



ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA

JÉSSICA REBOUÇAS VIANA

SIENA NOGUEIRA GUIRARDI

**ESCALAS DE DOR NEONATAL E PEDIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Salvador

2018

**JÉSSICA REBOUÇAS VIANA**  
**SIENA NOGUEIRA GUIRARDI**

**ESCALAS DE DOR NEONATAL E PEDIÁTRICA: REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo apresentado ao Programa de Pós-graduação *Latu Senso* em Enfermagem em Neonatologia e Pediatria da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública como requisito parcial da obtenção do Certificado de Especialista em Pediatria e Neonatologia.

Orientadora: Maria Thais de Andrade Calasans.

**Salvador**

**2018**

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>04</b>
<b>2</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>05</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>07</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>18</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>20</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>26</b>
	ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)	27
	NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)	28
	PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)	29
	FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)	30
	ESCALA DE FACES	31
	ESCALA DE FACES WONG-BAKER	32
	FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)	33

## RESUMO

**Introdução:** A dor é considerada subjetiva e a incapacidade de se comunicar verbalmente não anula a possibilidade de um indivíduo ter dor, portanto, é fundamental compreender e ficar atento aos sinais que os recém-nascidos e crianças dão quando sentem dor. **Objetivo:** Identificar na literatura as publicações que utilizam das escalas de avaliação da dor em pediatria e neonatologia. **Método:** Revisão integrativa, realizada seleção de artigos no período de junho a setembro de 2018, em periódicos indexados nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE e BDEnf, sendo encontrados 331 artigos no total, totalizando 13 artigos que se adequavam ao estudo. **Resultados:** A maioria dos artigos 10 (76,93 %) se encontravam no idioma português, apenas 2 (13,38%) estavam em inglês. Quatro (30,77%) foram publicados no ano de 2014, dois em 2015, três (23,08%) em 2016 e um (7,7%) em 2017. Oito (61,54%) foram publicados em periódicos e, apenas quatro (30,77%), em revistas de enfermagem. **Conclusão:** Esse estudo demonstrou a grande variedade de escalas de dor disponíveis em publicações, tanto para crianças quanto para recém-nascidos, além disso, notou-se que não se pode eleger uma escala unanimemente e sim, avaliar de acordo com a situação, a idade e a necessidade de cada paciente.

**Palavras-chave:** Medição da dor, Neonatologia, Pediatria.

## ABSTRACT

**Introduction:** Pain is considered subjective and the inability to communicate verbally does not negate the possibility of an individual suffering pain, so it is essential to understand and be aware of the signs that infants and children give when they feel pain. **Objective:** To identify in the literature the publications that use the pain evaluation scales in pediatrics and neonatology. **Method:** Integrative review, selected articles from June to September 2018, in indexed journals in the SciELO, LILACS, MEDLINE and BDEnf databases. A total of 331 articles were found, totaling 13 articles that fit the study. **Results:** Most articles 10 (76.93%) were in the Portuguese language, only 2 (13.38%) were in English. Four (30.77%) were published in 2014, two in 2015, three (23.08%) in 2016 and one (7.7%) in 2017. Eight (61.54%) were published in periodicals and only four (30.77%) in nursing journals. **Conclusion:** This study demonstrated the wide variety of pain scales available in publications, both for children and for newborns,

in addition, it was noted that it is not possible to elect a unanimous scale, but to evaluate according to the situation, the age and the need of each patient.

**Key words:** Pain measurement, Neonatology, Pediatrics.

## INTRODUÇÃO

A Dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ao dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”<sup>1</sup>. Dessa maneira, é considerada subjetiva e a incapacidade de se comunicar verbalmente não anula a possibilidade de um indivíduo ter dor, portanto, é fundamental compreender e ficar atento aos sinais que os recém-nascidos (RN) e crianças dão quando sentem dor, para que as providências adequadas sejam tomadas, em cada situação<sup>1</sup>.

Ao avaliar a dor em neonatos e crianças deve-se levar em consideração suas especificidades, uma vez que a experiência de dor na população infantil, ao percebida, pode desencadear reações motoras em qualquer momento dessa sensação<sup>2</sup>.

No que se refere aos neonatos, recentemente foi comprovado que, mesmo os fetos a partir de 18 semanas de idade gestacional, apresentam reações à dor e ao estresse.<sup>3</sup> Com o avanço tecnológico, cada vez mais recém-nascidos, prematuros e com dificuldade para se adaptar, têm a possibilidade de uma assistência adequada e eficiente, proporcionando uma melhor sobrevida e diminuição da mortalidade. Dessa forma, muitos RN acabam necessitando de atenção especializada, em Unidades de Terapia Intensiva e de Média Complexidade. Entretanto essa terapêutica os expõe a diversos procedimentos dolorosos, conforme a literatura, cerca de 10 a 14 procedimentos dolorosos por dia, como punção venosa, passagem de sonda orogástrica, punção do calcâneo para glicemia capilar, retirada de pontos, curativos, entre outros<sup>3,4</sup>.

Com relação às crianças, deve-se levar em consideração, também, os aspectos individuais, familiares, profissionais e culturais no contexto dessa dor, uma vez que esses pontos podem provocar a sensação de perda de controle durante esse sofrimento, além de amplificar a dor.<sup>5</sup> No caso dessa faixa etária, as dores mais prevalentes são abdominal, em membros e cefaleia, mas também podem estar ligadas à enfermidades e intervenções ou procedimentos médicos como punção venosa, imunização, aspiração, entre outros<sup>6</sup>.

Para se avaliar a dor em neonatos e crianças, deve-se planejar adequadamente o informante, o método e o momento mais adequado para tal. Vários são os instrumentos para avaliação da dor, devendo levar em consideração o nível de desenvolvimento da

pessoa e a dependência do cuidador para obter as informações. Essa avaliação tem várias dimensões, como a qualidade afetiva (sentimentos emocionais negativos relacionados à dor); qualidade sensorial (localização, intensidade e duração); e qualidade avaliativa (descritores que expressam a dor)<sup>7</sup>.

A mensuração da dor pode ser feita através de entrevistas, escalas, questionários e esquemas de observação sistemática, utilizados para a avaliação da dor na criança (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability)<sup>7</sup>. No caso dos neonatos, é utilizado, principalmente, escalas, inclusive sistemas de codificação de comportamentos (Neonatal Facial Coding System, Prematura Infant Pain Profile e Neonatal Infant Pain Scale)<sup>8</sup>.

Sendo assim, considera-se fundamental o preparo dos profissionais para identificar os sinais de dor que esses recém-nascidos e crianças demonstram, a fim de tomarem as medidas necessárias para o alívio da dor e diminuição do sofrimento do dos mesmos<sup>9</sup>.

Nesse contexto, esse estudo tem como objetivo identificar na literatura as publicações que utilizam das escalas de avaliação da dor em pediatria e neonatologia.

O interesse pelo tema surgiu pelo fato de neonatos e crianças, quando hospitalizados, sofrerem muitos processos dolorosos e não conseguirem expressar verbalmente esse sofrimento. Além disso, não compreendem, esses processos dolorosos da internação como tratamento para a melhora do quadro.

Isso posto, questionou-se: quais as publicações referentes às escalas de avaliação da dor em pediatria e neonatologia?

## **METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, seguindo as seis etapas: identificação do tema e seleção da hipótese; decisão de critérios para inclusão e exclusão de estudos, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa, interpretação dos resultados<sup>10</sup>.

A revisão integrativa fornece aos profissionais de saúde o acesso rápido aos principais resultados de pesquisas que norteiam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico<sup>10</sup>.

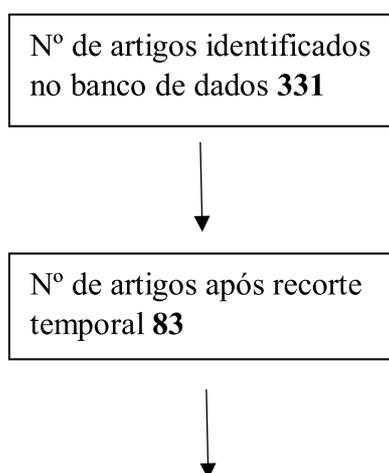
Assegurando uma prática assistencial embasada em evidências científicas, a revisão integrativa tem sido apontada como uma ferramenta excepcional no campo da saúde, pois seleciona as pesquisas disponíveis sobre determinada temática e direciona a prática baseando-se em conhecimento científico<sup>11</sup>.

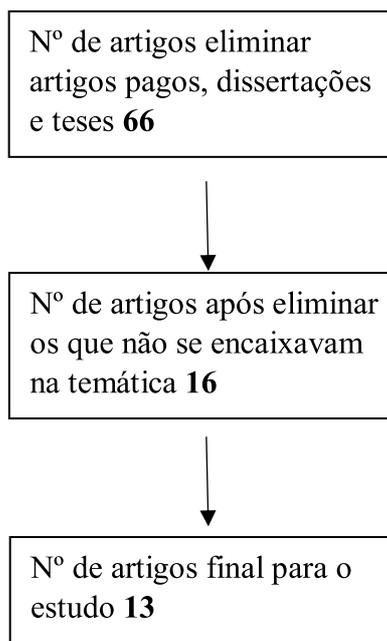
A seleção dos artigos ocorreu no mês de junho a setembro de 2018, em periódicos indexados nas bases de dados Scielo, LILACS, MEDLINE e BDeInf e que continham temática relacionada às escalas de dor neonatal e pediátrica. Os descritores foram selecionados a partir das definições encontradas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo eles: Medição da dor, Neonatologia, Pediatria. Estes descritores foram cruzados em cada base consultada, utilizando o operador booleano “E”.

Para a seleção dos artigos foram utilizados os seguintes critérios: ser publicado na íntegra no idioma português ou inglês; estar de acordo com o objeto de estudo, ser classificado como original; foram excluídos artigos pagos, dissertações, teses, disponíveis parcialmente nas bases de dados e repetidos. Também foi estabelecido um recorte temporal de 2013 a 2018 para a coleta dos artigos, tendo em vista a ampla produção científica relacionada à temática.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados separadamente, utilizando, primeiramente os descritores “medição da dor e neonatologia”; em seguida, utilizando os descritores “medição da dor e pediatria” e, por fim, os três descritores juntos “medição da dor e neonatologia e pediatria”. Dessa forma, foram encontrados 331 artigos no total, destes, foram excluídos os que não se adequavam aos critérios de inclusão, totalizando, no final, 13 artigos para esse estudo, como mostra o esquema.

### **1. Esquema de pesquisa realizada utilizando descritores Medição da dor e Neonatologia e Pediatria.**





## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Características dos estudos selecionados

A maioria dos artigos 10 (76,93 %) se encontravam no idioma português, apenas 2 (13,38%) estavam em inglês. Quatro (30,77%) foram publicados no ano de 2014, dois em 2015, três (23,08%) em 2016 e um (7,7%) em 2017. Oito (61,54%) foram publicados em periódicos e, apenas quatro (30,77%), em revistas de enfermagem (Quadro 1).

Os estudos que predominaram foram o descritivo e o exploratório respectivamente, que utilizavam de escalas de dor para avaliar eficácia de determinado medicamento ou tratamento.<sup>12-20</sup>

Quadro 1: Ficha de avaliação geral e investigação detalhada dos textos selecionados

<b>Autor/Título/Periódico/Ano</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Tipos de estudo</b>	<b>Principais resultados</b>
ELIAS, Luciana Sabatini Doto Tannous; et al/ Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de enfermagem em um hospital no noroeste	Avaliar como está sendo identificada, interpretada e tratada a dor no período	Estudo qualitativo, descritivo.	Os profissionais envolvidos com os cuidados ao RN enfermo que permanece internado na UTI

<p>paulista/ Revista de pesquisa Cuidarte Enfermagem /2016.</p>	<p>neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal de alto risco de um hospital-escola do interior do estado de São Paulo.</p>		<p>Neonatal devem estar aptos a decodificar a linguagem de dor própria dessa faixa etária. A escolha de um método validado que ajude o cuidador a “reconhecer” ou “decodificar” os sinais de dor emitidos pelo paciente pré-verbal é fundamental. A Escala de Faces de Dor escolhida para avaliação rotineira da dor dos RN internados na UTI Neonatal do hospital-escola é um método simples, unidimensional e fácil de ser aplicado. Porém, ao usar os descritores visuais comparando a face do bebê de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, limitamos o processo de avaliação da dor apenas à mímica facial, não considerando os outros parâmetros comportamentais e fisiológicos para uma avaliação multidimensional da dor.</p>
<p>BOTTEGA, Fernanda Hanke; et al/ Avaliação da dor em neonatos e crianças</p>	<p>Conhecer as ações da equipe de enfermagem</p>	<p>Estudo qualitativo e descritivo.</p>	<p>O estudo mostra que existem barreiras para o</p>

em terapia intensiva/ Revista de pesquisa cuidado é fundamental online/ 2014.	referentes à avaliação da dor em neonatos e crianças durante o processo de hospitalização em terapia intensiva.		tratamento eficaz da dor em terapia intensiva pediátrica e neonatal, entre as quais não há padronização de um método de avaliação (escala validada) e medidas não farmacológicas para o controle da dor.
AYMAR, C, L, G. et al/ Avaliação e manejo da dor na UTI neonatal: análise de uma intervenção educativa para os profissionais de saúde/Jornal de Pediatria/2014.	Conhecer a percepção de uma equipe de terapia intensiva neonatal sobre a avaliação e manejo dor antes e após uma intervenção educativa construída e implementada na unidade.	Estudo quantitativo e analítico.	O estudo mostrou a percepção dos profissionais acerca do manejo e da avaliação da dor na unidade. A participação na capacitação (uma das estratégias definidas pelo grupo operativo) foi referida por 86,4% dos profissionais que referiram a utilização das escalas para avaliação da dor, estabelecidas no protocolo adotado no serviço após a intervenção, com frequência de 94,4%. Mudanças na avaliação e manejo da dor foram percebidas por 79,6% dos participantes.
PRESTES, Ana Claudia Yoshikumi, et. al. Procedimentos dolorosos e analgesia em UTI neonatal: o que mudou na opinião e na prática profissional em dez anos? Pain in the NICU, 2015.	Confrontar o uso da analgesia versus a percepção de neonatologistas quanto ao emprego de analgésicos para procedimentos dolorosos em 2001, 2006 e 2011.	Estudo qualitativo e analítico.	Houve um aumento no uso de analgésicos para procedimentos dolorosos nas UTI e uma percepção mais acentuada por parte dos médicos de que o RN sente dor, mas o lapso entre a prática clínica e a

			percepção médica quanto à presença da dor persistiu. No decorrer do tempo, também observou-se aumento do número de profissionais que diziam conhecer a rotina dentro da sua unidade e usavam as escalas de dor NFCS (Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal) e/ou NIPS (Neonatal Infant Pain Scale --- Escala de Avaliação de Dor no Recém-Nascido).
CAETANO, Edilaine Assunção, et. al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2013.	Descrever as formas de avaliação de dor do recém-nascido utilizadas pela equipe de enfermagem e analisar a prática da enfermagem quanto ao manejo da dor do neonato.	Estudo quantitativo e descritivo.	Os entrevistados acreditam que o recém-nascido é capaz de sentir dor e a avaliam por meio de alterações fisiológicas e comportamentais, e que não há utilização de escalas de avaliação algica padronizadas nas instituições. Há necessidade de capacitar os profissionais, contribuindo para a avaliação e o manejo da dor, e promovendo o cuidado integral ao neonato.
CORDEIRO, Raquel Alves e COSTA, Roberta. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2014.	Construir, com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados, baseada nos	Estudo qualitativo e analítico.	A escala NIPS foi elaborada para facilitar a “decodificação” dos sinais emitidos pelo RN6 e para promover o manejo mais adequado

	métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.		durante seu processo de internação. Por ocasião da utilização da escala NIPS, avaliando os parâmetros físicos e comportamentais, e em se obtendo <i>score</i> maior que quatro, deve-se considerar que o RN está com dor. É dever do profissional realizar o registro por escrito dos cuidados prestados. Para finalizar a proposta de protocolo, os profissionais destacaram a importância de, após todos os procedimentos, oferecer consolo para o RN, facilitando sua reorganização e a retomada da condição de bem-estar.
CHOTOLLI, Mayara Ruiz e LUIZE, Paula Batista. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. Rev. Dor. 2015.	Identificar escalas de mensuração da dor e métodos não farmacológicos utilizados por uma equipe de enfermagem da pediatria.	Estudo descritivo exploratório.	Identificou-se a necessidade de treinamentos sobre escalas de mensuração de dor conforme a idade, possíveis métodos não farmacológicos utilizados pela enfermagem e sua associação com o processo de enfermagem.
MARÇOLA, Ligia, et. al. Análise dos óbitos e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva	Caracterizar as crianças admitidas na Unidade de	Estudo descritivo retrospectivo.	No período estudado 49 crianças morreram após, no

neonatal. 2017	Terapia Intensiva Neonatal de um hospital universitário terciário que foram a óbito no período de 1.º/01/2012 a 31/07/2014 e que necessitavam de cuidados paliativos e/ou para as quais foram indicados tal tipo de cuidado.		mínimo, 48 horas de internação. Destas, 18% eram prematuros extremos e 77% apresentavam malformações maiores. Apesar de necessários a todos, cuidados paliativos foram realizados apenas em 20% dos casos de óbito. Havia dor, analgesia e dispositivos invasivos nos 49 recém-nascidos avaliados no dia do óbito. A Unidade de Dor e Cuidados Paliativos da instituição acompanhou somente quatro crianças que ficaram em cuidados paliativos.
SENER, Mesut, et. al. Administração de paracetamol <i>versus</i> dipirona em analgesia controlada pelo paciente por via intravenosa para alívio da dor no pós-operatório de crianças após tonsilectomia. Rev. Bras. Anestesiol. 2015.	Comparar a eficácia da administração de paracetamol <i>versus</i> dipirona em analgesia controlada pelo paciente (PCA) por via intravenosa (IV) para alívio da dor no período pós-operatório em crianças.	Estudo quantitativo e analítico.	Os escores da escala visual analógica no pós-operatório foram significativamente menores no grupo paracetamol em comparação com o grupo placebo em seis horas ( $p < 0,05$ ) e no grupo dipirona em comparação com o grupo placebo em 30 minutos e seis horas ( $p < 0,05$ ). Não houve diferença significativa.
BATALHA, Luís Manuel da Cunha; MOTA, Aida A. S. C. A massagem na criança com câncer: eficácia de um protocolo. J. Pediatr. 2013.	O objetivo deste trabalho foi avaliar a eficácia de um protocolo de massagem no	Estudo quantitativo e analítico.	Através da aplicação da escala analógica visual e do inventário resumido da dor, foi possível perceber

	alívio da dor na criança internada, com patologia oncológica.		que o protocolo de massagem apenas se revelou eficaz na diminuição da interferência da dor no andar ( $p < 0,05$ ), apesar de ter contribuído para o alívio da dor e sua interferência nas atividades da criança. Após cada sessão de massagem a intensidade da dor sentida pela criança diminuiu ( $p < 0,001$ ).
BORTOLINI, Marcos Paulo; et. al. Bloqueio ilioinguinal e ílio-hipogástrico em anestesia pediátrica: comparação da analgesia entre as técnicas de visualização direta e a guiada por ultrassom. Revista da AMRIGS. 2016.	Comparar o grau de dor em pacientes pediátricos que foram submetidos a bloqueio dos nervos ilioinguinal e ílio-hipogástrico, através das técnicas de visualização direta e guiada por ultrassom em cirurgias de herniorrafia e orquidopexia em intervalos de 30 minutos, 3 e 6 horas após a saída da sala cirúrgica.	Estudo quantitativo e qualitativo e analítico descritivo.	Como principal achado, foi demonstrado existir uma superioridade do controle da dor pós-operatória na técnica de visualização direta. Somente no intervalo de 3 horas, na escala FLACC a técnica de ultrassom foi superior à técnica de visualização direta, dados esses retratados. Apesar de que se possa inferir que o bloqueio guiado por ultrassom obtivesse um bloqueio mais amplo, devido à precisão da probe, alcançando os nervos ilioinguinal e ílio-hipogástrico em um nível mais cranial, a técnica de visualização mostrou-se mais eficaz, talvez pela

			<p>precisão do bloqueio ao realizar a infiltração perineural com mais eficácia. A escala Comfort-Behavior está cada vez mais presente na prática clínica, sendo uma alternativa confiável em relação às outras ferramentas empregadas para avaliar a sedação e o grau de dor dos pacientes. A escala FLACC demonstrou ser uma ferramenta de fácil aplicabilidade e com uma boa representatividade, apesar de possuir somente cinco itens. Desse modo, todos os indicadores da escala apresentam contribuição similar para a sua coerência interna; entretanto, o quesito face foi o que mais contribuiu para essa coerência.</p>
<p>LINHARES, Maria Beatriz Martins; et. al. Avaliação e tratamento da dor pediátrica com base nas opiniões de profissionais de saúde. Psychology &amp; Neuroscience. 2014.</p>	<p>Compreender quais as opiniões dos profissionais de saúde sobre estratégias de avaliação e controle da dor pediátrica em um hospital de ensino público.</p>	<p>Estudo qualitativo, descritivo.</p>	<p>Os profissionais relataram predominantemente falta de treinamento para avaliação e manejo da dor, protocolos padronizados e recursos materiais. Consequentemente, 96% dos</p>

			profissionais relataram a necessidade de treinamento educacional e padronização diretrizes de implementação para serviços de avaliação de dor.
--	--	--	---

### **As escalas de dor**

Acreditava-se que os neonatos não sentiam dor da mesma forma que as crianças ou adultos, pelo fato de não verbalizarem e pelo fato de seu sistema nervoso ser imaturo, pouco desenvolvido, acreditando que as vias nervosas não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os impulsos dolorosos<sup>9,21</sup>.

Atualmente, com o avanço e conhecimentos científicos atuais, entende-se que os recém-nascidos entre a 22ª e 29ª semana de gestação, apresentam os componentes funcionais, anatômicos e neuroquímicos necessários para gerar, interpretar e transmitir os estímulos dolorosos da mesma forma que indivíduos adultos<sup>9,21-22</sup>.

Além disso, sabe-se que as experiências dolorosas determinam a organização final do sistema nociceptivo do adulto e a frequência dessas experiências e a variação individual das respostas à dor podem levar a uma alteração na maturação desse sistema<sup>22-24</sup>.

Dessa maneira, há uma grande dificuldade em avaliar e mensurar a dor de recém-nascidos e crianças, sendo o maior obstáculo ao tratamento adequado. Avaliar e medir a dor em crianças baseia-se na observação de seus comportamentos (expressão facial, postura, vocalização ou verbalização)<sup>8</sup>. Hoje se dispõe de vários indicadores fisiológicos, que podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso.

Diante da dificuldade em decodificar a expressão de dor dos indivíduos dessa faixa etária, alguns instrumentos foram criados, conforme a idade, na tentativa de mensuração e avaliação da dor. A avaliação da dor através das escalas de expressão corporal da criança como um todo ou somente pela expressão facial, é geralmente considerada objetiva, sensível e específica<sup>25</sup>.

Acredita-se que a expressão da dor nos recém-nascidos é quase exclusivamente expressa pelo comportamento, nesse sentido, alguns autores entendem que as escalas mais sensíveis para esses indivíduos são as unidimensionais<sup>26</sup>.

Através da avaliação dos artigos, foram identificadas a utilização de 9 escalas, sendo que destas, a mais utilizada foi a NIPS (7 vezes), a Escala de faces (4 vezes) e a NFCS (3 vezes).

A escala de NIPS é um instrumento multidimensional, que fornece uma avaliação mais ampla da dor, por contemplar vários aspectos, tanto fisiológicos como comportamentais, nesse caso, avaliando desde a expressão facial, o choro, a respiração até movimentos dos braços, pernas e estado de consciência<sup>27</sup>.

Já os instrumentos unidimensionais, como é o caso da Escala NFCS e de Faces, utilizam de apenas um indicador, sendo ele fisiológico ou comportamental, que no caso dos artigos selecionados, é o comportamental, através da expressão facial. Alguns autores consideram esse fator exclusivo difícil, pelo fato de não permitir informações referentes à qualidade ou intensidade da dor<sup>14</sup>.

As escalas avaliam indicadores fisiológicos e comportamentais; os indicadores comportamentais mais utilizados são o choro e a expressão facial. O significado do choro ainda não é comprovado, sendo questionável por alguns autores, pelo fato de, isoladamente, não fornecer informações suficientes, podendo ser fome, sono, desconforto ou a própria dor<sup>13,14</sup>.

A especificidade, sensibilidade e praticidade da aplicação desses indicadores variam muito; porém, de modo geral, são de fácil aplicação e disponíveis nas unidades de cuidado ao recém-nascido. Essas variáveis incluem frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono e dosagens hormonais, ligadas à resposta endócrino-metabólica de estresse, entre outras<sup>28</sup>.

Duas escalas de dor que foram pouco utilizadas, FLACC e Comfort-Behavior; A escala FLACC é multidimensional, de fácil aplicabilidade e, apesar de ser composta por somente cinco itens, é considerada bem representativa. Já a Comfort-Behavior, apesar de não ser muito presente nos artigos, estudos indicam que está sendo cada vez mais utilizada, principalmente para avaliar o grau de sedação, por ser considerada mais segura em relação aos outros instrumentos de avaliação<sup>19</sup>.

Apesar de as escalas de dor serem conhecidas pelos profissionais, a maioria dos estudos apontam a necessidade de estes se atualizarem e buscarem compreender e

aplicar melhor esses instrumentos, até mesmo para melhorar o tratamento aplicado nesses recém-nascidos e crianças hospitalizadas<sup>13-15, 20,27,29</sup>.

A dor representa uma experiência subjetiva na qual estão inseridas experiências adquiridas ao longo da vida, podendo ainda estar associada à lesão real ou potencial nos tecidos. Na criança internada, a dor pode ser causada pela própria doença, pelo tratamento, pelos procedimentos e potencializada pelo medo, ansiedade e incertezas. Dessa forma, cabe à equipe de enfermagem se preparar para avaliar e tratar a sensação dolorosa, efetuando assim uma visão holística e mais humanizada<sup>30</sup>.

As boas práticas na avaliação e no controle da dor na criança passam pelo envolvimento ativo da criança e seus pais como verdadeiros elementos da equipe de saúde, em que os enfermeiros colham dados sobre a história de dor, acreditem na criança e lhe deem voz<sup>18</sup>.

Além disso, ficou evidente a dificuldade em aplicação das escalas de dor conforme a idade, principalmente em crianças menores de 2 anos de idade.<sup>15</sup> Apesar de se ter bem estabelecido o conjunto de instrumentos para ser utilizados em bebês: Sistema de Codificação Facial Neonatal, Perfil de Dor do Prematuro Infantil e Escala de Dor Infantil Neonatal; e para crianças: Escala de Dor Facial Revisada, Escala Analógica Visual e Face, Pernas, Atividade, Grito, Escala de Consolabilidade. Por não ter um “padrão ouro”, as pessoas ainda encontram dificuldade em escolher o instrumento mais apropriado<sup>20</sup>.

Alguns métodos não farmacológicos podem ser utilizados por enfermeiros (as) para o alívio da dor, destacam-se os seguintes: controle de ruídos, temperatura, luminosidade, sucção não-nutritiva, administração de glicose, posicionamento e conforto, oferecer leite materno, musicoterapia, ninho (envolvero RN em manta), toque e massagem<sup>13-15, 18, 27</sup>.

### **Escalas de dor no Brasil**

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, a avaliação da dor inclui não só a localização, como o início, a intensidade, a duração, o padrão, entre outros fatores que podem ser identificados através das escalas. Por serem subjetivas, as escalas conseguem abranger o máximo de informações referentes a dor do indivíduo, possibilitando que se compreenda o que a criança realmente sente, sem haver julgamento do profissional<sup>31</sup>.

Contudo nem todos os instrumentos são adequados para todas as crianças, idades. Por exemplo, acredita-se que a escala de faces é a mais adequada para crianças na fase pré-escolar, porém, já está em uso escalas numéricas para com essas crianças<sup>31,32</sup>.

Outros autores concordam que a avaliação da dor deve ser compatível com o estágio de desenvolvimento do indivíduo, a cronicidade e a gravidade do processo em que ele se encontra e do procedimento a que foi submetido, exigindo de instrumentos padronizados, além de sensibilidade, boas práticas e julgamento cuidadoso do profissional que está avaliando<sup>33,34</sup>.

A análise dos artigos fez despertar o interesse em identificar, das escalas utilizadas, quais já são validadas no Brasil. Após pesquisa, percebeu-se que as escalas de NIPS, EDIN, PIPP, FLACC, FPS-R, Chopp, Comfort-Behavior e NFCS já são validadas no Brasil<sup>35-40</sup>. Dessa forma, percebe-se que as escalas utilizadas nos artigos, em sua maioria, já foram testadas e são validadas no Brasil.

Além dessas escalas, tem-se os Cartões de Qualidade da Dor, desenvolvidos por profissionais nacionais com o intuito de avaliar a dor através de cartões com imagens da “Turma da Mônica” desenhados pelo cartunista Maurício de Souza em situações que revelam a dor em seus mais variados tipos, como em aperto, formigamento, forte, queimação, enlouquecedora, entre outros<sup>41</sup>.

Tanto os Cartões de Qualidade da Dor quanto a Escala de Faces adaptada, foram elaboradas no Brasil, adaptados à cultura e realidade brasileira, gerando maior facilidade tanto ao profissional quanto à criança, de interpretar e se expressar durante o momento da dor, facilitando a realização do tratamento adequado pela equipe<sup>31</sup>.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esse estudo demonstrou que existe uma grande variedade de escalas de dor disponíveis em publicações, tanto para crianças quanto para recém-nascidos, sendo elas, em sua maioria, multidimensionais.

De acordo com os estudos, notou-se que não se pode eleger uma escala unanimemente e sim, avaliar de acordo com a situação, a idade e a necessidade de cada paciente. Sendo assim, não há uma escala ouro nem para recém-nascidos, nem para crianças, o profissional deve utilizar escala segura, validada à beira leito, adequadamente, para que o resultado desejado seja alcançado.

Apesar de ficar evidente que a enfermagem é quem está mais perto para aplicar as escalas, é importante lembrar que essa avaliação deve ser multiprofissional, principalmente por conta da subjetividade da dor nessas faixas etárias. Além disso, é imprescindível que esses profissionais sejam qualificados e atualizados para aplicar essas escalas corretamente.

Para que haja um consenso na avaliação da dor, também se faz necessário a criação de protocolos e rotinas nos serviços, com intuito de uniformizar o trabalho dos profissionais na unidade.

Através desse estudo, espera-se que os profissionais tenham mais interesse em se capacitar e treinar a aplicação das escalas de dor, a fim de melhor avaliar a dor nos recém-nascidos e crianças, buscando, por meio dessa análise, adequar as condutas para alívio da dor.

**REFERÊNCIAS**

1. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain Terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain*, Supl. 3, p. 215-221, 1986.
2. Linhares M.B.M, Doca F.N.P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas psicol.** Ribeirão Preto: 2010;18(2):307-25. Disponível em: < [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2010000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200006)>. Acesso em: 10 jan. de 2018.
3. Cruz C.T., Gomes J.S., Kirchner R.M., Stumm E.M.F. Avaliação da dor de recém-nascidos durante procedimentos invasivos em terapia intensiva. **Rev. Dor.** São Paulo: 2016;17(3):197-200. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300197&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1806-00132016000300197&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez 2017.
4. Alves F.B., Fialho F.A., Dias I.M.A.V., Amorim T.M., Salvador, M. **Revista Cuidarte.** Colombia: 2013;4(1):510-15. Disponível em: < <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/11/107>>. Acesso em: 10 dez. 2017.
5. Correia L. L., Linhares, M. B. M. Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro: 2008;84(6):477-86.
6. Blasi D.G., Candido L.K., Tacla M.T.G.M, Ferrari R.A.P. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde.** Londrina:2015;36(1):301-10. Disponível em: <file:///C:/Users/siena/Downloads/18491-102325-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 jan. de 2018.
7. Kazanowsk M.K., Laccetti M. S. Dor: fundamentos, abordagem, tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
8. Silva Y.P., Gomez R.S, Maximo T.A, Silva A.C.S. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia.** Rio de Janeiro:2007;57(5):565-74. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n5/12.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2018
9. Guinsburg R., Cuenca M.C. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia, **Sociedade Brasileira de Pediatria.** São Paulo:2010. Disponível em: <

[http://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/pdfs/doc\\_linguagem-da-dor-out2010.pdf](http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

10. Mendes K.D.S, Silveira R.C.C.P, Galvão C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis:2008;17(4):758-64.

11. Souza M.T., Silva M.D., Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo:2010;8(1):102-06.

12. Elias L.S.D.T., Cajigas C., Thimóteo B.S, Barbisan G.G., Cavaleti J.B., Alves T.M. Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de enfermagem em um hospital no noroeste paulista. **Rev. de Cuidarte Enferm.** São Paulo:2016;10(2):156-62. Disponível em: <<http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2016v2/156-161.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2017.

13. Bottega F.H, Benetti E.R.R, Benetti P.E, Gomes J.S., Stumm E.M.F. Avaliação da dor em neonatos e crianças em terapia intensiva. **Rev. Fundam. Care. Online.** Rio de Janeiro: 2014;6(3):909-17.

14. Caetano E.A., Lemos N.R.F, Cordeiro S.M, Pereira F.M.V, Moreira D.S, Buchhorn S.M.M. **Esc. Anna Nery.** Rio de Janeiro:2013;17(3):439-45. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300439&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300439&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

15. Chotolli M.R., Luize P.B. Métodos não farmacológicos no controle da dor oncológica pediátrica: visão da equipe de enfermagem. **Rev. Dor.** São Paulo:2015;16(2):109-13. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-00132015000200109](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132015000200109)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

16. Marçola L., Barbosa S.M.M, Zoboli I., Polastrini R.T.V, Ceccon M.E.J. Análise dos óbitos e cuidados paliativos em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Paul. Pediatr.** São Paulo:2017;35(2):125-29. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822017000200125&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-05822017000200125&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

17. Sener, M., Kocum A., Caliskan E., Yilmaz I., Caylakli F., Aribogan A. **Rev. Bras. Anesthesiol.** Campinas:2015;65(6):476-82. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942015000600476&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942015000600476&script=sci_arttext&tlng=pt)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

18. Batalha L.M.C. Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. **Saúde e Tecnologia**. São Paulo:2013;16-21. Disponível em: <[https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art\\_03\\_estesl\\_suplemento\\_2013.pdf](https://www.estesl.ipl.pt/sites/default/files/ficheiros/pdf/art_03_estesl_suplemento_2013.pdf)>. Acesso em 23/05/2018.

19. Bortolini M.P., Tramuja L., Branco A.F.C Willig D. Bloqueio ilioinguinal e ílio-hipogástrico em anestesia pediátrica: comparação da analgesia entre as técnicas de visualização direta e a guiada por ultrassom. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre:2016;60(4):279-399.

20. Linhares M.B.M., Oliveira N.C.A.C, Doca F.N.P, Martinez F.E, Carlotti A.P.P, Finley G.A. Assessment and management of pediatric pain based on the opinions of health professionals. **Psychol. Neurosci**. Rio de Janeiro:2014;7(1):43-53. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-32882014000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-32882014000100007)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

21. Calasans M.T.A, Kraychette D.C. Dor no recém-nascido. **Rev Recrearte** [periódico na internet]. 2005. Disponível em: <<http://www.iacat.comrevistarecrearte/recrearte04/Seccion6/Dolor%20de%20Recien%20N%20acido.pdf>>. Acesso em: 8 jan. de 2018.

22. Cloherty J, Eichenwald E, Stark. Ann. Manual de Neonatologia. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

23. Okada M., Teixeira M.J, Tengan S.K, Bezerra S.L, Ramos C.A. **Dor em pediatria**. São Paulo, edição especial p. 135-156, 2001.

24. Margotto P.R., Rodrigues D.N. Assistência ao recém-nascido de risco. 2ª ed. Brasília: Margotto; 2004.

25. Melo L.R, Pettengill M.A.M. Dor na infância: Atualização quanto à avaliação e tratamento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped**. São Paulo:2010;10(2):97-102. Disponível em: <<https://sobep.org.br/revista/component/zine/article/133-dor-na-infancia-atualizacao-quanto-avaliacao-e-tratamento.html>>. Acesso em: 20 fev. 2018.

26. Guinsburg R., Cuenca M.C. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do departamento de neonatologia. **Sociedade Brasileira de Pediatria**. São Paulo: 2010.

27. Cordeiro R.A., Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis:2014;23(1):185-92. Disponível em: <

[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt\\_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n1/pt_0104-0707-tce-23-01-00185.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

28. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro:1999;75(3):149-60. Disponível em: < <http://www.jped.com.br/conteudo/99-75-03-149/port.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2017.

29. Ayamar C.L.G, Lima L.S, Santos C.M, Moreno E.A, Coutinho S.B. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. **J. Pediatr.** Rio de Janeiro:2014;90(3):308-15. Disponível em: < [http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n3/pt\\_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n3/pt_0021-7557-jped-90-03-00308.pdf)>. Acesso em: 10 dez. 2017.

30. Silva M.S, Pinto M.A, Gomes L.M.X, Barbosa T.L.A. Dor na criança internada: a percepção da equipe de enfermagem. **Rev. Dor [online]**. São Paulo:2011;12(3):314-20. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v12n4/a06v12n4>>. Acesso em 23 mai. 2018.

31. Melo L. R., Pettengill M.A.M. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo:2010;10(2):97-102.

32. Beyer JE, Wells N. Avaliação da dor em criança. In: Schechter NL. **Clínica pediátricas da América do Norte**. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989. P. 881-99.

33. Anand KJS, Carr B. The neuroanatomy, neurophysiology and neurochemistry of pain, stress and analgesia in newborns and children. **Ped Clin North Am** 1989;36:795-822.

34. Hadjistavropoulos T., Craig K.D. A theoretical framework for understanding self-report and observational measures of pain: a communications model. **Behav Res Ther.** 2002 May;40(5):551-70.

35. Viana D.L., Dupas G., Pedreira M.L.G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**. São Paulo:2006;28(4):251-61. Disponível em:< [file:///D:/PERFIL/Downloads/A\\_avaliacao\\_da\\_dor\\_da\\_crianca\\_pelas\\_enfermeiras\\_na%20\(1\).pdf](file:///D:/PERFIL/Downloads/A_avaliacao_da_dor_da_crianca_pelas_enfermeiras_na%20(1).pdf)>. Acesso em 23/05/2018.

36. Motta, G.C.P. Adaptação Transcultural e validação clínica da Neonatal InfantPainScale para uso no Brasil. [Dissertação]. Porto Alegre. 2013.

37. Dias F.S.B., Marba S.T.M. Avaliação da dor prolongada no recém-nascido: adaptação da escala EDIN para a cultura brasileira. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis:2014;23(4):964-70. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt\\_0104-0707-tce-23-04-00964.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/pt_0104-0707-tce-23-04-00964.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2018.
38. Bueno M, Costa P, Oliveira A.A.S, Cardoso R, Kimura A.F. Tradução e adaptação do Premature Infant Pain Profile para a língua portuguesa. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis:2013;22(1):29-35. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_04.pdf)>. Acesso em: 14 mar. 2018.
39. Silva F.C, Thuler L.C.S. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro:2008;84(4):344-49.
40. Amoretti C.F, Rodrigues G.O, Carvalho P.R.A, Trotta E.A. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. **Rev. Bras Ter Intensiva.** Porto Alegre:2008;20(4):325-30. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058214000197>>. Acesso em: 26 de set. de 2018.
41. Rossato LM, Magaldi FM. Instrumentos multidimensionais: aplicação dos cartões das qualidades da dor em crianças. **Rev. Latino-am Enfermagem.** São Paulo:2006; 14(5): 702-7.

## **APÊNDICES**

### 1. ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

IDENTIFICAÇÃO				DATA															
				HORA															
				3															
<b>ROSTO</b>	0	1	2	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada															
	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas																
<b>CORPO</b>	0	1	2	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel															
	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se																
<b>SONO</b>	0	1	2	Não adormece															
	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado																
<b>INTERACÇÃO</b>	0	1	2	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação															
	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação																
<b>RECONFORTO</b>	0	1	2	Inconsolável. Sucção desesperada															
	Sem necessidade de recomforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente																
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>																			

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

## 2. NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

DESCRIÇÃO	
<b>Expressão facial</b>	
0 - Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa - nariz, boca e sobranceira).
<b>Choro</b>	
0 - Ausente	Sereno, não chora.
1 - Choramingo	Choraminguo brando, intermitente.
2 - Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
<b>Respiração</b>	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 - Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
0 - Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 - Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Pernas</b>	
0 - Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 - Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Estado de vigília</b>	
0 - Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

### 3. PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	Idade gestacional (semanas)	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal	Estado de alerta	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
Observar RN 30 segundos	FC máxima	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO <sub>2</sub> mínimo	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Olhos espremidos	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	Sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile:

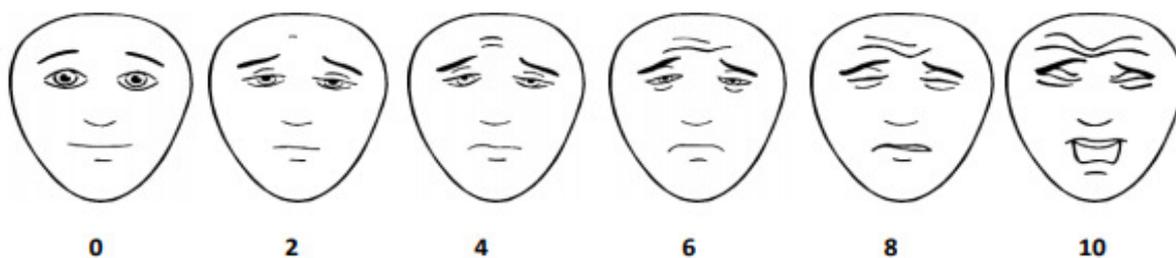
development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat

Port 2005; 36(4): 201-7.

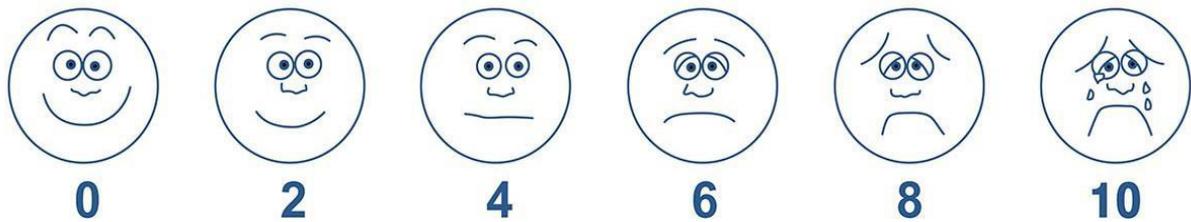


## 5. ESCALA DE FACES



Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].” (HICKS et al., 2001; BIERI et al., 1990)

**6. ESCALA DE FACES WONG-BAKER**

**Instruções:** Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

**Face 0** está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

**Face 1** tem apenas um pouco de dor.

**Face 2** tem um pouco mais de dor.

**Face 3** tem ainda mais dor.

**Face 4** tem muita dor.

**Face 5** tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

## 7. FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)

<p><b>Face</b></p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobranceiras franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Pernas</b></p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal &amp; movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Atividade</b></p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); sustar a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contração muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Choro</b></p> <p>0 = Sem choro/ verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou "grunhidos" ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, "grunhidos" constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Consolabilidade</b></p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

Malviya S, Yopel-lewis T, Burke C; Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia* 2006;16(3):258-265.