização dos comportamentos por faixa etária.

**Quadro 8** - Distribuição de crianças de 3-4 anos (n=15) de acordo com os comportamentos indicadores de dor. São Paulo, 1996.\*

	Antes		Criança Durante		Depois	
	N	%	N	%	N	%
<b>vocalização</b>						
grito	6	40.0	8	53.33	2	13.33
suspiro	1	6.67	0	0	1	6.67
choro	12	80.0	13	86.67	10	66.67
gemido	0	0	0	0	3	20.0
soluço	0	0	0	0	0	0
	<b>19</b>		<b>21</b>		<b>16</b>	
<b>expressão facial</b>						
abrir a boca	10	66.67	8	53.33	5	33.33
fechar os olhos	6	40.0	7	46.67	1	6.67
arregalar os olhos	1	6.67	3	20.0	1	6.67
cerrar os dentes	0	0	0	0	0	0
apertar os lábios	0	0	0	0	0	0
franzir a testa	12	80.0	11	73.33	8	53.33
	<b>29</b>		<b>29</b>		<b>15</b>	
<b>movimentos corporais</b>						
imóvel	14	93.33	7	46.67	12	80.0
agitado	1	6.67	6	40.0	0	0
protegido	0	0	1	6.67	1	6.67
encolhido	2	13.33	3	20.0	2	13.33
tenso	1	6.67	2	13.33	1	6.67
	<b>18</b>		<b>19</b>		<b>16</b>	

\* as crianças apresentaram mais de um comportamento.

**Quadro 9** - Distribuição de crianças de 5-6 anos (n=26) de acordo com os comportamentos indicadores de dor. São Paulo, 1996.

	Antes		Criança Durante		Depois	
	N	%	N	%	N	%
<b>vocalização</b>						
grito	3	11,54	13	50,0	2	7,69
suspiro	0	0	0	0	0	0
choro	11	42,31	19	73,07	11	42,31
gemido	1	3,85	6	23,07	2	7,69
soluço	2	7,69	3	11,54	2	7,69
	<b>17</b>		<b>41</b>		<b>17</b>	
<b>expressão facial</b>						
abrir a boca	5	19,23	18	69,23	5	19,23
fechar os olhos	3	11,54	17	65,38	3	11,54
arregalar os olhos	2	7,69	2	7,69	1	3,85
cerrar os dentes	0	0	0	0	0	0
apertar os lábios	1	3,85	1	3,85	0	0
franzir a testa	12	46,15	20	76,92	11	42,31
	<b>23</b>		<b>58</b>		<b>20</b>	
<b>movimentos corporais</b>						
imóvel	25	96,15	23	88,46	26	100,0
agitado	1	3,85	4	15,38	0	0
protegido	1	3,85	1	3,85	0	0
encolhido	1	3,85	3	11,54	0	0
tenso	1	3,85	2	7,69	3	11,54
	<b>29</b>		<b>33</b>		<b>29</b>	

A análise dos resultados mostra uma resposta geral e difusa, ainda que o predomínio seja "choro" antes, durante e depois do procedimento doloroso, seguido pelo "grito". Analisando os QUADROS 8 e 9, observamos que, de todos os indicadores do instrumento, apenas "cerrar os dentes" não foi observado para os dois grupos de idade (3-4; 5-6 anos). Todos os demais foram utilizados pela criança para indicar dor. Notamos o predomínio dos comportamentos choro (vocalização), franzir a testa (expressão facial) e imóvel (movimentos corporais) durante o procedimento doloroso. Observamos que a vocalização "soluço", a expressão facial "cerrar os dentes" e "apertar os lábios" não foram apresentadas pelas crianças entre 3-4 anos em nenhum momento do procedimento doloroso, como mostram o QUADRO 8. Do mesmo modo, as crianças entre 5-6 anos não apresentaram a vocalização "suspiro" e a expressão facial "cerrar os dentes", também em nenhum momento do procedimento doloroso, como podemos observar no QUADRO 9. A expressão facial

"franzir a testa" prevaleceu, antes, durante e depois do procedimento doloroso seguida pela expressão "abrir a boca". Nos movimentos corporais, o comportamento "imóvel" aparece predominante antes, durante e depois do procedimento, muito provavelmente, devido à tensão e ao medo que a criança vivencia nestas situações. Esta percepção encontra outra evidência na ausência do comportamento "agitado" depois do procedimento doloroso, levando-nos a acreditar que tenha ocorrido pelo fato da criança sentir-se aliviada por ter acabado o procedimento, passando a ficar mais relaxada.

Os resultados deste estudo vêm corroborar os achados da pesquisa realizada por ABU-SAAD (1984) com crianças da faixa etária de 9-15 anos, na qual aparecem, também com maior frequência, os comportamentos franzir a testa (expressão facial) e imóvel (movimentos corporais). Além disso, é possível que a ausência do choro (vocalização) no estudo acima, deveu-se ao fato do escolar e do adolescente não manifestarem este comportamento

por vergonha, fato característico destas faixas etárias, o que não acontece com o pré-escolar.

BEYER; WELLS (1989), STEVENS; JOHNSTON (1992), ECOFFEY; DESPARMENT (1993) também ressaltam que os aspectos comportamentais que a criança com dor apresenta são a expressão facial, o choro e o movimento do corpo. Enfatizam ainda que estudos que utilizam várias abordagens para a avaliação da dor infantil indicam que a expressão facial é a resposta mais consistente. Entretanto, não há uma expressão facial precisa associada à dor. As ações faciais que mais contam para diferenciar a dor de outras condições são: sobranceira saliente, olhos fechados comprimidos, boca aberta, língua tensa e intensificação do sulco naso-labial.

ECOFFEY; DESPARMET (1993) explicam a razão dos comportamentos indicando que a dor produz uma angústia, uma agitação incontrolada na criança com o risco da retirada involuntária de curativos e drenos.

HESTER (1995) pressupõe que seja possível que os comportamentos representem a intensidade da dor ou que sejam a forma da criança preveni-la ou enfrentá-la.

O comportamento é um indicador presente na expressão da dor pela criança ou pelo menos do desconforto e é evidente que os resultados deste estudo confirmam a existência de dor ou desconforto.

### Verbalizações das crianças

Da população estudada, 14 crianças responderam à questão formulada, oferecendo algumas frases como respostas, e 8 crianças responderam "não sei" à questão.

Considerando-se que o objetivo do estudo era conhecer as palavras utilizadas pelo pré-escolar na descrição ou indicação de sua dor, as respostas serão apresentadas conforme a ocorrência por grupo de idade, como mostra o QUADRO 10.

**Quadro 10** - Palavras descritoras de dor segundo crianças entre 3 e 6 anos. São Paulo, 1996.

Idade (anos)	Resposta	Classificação*
3-4	"Dói a dor do nenê"	figura de linguagem
3-4	"É dodói"	figura de linguagem
3-4	"Dói bastante"	cognitiva-avaliativa
3-4	"É uma dor que dói"	figura de linguagem
5-6	"É quebrada a perna"	indicativa
5-6	"Dói pouco"	cognitiva-avaliativa
5-6	"Um pouco doída, pelo jeito tá muito quente"	sensorial-discriminativa
5-6	"Não doeu"	cognitiva-avaliativa
5-6	"Dói aqui"	indicativa
5-6	"Não dói nada"	cognitiva-avaliativa
5-6	"Dói muito. É ruim"	cognitiva-avaliativa
5-6	"Saiu do lugar o meu braço"	indicativa
5-6	"Os ferros"	indicativa
5-6	"Tava doendo muito"	cognitiva-avaliativa

\* adaptado de MELZACK (1975)

Tentando compreender as respostas obtidas, as mesmas foram analisadas frente à classificação de MELZACK (1975) para descritores de dor (sensorial-discriminativa, motivacional-afetiva e a cognitiva-avaliativa). Pode-se dizer que 6 respostas do estudo possuem um conteúdo cognitivo-avaliativo, indicado pelo uso de palavras que determinam um valor ou grau de dor (bastante, pouco, nada, muito). A classificação sensorial-discriminativa aparece como complemento de uma resposta, na qual a criança emprega a palavra quente, para referir-se a uma sensação térmica. A classificação motivacional-afetiva indicada por MELZACK (1975) não aparece nas respostas.

No entanto, surgem outras duas classes de respostas, não abordadas por MELZACK (1975), uma de natureza indicativa (4 respostas), quando a criança aponta a causa ou local da dor (é quebrada a perna, dói aqui), e outra quando a criança utiliza-se do pleonasma como resposta (dói a dor, é uma dor que dói).

Nestes casos, tanto o uso desta figura de linguagem como da resposta indicativa, podem sugerir o desconhecimento destas crianças do sentido da palavra dor. A mesma interpretação pode ser aplicada às 8 crianças que responderam "não sei" quando foram solicitadas a verbalizar sobre como era sua dor e às 19 crianças do estudo não responderam à questão do Anexo 4. Estas respostas

confirmam resultados de outros estudos relativos à compreensão que a criança tem da dor.

HURLEY; WHELAN (1988) afirmam que a criança, no estágio pré-operacional, compreende a dor como algo que a faz ficar doente, ou ainda, alguma coisa que fere seu corpo. Tanto STEIN (1995) como PRICE (1990) referem-se a habilidade de crianças de 3 ou mais anos de idade para identificar a localização de sua dor, bem como a capacidade na utilização de palavras descritivas de sua dor, ressaltando que o pré-escolar apresenta maior facilidade para identificar a localização da dor. Segundo HESTER (1995), as crianças pré-escolares utilizam-se de termos mais concretos para identificar a dor.

Comparando nossos resultados com outros estudos, encontramos achados semelhantes em ABU-SAAD (1984), que estudando crianças de 9 a 15 anos de idade, identificou, nesta faixa etária, a utilização de 17 palavras sensoriais-discriminativas e 1 cognitiva-avaliativa para descrição da dor e em JERRET; EVANS (1986) identificaram que crianças de 5 a 6 anos de idade utilizaram palavras sensoriais-discriminativas com mais frequência do que motivacionais-afetivas ou cognitiva-avaliativas.

Estes resultados, juntamente com os do nosso estudo, são evidências de que os relatos verbais de crianças pequenas não são acurados e que podem variar consideravelmente. Apesar desta variação e da pouca precisão encontrada nas respostas, não podemos concluir acerca de imaturidade cognitiva destas crianças, como tradicionalmente ocorre quando se toma por base a descrição do seu estágio de pensamento e a crença de que os conceitos são produto basicamente da estrutura cognitiva.

Hoje, novos paradigmas de análise dos comportamento da criança estão sendo propostos. YOOS (1994) em seu estudo, apresenta argumentos resultantes de pesquisa na área de inteligência humana, indicando que são as mudanças nos conteúdos (e não em estruturas cognitivas) que levam a pessoa a níveis mais elaborados de pensamentos. Nesse sentido, talvez o conhecimento demonstrado pela criança acerca da dor neste estudo, reflita seu pouco acesso a informações relevantes sobre sua dor, muito mais do que sua imaturidade cognitiva.

## CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo sobre a utilização de instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso, realizado com 41 crianças submetidas a curativo ou coleta de sangue, permitiram concluir que:

- Das 41 crianças do estudo, 28 (68,29%) tiveram uma tendência a escolher faces à direita na escala, resultando num movimento na escolha das faces, antes e depois do procedimento doloroso. A maioria das crianças escolheu faces que indicam maior sofrimento após o procedimento doloroso. Nesse sentido, pode-se concluir que estes pré-escolares compreenderam e utilizaram corretamente a escala de faces na identificação da dor que experienciavam.

- A população estudada exibiu um tipo de resposta comportamental geral e difusa. Ainda assim, houve um predomínio da categoria *choro* como vocalização, da categoria *imóvel* como movimento corporal e da categoria *franzir a testa*, como expressão facial, nos três momentos (antes, durante e depois do procedimento). Verificou-se no entanto, que tais categoria eram intensificadas bem como os demais, comportamentos durante o procedimento.

- Quando solicitados à descrever verbalmente a dor que experienciam, as respostas fornecidas por 14 pré-escolares do estudo, permitiram identificar a utilização de conteúdo cognitivo-avaliativo, de conteúdo de natureza indicativa e também a utilização de figura de linguagem (pleonasma) na expressão de seu conceito sobre dor. A tendência do pré-escolar em utilizar um conteúdo no qual termos concretos e disponíveis para explicar a dor estão presentes, resultou portanto em conceitos variados e pouco precisos.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização desta investigação desencadeou muitas reflexões, que ultrapassam o fenômeno dor, mas que estão a ele associadas. A começar pela criança, sobre a maneira como a vemos. Relendo KORCZAK (1986), foi inevitável associar alguns de seus pensamentos às crianças deste trabalho, pela capacidade que este autor tem de captar de maneira precisa a percepção da criança como um ser pequeno:

*“Todos nós crescemos convencidos de que o grande vale mais do que o pequeno...É chato esticar-se todo na ponta dos dedos e não conseguir alcançar o objeto almejado. ...A criança já sabe que não há como resistir... A sensação de impotência faz surgir o culto pela força...É através do nosso exemplo que a criança aprende a menosprezar aquilo que é fraco”.*

Diante dessas palavras, é possível pensar que diante da dor, a criança não pode nada, nós os

profissionais podemos tudo. Quem é capaz de dizer se a criança sofre em segredo? Afinal, as dúvidas e incertezas infantis nos parecem tão desprovidas de seriedade...

Será que estamos deixando a criança sentir dor por desconsiderarmos sua forma de expressá-la? Será que o problema da criança ser menos medicada que o adulto está em sua limitada capacidade de comunicar sua dor?

Quantas vezes não desconfiamos da criança, não a levamos a sério, tratamo-la com má vontade, não acreditamos quando diz sentir medo ou dor.

Apesar de nossa desatenção, a criança vivencia a medos, às vezes exteriorizando-os, outras guardando—os para si. Muitas vezes seus esforços em enfrentá-los fracassam ou são contrariados pelos adultos, e como consequência, a criança é muitas vezes colocada desprotegida, em confronto com situações que ultrapassam suas capacidades de defesa e de compreensão

A hospitalização e tudo o que cerca a criança, incluindo os inúmeros procedimentos dolorosos pelos quais ela deve passar é uma das situações que a criança passa, e constatamos que não é preparada para esta situação, nem para os procedimentos hospitalares. A criança muitas vezes, associa a morte à violência, podendo acreditar que procedimentos que cortam ou furam alguma parte do corpo signifique morrer. (ANGELO, 1986).

Nesse sentido, após aplicarmos os instrumentos deste estudo, e interagirmos com seus resultados, não podemos ficar indiferentes ao fato de que a criança pode e deve ser vista como uma pessoa que possui inteligência, vontade e uma história pessoal, que necessita de recursos para avaliar a sua dor de modo mais abrangente do que os que avaliam apenas a intensidade dolorosa, instrumentos que permitam à ela expressar melhor a sua percepção da dor. Recursos que consigam atingir talvez sua experiência global de dor.

Pelos resultados, vimos que a criança reage com emoções. Consideramos que atribuir o comportamento ou reação de dor da criança a emoções, como normalmente ocorre (medo, ansiedade, raiva) não deve ser interpretado como algo menor na experiência da criança e, portanto, menor quanto à consideração do profissional. Ao contrário, deve ser diagnosticado como sofrimento passível de intervenção.

Não é difícil perceber que a criança se encontra diante de algum sofrimento, seja ele de ordem física ou emocional. Ela pode não conseguir expressar-se verbalmente ou descrever de maneira acurada sua dor, mas ela é capaz de expressar sua experiência no olhar, no rosto, no corpo, na voz, ainda que estes sejam um grito, um comportamento agressivo, um

olhar arregalado, uma tentativa de fuga. A criança, efetivamente, possui limitações que tornam a compreensão de suas experiências às vezes complexa, porque exigem do adulto (pais ou profissionais) um esforço, não para descer até ela como tantos pensam, mas para subir até ela como diz KORCZAK (1986). Será que estamos diante de uma resistência em chegar até a criança?

Isto nos leva a reflexões também sobre o profissional que interage com a criança, sobretudo o enfermeiro. O que será que determina o comportamento do enfermeiro na avaliação da dor da criança? Como se sente em relação ao preparo para esta avaliação? Que crenças e que tipo de julgamentos utiliza nesta situação?

Quando refletimos sobre estas questões, compreendemos o quanto pode ser complexo o processo de avaliação da dor sobretudo se levarmos em consideração o quanto pode ser difícil para o profissional dissociar a imagem da criança idealizada e organizada socialmente pelo adulto, daquela que ela realmente é ou pode ser. (ANGELO, 1993)

O esforço para compreender a experiência da dor parece pertencer aos dois lados: o lado da criança que tem a tarefa de tentar comunicar algo, e para a qual não está muitas vezes plenamente instrumentalizada (do ponto de vista de domínio cognitivo e de informações) e o lado do enfermeiro, que para aliviar o sofrimento da criança tem a tarefa de desvendar o significado de suas manifestações e fornecer-lhe novos fatos que atuarão como recurso para a reorganização do conhecimento que a criança possui da situação.

Realizar um esforço quando não se conhece os caminhos não é tarefa fácil, tanto para a criança como para o enfermeiro. É preciso apoiar a ambos neste esforço necessário: a criança para ter condição de nos falar sobre sua dor, e o enfermeiro para ser capaz de dar a voz à criança e de ouvi-la.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABU-SAAD, H. The assessment of pain in children. *Issues Compr. Pediatr. Nurs.*, v. 5, n. 5-6, p. 327-35, 1981.
- ABU-SAAD, H. Assessing children's responses to pain. *Pain.*, v. 19, p. 163-71, 1984.
- ALBERTONI, W.M.; MATSUMOTO, M.H. Fratura supracondiliana do úmero. In: BRUSCHINI, S. *Ortopedia pediátrica: a ortopedia do nascimento ao início da marcha, a ortopedia do início da marcha à adolescência, fraturas e lesões traumáticas mais frequentes*. São Paulo, Atheneu, 1993. cap.56, p. 262-4.
- ALMEIDA, F.A. *O brinquedo terapêutico como intervenção de enfermagem para a criança submetida à cirurgia cardíaca na unidade de recuperação pós-operatória*. São Paulo, 1996. 115p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

- ANGELO, M. Hospitalização: Uma experiência ameaçadora. In: STEINER, M.H.F. **Quando a criança não tem vez: violência e desamor**. São Paulo, Pioneira, 1986, cap.11, p.101-8.
- ANGELO, M. Saúde da criança e do adolescente - políticas e programas de saúde - aspectos técnicos, científicos e éticos. Sessões Simultâneas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45. Recife, 1994. **Anais**. Recife, ABEn, 1994, p. 127-31.
- AYNSLEY-GRENN, A.; WARD PLATT, M. P. Biologia da dor e do estresse: visão geral. **Clin. Ped.**, v. 3, n. 3, p. 447-63, 1985.
- BAKER, C. M.; WONG, D. L. QUEST: A process of pain assessment in children. **Orthop. Nurs.**, v. 6, n. 1, p. 11-20, 1987.
- BEYER, J.E.; WELLS, N. Avaliação da dor em crianças. **Clin. Ped. Am. Norte**, v. 36, n. 4, p. 881-901, 1989.
- CLARO, M.T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar**. Ribeirão Preto, 1993. 60 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- CLEVE, L.J.V.; SAVEDRA, M. Pain location: validity and reability of body outline markings by 4 to 7 year-old children who are hospitalized. **Pediatr. Nurs.**, v. 19, n. 3, p. 217-20, 1993.
- CONCEIÇÃO, M.J.; SILVA Jr., C.A.; ROBERGE, F.X. Aspectos do controle da dor na criança. **Rev.Bras.Anest.**, v. 35, n. 4, p. 311-5, 1985.
- ECOFFEY, C.; DESPARMENT, J. Analgesia na cirurgia pediátrica. In: BONNET, F. et al. **A dor no meio cirúrgico**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, cap.18, p. 278-94.
- ELAND, J.M. Minimizing pain associated with prekindergarten intra-muscular injections. **Issues Compr. Pediatr Nurs.**, v. 5, n. 5/6, p. 361-72, 1981.
- HESTER, N.O. The pre-operational child's reaction to imunization. **Nurs. Res.**, v. 28, n. 4, p. 250-4, 1979.
- HESTER, N.O. Avaliação da dor aguda. **Clin. Ped.**, v. 3, n. 3, p. 557-71, 1995.
- HURLEY, A.; WHELAN, E.G. Cognitive development and children's perception of pain. **Pediatr. Nurs.**, v. 14, n. 1, p. 21-4, 1988.
- JERRET, M.; EVANS, K. Children's pain vocabulary. **J. Adv. Nurs.**, v. 11, n. 4, p. 403-8, 1986.
- KORCZAK, J. O direito da criança ao respeito. In: DALLARI, D.A.; KORCZAK, J. **O direito da criança ao respeito**. São Paulo, Summus, 1986, p. 68-99.
- LE BARS, D.; WILLER, J.C. Fisiologia da sensação dolorosa. In: BONNET, F. et al. **A dor no meio cirúrgico**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993, cap.1, p. 05-47.
- MACKAY, D.; JORDAN-MARSH, M. Innovative assessment of children's pain. **J. Emerg.Nurs.**, v. 17, n. 4, p. 250-1, 1991.
- MEDFORTH, N. Strategies to reduce children's perception of pain. **Nurs. Times**, v. 91, n. 2, p. 34-5, 1995.
- MELZACK, R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v. 1, p. 277-99, 1975.
- McGRATH, P.J.; CRAIG, K.D. Fatores psicológicos do desenvolvimento na dor das crianças. **Clin.Ped.Am.North.**, v. 36, n. 4, p. 865-81, 1989.
- PIAGET, J. **Seis Estudos de Psicologia**. Companhia Editora Forense, 146p, 1967.
- PIMENTA, C. A. de M. **Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer**. São Paulo, 1995. 132 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- PRICE, S. Pain: its experience, assessment and management in children. **Nurs. Times.**, v. 86, n. 9, p. 42-5, 1990.
- ROSSATO, L.M.; REZENDE, M.R. A criança com dor. In: SIGAUD, C.H.S.; RAMALLO VERÍSSIMO, M.De La Ó. e org. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo, EPU, 1996, cap.19, p. 223-9.
- SCHECHTER, N.L. Dor aguda em crianças. **Clin. Ped. Am. Norte**, v. 36, n. 4, p. 1109, 1989.
- SCHULTZ, N.V. How children perceive pain. **Nurs. Outlook.**, v. 19, n. 1, p. 670-3, 1971.
- SIEGEL, S. **Estatística não paramétrica: para as ciências do comportamento**. São Paulo, Mc Graw-Hill, 1975.
- STEIN, P. Indices of pain intensity: construct validity among preschoolers. **Pediatr. Nurs.**, v. 21, n. 2, p. 119-23, 1995.
- STEVENS, B.; JOHNSTON, C. Assessment and management of pain in infants. **Can. Nurse**, v. 88, n. 7, p. 31-4, 1992.
- VALLE, E.R.M. de; FRANÇOSO, L.P.C. O tratamento do câncer infantil: visão de crianças portadoras da doença. Análise de desenhos e relatos. **Acta Oncol. Bras.**, v. 12, n. 3, p. 102-7, 1992.
- WONG, D.L.; BAKER, C.M. Pain in children: comparison of assessment scales. **Pediatr. Nurs.**, v. 14, n. 1, p. 9-17, 1988.
- YOOS, H.L. Children's illness concepts: old and new paradigms. **Pediatr. Nurs.**, v. 20, n. 2, p.134-40, 1994.
- ZUCKERMAN, B.S.; DUBY, J.C. Abordagem evolutiva à prevenção de acidentes. **Clin.Ped.Am.Norte**, v. 32, n. 1, p. 15-28, 1985.

## ANEXOS

## ANEXO 1

**Identificação e caracterização da criança**

Data da entrevista: \_\_\_\_\_ n.º \_\_\_\_\_

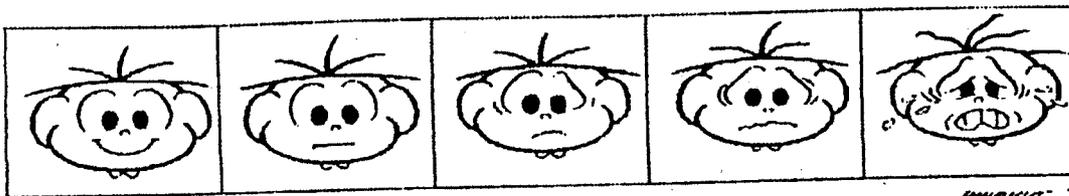
Nome: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data de internação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tipo de procedimento que a criança foi submetida nesta internação: \_\_\_\_\_

Presença de familiar sim\_\_ não\_\_ Qual? \_\_\_\_\_

## ANEXO 2

**Escala de Faces (CLARO 1993)**

0

1

2

3

4

## ANEXO 3

**Indicadores comportamentais de dor ABU-SAAD (1984)**

**Procedimento doloroso**  
Antes      Durante      Depois

**Vocalização**

- grito
- suspiro
- choro
- gemido
- soluço

**Expressão Facial**

- abrir a boca
- cerrar os olhos
- arregalar os olhos
- cerrar os dentes
- apertar os lábios
- franzir a testa

**Movimentos Corporais**

- imóvel
- agitado
- protegido
- encolhido
- tenso

## ANEXO 4

**Palavras descritoras de dor**

Pergunta norteadora: "Como é a sua dor?"