

MARIA TEREZA CLARO

**ESCALA DE FACES
PARA
AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS
ETAPA PRELIMINAR**

RIBEIRÃO PRETO - MAIO DE 1993

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**ESCALA DE FACES PARA AVALIAÇÃO
DA DOR EM CRIANÇAS:
ETAPA PRELIMINAR**

Maria Tereza Claro

Dissertação de Mestrado apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem - área de Enfermagem
Psiquiátrica do Departamento de
Enfermagem Psiquiátrica e Ciências
Humanas da Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto - USP para obtenção
do título de mestre em Enfermagem
Psiquiátrica.

Orientadora: Profa. Dra. Edna Paciência Vietta
Profa. Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica
e Ciências Humanas da E.E.R.P. - USP

Ribeirão Preto

- Maio 1993 -

ERRATA

- pg 3 - linha 9 - onde se lê: ...bordarem leia-se: abordagem
- pg 5 - linha 20 - onde se lê: ...vaso motora leia-se : vasomotora
- pg 14-linha 17 - onde se lê: ...afetiva e cognitiva leia-se:
afetivo e cognitivo
- linha 20 - onde se lê: Ela é transportada... leia-se: ele é
transportado...
- pg 15-linha 2 - onde se lê: Nela estão ... leia-se :
Nele estão...
- pg 16-linha 5 - onde se lê: ...global ao indivíduo, que a
vivencia leia-se: ...global ao indivíduo que a
vivencia, ...
- pg 17-linha 25 - onde se lê: uma " precisa avaliação... leia-se:
uma " precisa" avaliação...
- pg 18-linha 8 - onde se lê: ... ao fato de que... leia-se: mais
dor do que a observada pelas enfermeiras. Isto
se deve ao...
- linha 18- onde se lê: ...s mais leia-se: as mais
- pg 19-linha 18- onde se lê: ...obtidos elas afirma ...
leia-se: ...obtidos elas afirmam...
- linha 26- onde se lê: ...mostraram qual as crianças
leia-se: ...mostraram que as crianças
- pg 23-linha 5- onde se lê: população de estudante leia-se:
população de estudantes
- pg 24-linha 3 - onde se lê: e de certa forma possibilitar
leia-se: e de certa forma possibilitar
- linha 11- onde se lê: escala âncora alfanumérico
leia-se - escala âncora alfanumérica...
- pg 26-linha 8- onde se lê: pela pesquisador... leia-se
...pela pesquisadora
- pg 26-linha 13- onde se lê: ...padroniza-las leia-se
padronizá-las
- linha 29- acrescentar: Solicitava-se que a criança
arrumasse as figuras seguindo a dor que o
Cebolinha e a Mônica começaram a sentir e
que foi aumentando até ficar a pior dor
possível.
- pg 43-Tabela 12- 1ª linha - onde se lê: IDADE 6, 7, 8, 9, 10, 11
e 12 leia-se: Escolaridade Pré-escola, 1ª série
2ª série, 3ª série, 4ª série, 5ª série e 6ª série
- linha 14- onde se lê: ... o menor índice (o da 1ª série)
significantes, ... influencias leia-se:
o menor índice (o da 1ª série) significativa...
influências

- pg 46-parágrafo 2 - onde se lê: Os índices... um componente ligado às atividades das crianças que relataram quase sempre as atividades das crianças que relataram quase...
leia-se: Os índices ... um componente ligado às atividades das crianças que relataram quase sempre as causas de dores...
- pg 54- linhas 2, 4, 18 e 21- onde se lê: sequencias leia-se seqüências
- pg 55- linhas 25 e 26 - onde se lê: detecta-las...para controla-las leia-se: detectã-las... para controla-ias...
- pg 56- linha 6 - onde se lê: dor de cabeça, pontuações variadas leia-se: dor de cabeça, obteve pontuações variadas...
- pg 59- linha 8 - onde se lê: dinburg leia-se Edinburg

*Fazer uma criança deixar de sofrer, não chorar, é o meu ofício.
Mais belo do que ele é o ofício de fazer uma criança sorrir.*

Obrigada, Maurício de Souza

AGRADECIMENTOS

Obrigada Dra. Edna por ter acreditado em minha proposta desde o início e, neste longo percurso, ter me orientado, principalmente naqueles momentos onde os problemas pareciam ser tantos que embaraçavam a certeza de um resultado.

Obrigada Prof. Calógeras, que com toda paciência e muita capacidade ajudou-me a enxergar os caminhos através do emaranhado dos números.

Obrigada àqueles que, em maior ou menor grau, colaboraram, através do incentivo ou da colocação do desafio, para a realização deste trabalho.

Obrigada, minha família, por ter estado ao meu lado nesta jornada. A vocês dedico esta conquista.

RESUMO

O presente trabalho tem como proposta estudar a aplicabilidade de uma escala de faces a ser utilizada pela Enfermagem para a avaliação da dor em crianças e de estratégias de alívio da mesma.

A escala foi desenhada por um conhecido autor de estórias infantis em quadrinhos (MAURÍCIO DE SOUZA) e composta por cinco figuras com diferentes expressões faciais em uma seqüência, variando desde uma expressão sem dor até a de uma dor insuportável. A escala foi testada com 140 crianças, idade de 6-12 anos, estudantes de três diferentes tipos de escolas.

Os dados mostraram que as crianças não tiveram dificuldades em identificar as expressões faciais como uma escala e foram capazes de usá-la adequadamente para indicar dor e/ou o seu alívio, considerando que em torno de 80% da amostra construíram corretamente a seqüência das figuras.

Baseado nestes resultados, a escala parece-nos ser um instrumento apropriado para facilitar o trabalho da Enfermagem na avaliação da dor bem como na tomada de decisão frente a um momento de dor da criança, principalmente quando se tem uma prescrição analgésica com a indicação "se necessário".

O trabalho aponta para a necessidade de mais estudos sobre o tema para a generalização dos resultados.

ABSTRACT

The aim of the present study is to evaluate the applicability of a scale of facial expressions in the assessment of pain and of the strategies of pain relief used by nurses.

The scale was designed by a comic strip writer and had five figures with different facial expressions in a sequence from a smile (no pain) to an unblarable pain expression. The scale has been tested on 140 children from 6-2 years old belonging to three different schools.

Data showed that the children had no difficulties in identifyin the facial expressions in the scale and were able to use them properly to indicate pain and/or pain relief, taking into account that about 80% of the sample mounted correctely the sequence of figures.

Based on these results the scale seemed to be an appropriate helping instrument to be used by nurses in pain assessment making the decision-making plan easier in case for instance of a child's pain moment and an analgesic prescription only "if necessary".

This research leads to the need of a further study about the subject, for a greater generalization of the results.

SUMÁRIO

PROPOSTA DE ESTUDO	1
CONCEITO DE DOR	4
TEORIAS DA DOR	6
REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇA	16
METODOLOGIA	23
LOCAL DO ESTUDO	23
POPULAÇÃO	23
INSTRUMENTOS	24
Escala da Faces	24
Protocolo de Registro	25
PROCEDIMENTOS	26
Coleta de Dados	26
RESULTADOS E DISCUSSÃO	28
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	28
ANÁLISE DAS SEQÜÊNCIAS DAS FIGURAS FORMADAS PE- LAS CRIANÇAS	34
USO DA ESCALA DA FACES	44
EXPERIÊNCIA DOLOROSA CITADA PELA CRIANÇA	44
QUANTIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA	51
CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58

PROPOSTA DO ESTUDO

A dor, uma experiência universal e que acompanha a existência da Humanidade, ainda se constitui em um problema bastante complexo para ser resolvido, tanto em relação ao seu tratamento quanto, e principalmente, à sua compreensão e avaliação.

A Enfermagem, pela própria característica de sua atuação, defronta-se inúmeras vezes com situações onde o indivíduo sob seus cuidados apresenta queixas de dor que comprometem ainda mais o quadro geral do mesmo, uma vez que a dor pode provocar um aumento da ansiedade e do desconforto do indivíduo.

Considerando a dor como experiência humana universal, a ela estão sujeitos indivíduos de qualquer idade, sexo, raça, credo ou condição social, constituindo-se assim em tema de estudo para muitos estudiosos.

Embora a preocupação com a existência de dor vivenciada por crianças, bem como com sua medida, já venha sendo objeto de estudo de muitos pesquisadores, o assunto ainda é muito pouco explorado e muitas vezes até subestimado por profissionais de saúde que convivem freqüentemente com a presença da dor como sintoma de inúmeras patologias.

A escassez de estudos nessa área é apontada por vários autores. Segundo Jeans (1983), de 1970 a 1975 foram publicados 1330 trabalhos sobre o tópico dor. Entretanto, somente 33 destes focalizam a dor em crianças e mesmo assim 32 destes enfocam a dor como sintoma de alguma patologia e não como um problema em si.

Apesar do recente aumento de publicações referentes a este problema, se comparado ao número de publicações de estudos de dor em adultos, o mesmo torna-se irrelevante.

A justificativa para o número limitado de estudos da dor em crianças pode vir das dificuldades que o problema em questão apresenta. Se considerarmos que a avaliação da dor em adultos - sujeitos com amplas vivências e que podem externar com certa facilidade seus estados subjetivos através da fala - já se constitui em um desafio, a questão quando voltada para as crianças torna-se ainda mais dramática, pois nos depararemos com a pouca ou nenhuma fluência verbal e a contínua e rápida mudança de estágio de desenvolvimento a que estão sujeitas.

Lavigne et al (1986) apontam alguns problemas fundamentais centrados na natureza do estudo de dor em si mesmo. O primeiro refere-se à própria definição de dor como "experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial" que para ser avaliada depende da indicação dos aspectos subjetivos ligados a ela. Um segundo refere-se a dificuldade clínica de diferenciação entre dor e ansiedade. Um outro ponto apontado pelos autores como problema está relacionado ao aspecto do desenvolvimento da dor, ainda não bem definido na literatura e que tem implicações diretas para a implementação de medidas de avaliação da dor pediátrica.

Outros autores como Hahn e McLone (1984), Mackie (1983), Hester (1979) e Owens (1984), apontam para as dificuldades e a escassez de estudos nesta área, salientando a importância do avanço nos estudos que focalizem métodos de avaliação.

Em recente publicação, Pimenta et al (1992) também fazem referência à escassez de estudos sobre a dor na área de Enfermagem o

que, segundo as autoras, é agravado pelo fato da dor não se constituir em prioridade de cuidado na concepção de muitos profissionais de saúde que aceitam ser a existência da dor um fato consumado. As autoras concluem o trabalho apontando que os dados obtidos sugerem uma sub-identificação e sub-tratamento da dor em nosso meio e que cabe às enfermeiras grande parte da responsabilidade por isso.

Partidário dessa afirmação e preocupado em estudar o problema da dor em crianças, o presente trabalho objetiva desenvolver um instrumento que permita facilitar a abordagem do tema com a criança, ao mesmo tempo que propicie a interpretação da dor sentida, sob o referencial da criança, favorecendo a indicação de medidas adequadas a serem tomadas para a tentativa de alívio da mesma.

Considerando a importância que uma medida de dor a ser utilizada com crianças tem para a Enfermagem, uma vez que a ela cabe, muitas vezes, tomar decisões para o alívio da dor da criança sob seus cuidados, como por exemplo - administrar uma medicação analgésica prescrita com a condição se necessário e avaliar a eficácia da decisão tomada, buscamos desenvolver uma escala de faces, com padrão referencial subjetivo, composta por figuras familiares às crianças brasileiras, a ser usada como parâmetro na avaliação da dor sentida pela criança.

Tal proposta buscará contribuir para a adequação do esquema medicamentoso analgésico em pediatria além de oferecer aos profissionais enfermeiros uma alternativa para a orientação objetiva na execução das condutas médicas em relação a ministração de analgésicos para crianças.

Consideramos importante para tal proposição, o conhecimento do conceito de dor bem como das teorias que a explicam.

CONCEITO DE DOR

A dor até o século XX foi considerada como uma emoção oposta de um contínuo do prazer, como apontada por Owens (1984). O autor relata que filósofos como Aristóteles e Spinoza consideravam a dor como uma força emocional ou uma consequência de imoralidade ou imperfeição.

Para Benjamin Franklin, também citado por Owens, a dor era considerada a força primária da motivação, afirmando que "no início da infância a criança é como se não o fosse; ela não é consciente de sua própria existência até que tenha recebido sua primeira sensação de dor: então, e não antes disso, ela começa a sentir-se, é despertada e entra em ação. Então descobre seus poderes, suas faculdades e esforça-se para expulsar a intranquilidade. Deste modo a máquina é colocada em movimento: isto é a VIDA".

Em meados do século XX a ciência passa por uma visão totalmente oposta e surge a Teoria da Especificidade de Dor postulando haver receptores específicos que, quando estimulados, produzem a sensação de dor. Esta visão, embora constitua um avanço teórico, é ainda bastante limitada.

Já Merskey (1970) oferece uma definição próxima ao uso cotidiano do termo dor, qual seja "a dor é uma experiência de desprazer que nós associamos primeiramente com danos teciduais ou assim a descrevemos". Esta definição, embora pareça corresponder ao uso cotidiano do termo dor, apresenta alguns problemas. Consideremos os dois seguintes exemplos:

- 1 - um indivíduo que relata dor apresentando fratura exposta;
- 2 - um indivíduo que se queixa de cefaléia intensa.

No primeiro caso poderíamos dizer que a dor é mais convincente pois podemos "enxergá-la". Já no segundo caso temos apenas o relato da pessoa que precisa estar associado a outros indicadores como postura, face contraída e outros mais para que possamos "inferir" que a dor está presente.

Deparamo-nos, no entanto, com pessoas que, mesmo queixando dor intensa, continuam desenvolvendo suas atividades normalmente, apresentando-se calmas. Podemos duvidar da dor queixada. Porém, será que ela deixa de existir por isso?

Tomada em sentido estrito, a dor é uma impressão penosa de natureza especial.

Do ponto de vista psicológico ela é assumida por caracteres particulares de difícil descrição mas de fácil conhecimento, os quais a distinguem das demais impressões penosas. Muitas impressões desagradáveis não se apresentam dolorosas, tais como os estados de mal estar difuso, de fraqueza, de acabrunhamento, etc.

Fisiologicamente, há um comportamento específico da dor, compreendendo fenômenos reflexos, reações vaso motoras, viscerais, musculares, gritos, lágrimas, movimentos de retração, contrações faciais, pulso e respiração irregulares, diminuição das secreções, dilatação das pupilas, entre outros. Todavia, essas reações não ocorrem necessariamente todas juntas nem são absolutamente automáticas, pelo menos, na espécie humana. Várias delas podem ser inibidas por um esforço voluntário. Isto, juntamente com o grau de sensibilidade, explica que variem tanto de

indivíduo a indivíduo, exagerando uns a expressão de dor, ao contrário, reprimendo-a outros.

Até mesmo a cultura e o nível sócio-econômico das pessoas podem ter aí sua parcela de influência. O domínio de si mesmo pode, por vezes, levar até a aparência da inexistência da dor.

Após várias modificações, a partir de 1979, conforme proposto pelo Comitê de Taxionomia da Associação Internacional para o Estudo da Dor, a definição de dor passou a ser:

"Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial, ou descrita em termos deste dano".

Em 1985, Michael Bond, um psiquiatra escocês, sugeriu que fosse acrescentado a esta definição que a "dor é uma experiência que se expressa e se reconhece por determinados padrões de comportamento". São ainda necessários muitos estudos mais para definir que padrões de comportamento seriam estes.

TEORIAS DA DOR

Embora a dor sempre tenha sido uma preocupação constante na história do Homem e muitos livros tenham sido publicados

descrevendo fatos conhecidos sobre ela, seu enigma ainda persiste pois muitas questões fundamentais a seu respeito ainda não obtiveram respostas.

As teorias sobre dor sofreram uma evolução histórica, sendo considerada como ponto de partida a descrição clássica de Descartes, que em 1664 concebia o sistema doloroso como um canal direto da pele ao cérebro. Ele sugeria que o sistema se comporta como a função de tocar um sino numa igreja: puxa-se a corda embaixo e o sino toca no campanário. Outro exemplo seu dizia que pisar em uma fogueira põe em atividade certas partículas no pé e este movimento transmite-se ao longo da perna e dorso até a cabeça, onde desencadeia um presumível sistema de alarme. O indivíduo então sente a dor e a ela reage.

Nos três últimos séculos esta teoria sofreu uma certa evolução. No século XX, com o aparecimento da fisiologia como ciência experimental, surgem questionamentos como: "O que diferencia as qualidades de sensação, tais como as visuais e as auditivas? Como as sensações na pele se distinguem do cheiro e do paladar? Qual a base destas diferentes qualidades sensoriais?"

Num primeiro momento, os resultados dos estudos pareciam mostrar que o cérebro toma conhecimento do mundo exterior graças as mensagens transmitidas através dos nervos sensoriais, portanto, relacionava-se a qualidade da experiência com as propriedades dos nervos sensitivos. Segundo Melzack e Wall (1987), Johannes Muller, em 1842, foi quem primeiro formulou esta proposição em termos científicos e a sua doutrina ficou conhecida como a "doutrina da energia específica dos nervos". Tal contribuição foi importante no sentido de demonstrar que os processos sensitivos baseiam-se na asserção formal de que o cérebro recebe informações de objetos externos através dos nervos sensitivos.

Essa descrição ganhou muitos adeptos e entre eles Max von Frey, um médico que, empenhado nesses estudos, publicou entre 1894 e 1895 vários artigos propondo uma teoria dos sentidos cutâneos. Tal teoria que se manteve por mais de 50 anos, constitui a base da moderna teoria da especificidade.

Embora a teoria de von Frey falasse somente de receptores, seus sucessores procuraram fibras específicas ligando os receptores à medula espinal, bem como vias específicas no interior desta. Seguindo esta linha de pensamento, Keele em 1957 tenta descobrir a "via de dor medular". Seus estudos sugeriam que o quadrante ântero-lateral medular era criticamente importante para a sensação dolorosa. Como consequência, o feixe espino-talâmico que sobe na região ântero-posterior da medula tornou-se conhecido com "via da dor".

A teoria da especificidade começa então a ser refutada pela "teoria do padrão de estimulação" (Pattern Theory) tendo Goldcheideir como seu primeiro difusor. Ele propunha que a intensidade do estímulo e a somação central são determinantes críticos de dor.

Tal teoria enunciava que esquemas especiais de impulsos nervosos que originam dor se produzem pela somação de influxos sensitivos cutâneos nas células do corno posterior da medula. De acordo com esta concepção, a dor aparece quando o débito total das células ultrapassa o nível crítico, quer após uma estimulação excessiva de receptores normalmente ativados por estímulos térmicos ou táteis inofensivos, quer por condições patológicas que incrementem a somatização dos influxos produzidos por excitação normalmente ineficaz.

Esta teoria gerou dois tipos de concepção: a "teoria do padrão periférico" que considerava a dor devida a estimulação periférica

excessiva, originada em esquemas de impulsos nervosos resultando na interpretação dolorosa e a "teoria da somação central" que sugeria a responsabilização de mecanismos específicos centrais neuronais nos fenômenos de somação da experiência dolorosa. Livingston (1943) foi o primeiro a defender esta hipótese.

Gerard (1951) sugere uma diferenciação na hipótese de Livingston e segundo sua opinião a lesão de um nervo periférico pode originar uma perda temporária do controle sensitivo exercido sobre as descargas dos neurônios da medula espinal.

Apesar da grande utilidade representada por estas duas teorias, ambas não conseguem explicar o porque de cirurgias medulares feitas com este propósito, falharem, muito frequentemente, em aliviar a dor.

Em 1959, Noordenbos lança uma nova contribuição para a interação sensitiva, isto é, a proposta de existência de um sistema de fibras de condução rápida que inibe a transmissão sináptica dos sinais de dor que seriam veiculados por um sistema de condução lento. Na teoria de Noordenbos, as fibras finas surgem como veículos de padrões de impulsos nervosos que produzem a dor, enquanto que as fibras grossas são inibidoras de transmissão destes impulsos.

As teorias de Livingston e de Noordenbos representam um passo teórico importante na resolução do enigma da dor.

Não podemos, no entanto, deixar de retomar a concepção mais antiga da dor, tida como uma emoção contrária ao prazer. Destacáremos aqui a definição de Marshall (1894), filósofo e psicólogo, que afirma: "a dor é uma qualidade emocional que dá colorido a todos os eventos sensitivos". Falava ele, inclusive, da dor provocada por um falecimento ou pela audição de uma peça mal executada. Tal concepção foi rapidamente

banida mas, se tomada de uma forma menos radical, tem a vantagem de por em equação uma importante dimensão da dor: além de um componente sensorial ela também possui um aspecto afetivo muito forte que impele à ação, por exemplo, para fazê-la cessar.

Em 1965 é lançada a "Teoria das Comportas" por Melzack e Wall que, recuperando os conceitos anteriormente enunciados, propõe existir nos cornos posteriores medulares um mecanismo neural que se comporta como um portão, podendo aumentar ou diminuir o débito dos impulsos transmitidos desde as fibras periféricas até o sistema nervoso central. O influxo somático submete-se, pois, à influência reguladora do portão mesmo antes de criar uma percepção e conseqüente reação à dor (Figura 1).

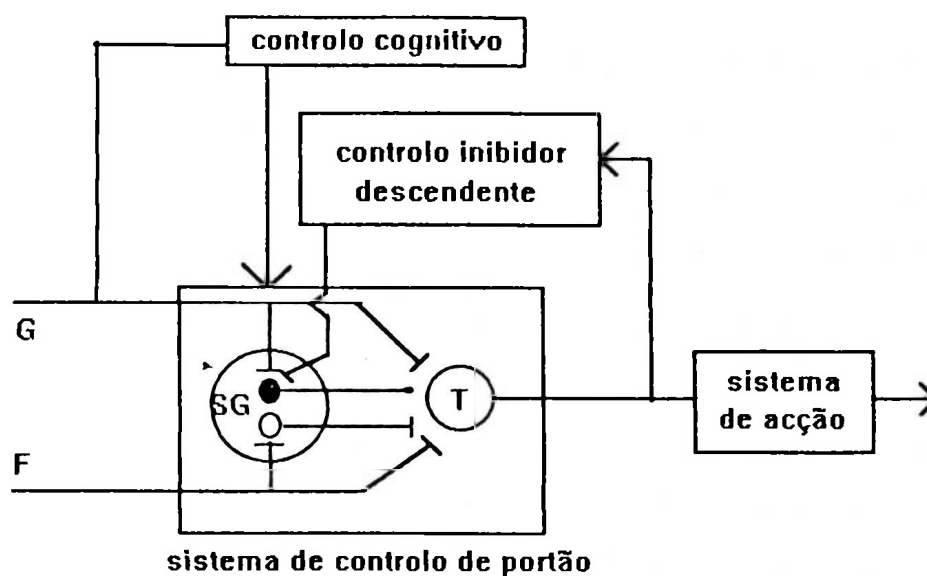


Figura 1. Teoria do portão: Segunda versão. Este novo modelo inclui as relações excitadoras (círculo branco) e inibidoras (círculo negro) entre a substância gelatinosa (SG) e as células de transmissão (T), assim como um controlo inibidor descendente proveniente de sistemas do tronco cerebral. O pequeno círculo negro no fim do elo inibitório significa que a acção deste último pode ser pré-sináptica, pós-sináptica ou as duas. Todas as conexões são excitadoras com excepção do elo inibidor que interrelaciona a SG com T (Melzack, 1987).

O grau de aumento ou diminuição da transmissão sensitiva que o portão produz é determinado pela atividade relativa das fibras grossas (A-Beta) e finas (A-Delta e C) bem como por influências descendentes emanadas do cérebro.

Quando a quantidade de informação que atravessa o portão ultrapassa um certo nível crítico, há uma ativação das zonas neurais responsáveis pela experiência dolorosa e sua reacção.

De modo simples, se o portão estiver aberto a informação é transmitida para o cérebro, mas se estiver parcialmente aberto ou fechado, menores quantidades de informação, ou nenhuma, chegarão ao cérebro. A posição do portão e, portanto, a facilidade com que a informação que leve à geração de dor passa através dele, dependem do equilíbrio da atividade de fibras nervosas grossas e finas e de fibras descendentes provenientes de centros mais elevados. Os dois autores da teoria identificaram certas estruturas na substância gelatinosa e na substância cinzenta do corno dorsal da medula como elementos celulares formadores do sistema do portão. Assim, a transmissão central para o cérebro depende da ativação das células de transmissão por fibras nervosas mais grossas ou mais finas. A quantidade de transmissão destas fibras para as células de transmissão (T) é regulada, por sua vez, pela ação das células da substância gelatinosa (a célula SG) , que produz efeito por inibição pré-sináptica ou, talvez, pós-sináptica.

A célula SG é ativada por ramos colaterais de fibras grossas, principalmente aquelas que ascendem na coluna dorsal da medula, relacionadas com propriocepção e toque (neurônios A Beta) e inibida pela atividade de fibras finas, ou seja, aquelas relacionadas com a geração da dor. Em circunstâncias normais, a atividade do sistema de fibras grossas predomina e a transmissão nas células T é inibida.

Quando não há estimulação nociva, ocorre uma frequência baixa mas constante de atividade nas fibras finas que participam da manutenção de um estado de alerta para transmitir, caso o número de impulsos aumente em associação a uma estimulação nociva. Quando isto ocorre, geralmente há atividade simultânea no sistema de fibras grossas que inicialmente inibe a descarga da célula T por ação da célula SG.

Ocorre, contudo, a somação no sistema de fibras finas e a atividade atinge um ponto no qual a célula SG é inibida por ela e a célula T se torna ativa, o portão é aberto e ocorre a transmissão para o cérebro.

A atividade central também influencia esta situação uma vez que ela tanto pode facilitar quanto inibir a passagem central da informação. Pode-se dizer, então, que na ansiedade elevada o nível de dor sentido fica aumentado porque parece que a atividade gerada no sistema límbico cerebral e transmitida via formação reticular do tronco cerebral "abre o portão". Em outras situações, quando o indivíduo está disputando uma atividade esportiva, pode não aparecer dor quando ocorre uma lesão, talvez devido ao efeito inibitório de outros centros superiores que "fechem o portão".

Pode-se afirmar, então, que mesmo que o sistema de portão esteja diretamente ligado à medula, mecanismos semelhantes se apresentam em todos os níveis do sistema nervoso central.

De acordo com estudos mais recentes, existe uma substância P que é o neurotransmissor para as fibras C. Essa substância P é um peptídeo de 11 cadeias de aminoácidos que existe concentrado em diversas áreas do sistema nervoso, incluindo aquelas sabidamente envolvidas na geração da dor, tais como os pequenos neurônios do gânglio sensorial, as fibras C dos nervos sensoriais e em neurônios nociceptivos do núcleo do trigêmeo. Também está concentrada na substância gelatinosa da medula que apresenta em contrapartida uma alta densidade de interneurônios contendo encefalina. Os análogos da encefalina suprimem completamente a liberação da substância P, uma ação que pode ser revertida pelo narcótico antagonista Naloxone.

A substância P, se aplicada ao corno dorsal da medula, ativa principalmente neurônios que respondem a estímulos nocivos na periferia. Sua distribuição no cérebro é semelhante a das encefalinas.

Os neurônios do núcleo da rafe do tronco cerebral inferior e do bulbo contêm tanto substância P quanto serotonina, que supostamente tem um importante papel na modulação da dor em nível medular.

O efeito excitatório da substância P sobre a membrana pós-sináptica das células da substância gelatinosa é inibido por encefalinas produzidas por interneurônios medulares curtos, excitados pelos neurônios descendentes serotoninérgicos dos núcleos da linha média do tronco cerebral e do bulbo. Os opiáceos exógenos também inibem a ação da substância P e, portanto, abolem a dor.

Se os pesquisadores até Melzack e Wall preocuparam-se em explicar a dor como objeto de um tráfico codificado no seio de um rede de ligações nervosas específicas, ficando privada de sentimento, estes dois estudiosos têm o grande mérito de devolver ao fenômeno doloroso seus três componentes: sensorial, afetiva e cognitiva.

O componente sensorial refere-se a nossa capacidade de analisar a natureza, a localização, a intensidade e a duração do estímulo doloroso. Ela é transportada pelos cordões laterais da medula.

O componente afetivo faz da dor o antídoto do prazer. Utiliza as regiões medianas do tronco cerebral e do cérebro em conexão com as estruturas límbicas. Este componente pode ser suprimido ou atenuado através de cirurgias (psicocirurgias, lobotomia frontal, cingulotomia) apagando a tonalidade afetiva desagradável e criando uma verdadeira assimbolia da dor.

O componente cognitivo tem o caráter avaliador da dor. Nela estão implicados os fenômenos de antecipação, atenção, sugestão, memória e experiência anterior. Isto se deve à ação do neocórtex.

Tomando por base o conhecimento dos componentes da dor delineados por Melzack e Wall, muitos trabalhos vêm sendo desenvolvidos na expectativa de avaliar o fenômeno doloroso. Tais trabalhos são mais numerosos quando têm como população estudada pessoas adultas, porém os estudos com dor em criança vêm aumentando nos últimos anos.

REVISÃO DA LITERATURA SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇA

Apesar do avanço tecnológico e científico já alcançado pela Medicina e Biologia, a dor continua sendo um dos problemas mais intrigantes e ao mesmo tempo, um experiência tão comum que raramente nos detemos em nosso dia a dia para tentar defini-la ou entendê-la.

Considerando que esta experiência é global ao indivíduo, que a vivencia, tratando-se de experiência que o envolve sensorial, afetiva e cognitivamente, os danos causados por ela também repercutem neste indivíduo de maneira global, isto é, todo o seu ser estará sendo envolvido por esta dor.

Segundo Jeans (1983), a discussão sobre a idade precisa em que a dor é primeiramente percebida ainda existe e alguns profissionais da saúde defendem a idéia que os bebês são relativamente insensíveis a ela. A autora refuta tal idéia apontando vários trabalhos tais como de Peiper, Poznaski e Wasz-Hockert, que demonstram a dor presente em recém-nascidos.

Bond (1986) aborda a questão do como as crianças percebem suas dores, salientando ser esta uma informação naturalmente importante para quem lida com elas. O autor discorre sobre ser a dor uma capacidade inata dos homens e animais, ressaltando que as crianças de tenra idade respondem com afastamento a um estímulo nocivo e que, se este estímulo for intenso, ela reagirá com caretas, choro, palidez e irritação. Afirma ainda que com o avançar da idade, o comportamento da criança frente a dor vai sendo modificado por influências familiares e culturais.

Nesse sentido é interessante citar Melzack e Wall (1982) que referem-se ao papel importante dos valores culturais sobre a percepção de cada um da dor e do como se reage a ela. Os autores ilustram esse papel relatando a cerimônia praticada em certas regiões da Índia na qual se elege um membro de um determinado grupo social que terá a função de abençoar as crianças e as colheitas. O escolhido tem espetados ganchos de aço nos músculos do dorso, ligados por fortes cordas ao topo de uma viga elevadiça montada em uma carroça especial. Tal carroça percorre as aldeias e quando pára, "o eleito" se solta e se balança livremente, suspenso pelos ganchos espetados nas costas, abençoando crianças e colheitas, impressionantemente sem manifestar qualquer sinal de dor, parecendo estar em um estado de excitação.

Outro exemplo dado pelos autores é o da África Oriental onde homens e mulheres se submetem, sem qualquer anestesia ou droga anestésica, a uma operação chamada "trepanação" na qual são cortados o couro cabeludo e os músculos subjacentes descobrindo uma grande parte do crânio. O sangue é recolhido em um vaso que o próprio operado segura sob o queixo, sem manifestar qualquer comportamento que expresse dor. Tal operação é realizada como um processo para aliviar uma dor crônica.

Se considerarmos o fato de que muitas vezes o tratamento analgésico do paciente é orientado pela queixa de dor do mesmo, ela somente terá valor se for acreditada pela Enfermagem que é quem o acompanha mais diretamente, num processo contínuo de assistência. Nesse sentido, a responsabilidade de providenciar alívio à dor do paciente exige uma "precisa avaliação por parte da enfermagem.

Com o objetivo de ressaltar a importância do papel da enfermeira na interpretação da dor do paciente destaca-se o trabalho de Teske

et al (1983) que compararam as observações de enfermeiras sobre a dor dos pacientes com a dor referida por eles. O estudo foi realizado com 37 pacientes ambulatoriais, comparando os auto-relatos de dor dos pacientes com os comportamentos não verbais significativos de dor para as enfermeiras. Os resultados do trabalho demonstraram que, principalmente em relação ao paciente com dor crônica, houve uma discrepância entre os auto-relatos e as observações das enfermeiras, mostrando que os pacientes relataram sentir ao fato de que quando a dor torna-se crônica, os pacientes apresentam menos comportamentos não verbais relativos às suas dores.

A tentativa de se medir clinicamente a dor tem sido preocupação de muitos pesquisadores. Para Bond (1986) essa avaliação clínica da dor geralmente se relaciona com uma medida objetiva feita pelo médico ou enfermeiro, baseada nos comentários do paciente, na sua aparência e, de forma significativa, na própria experiência do observador.

Jeans (1983) em um artigo de revisão, analisa trabalhos de avaliação de dor em crianças dividindo-os por faixa etária. Em relação aos bebês (até um ano de idade) os trabalhos desenvolvidos consideram as manifestações comportamentais, sendo o choro e as respostas motoras, as mais estudadas para avaliação da dor. São apontados pela autora os trabalhos de Fisischelli et al e Wasz-Hockert et al.

Gildea e Quirk (1977) também apontam o choro como primeiro meio de comunicação da dor que a criança apresenta. As autoras consideram que a comunicação não verbal é utilizada pela criança de até 3 anos para demonstrar dor. Comportamento como apertar os dentes, cerrar os lábios firmemente, abrir amplamente os olhos, agitação e comportamento físico agressivo como chutar e bater, são demonstrados pela criança e devem

ser observados pela pessoa que cuida delas no sentido de tentar combater a dor ou a ameaça da dor.

Owens (1984) destaca em seu artigo vários estudos de comportamento de dor em crianças de tenra idade, ressaltando o trabalho de Wolff que caracteriza o choro de dor como tendo um padrão definido mas que a partir de um certo momento este padrão se torna indistinto de um choro de irritação. Owens aponta também que as pessoas que convivem mais intimamente com a criança aprendem a distinguir os motivos do choro porém que ele sozinho não é suficiente como medida de dor em crianças.

A criança por volta dos 3 anos de idade começa a utilizar a linguagem como forma de comunicação de sua dor além de já se tornar capaz de utilizar alguns instrumentos de medida de dor, como demonstrado em alguns trabalhos.

Jeans e Gordon (1981) afirmam que as crianças de 5 anos entendem a palavra dor e são hábeis para descrever qualidades da dor. As autoras desenvolveram um trabalho com 54 crianças saudáveis, idade entre 5 e 13 anos, tendo como proposta levantar as palavras usadas pelas crianças para descrever vários tipos de dor. Pelos dados obtidos elas afirmam que as crianças de 5 anos já utilizam adjetivos para suas dores e o número deles vai aumentando com a idade. Por volta dos 13 anos os adjetivos utilizados pela criança representam quase todos os subgrupos de palavras componentes do Questionário McGill de Dor (Melzack, 1975) elaborado para avaliação de dor em adultos.

Unruh et al (1983) desenvolveram um trabalho no qual um grupo de crianças com idade a partir dos 5 anos foram solicitadas a desenhar suas dores. Os resultados deste trabalho mostraram que as crianças são capazes de comunicar a dor sentida através do desenho e que esses

desenhos podem ser categorizados tanto por conteúdo como por cor. Ficou evidenciado não existirem padrões relacionados nem com a idade nem com o sexo das crianças do estudo.

Mather e Mackie (1983) em um estudo sobre a incidência da dor pós-operatória em crianças, trabalharam com um grupo de 170 crianças com média de idade de 8 anos utilizando para avaliação da dor uma escala número/palavra de 0 a 2 onde 0=nenhuma dor, 0.1 a 0.5=dor fraca, 0.6 a 1.0=dor moderada e 1.0 a 2.0=dor severa ou máxima. A escala foi utilizada para que a criança indicasse a dor sentida, comparando-a com a prescrição e a administração de medicação analgésica nos dias pós-cirurgia. A análise dos dados obtidos demonstrou que somente 25% dos pacientes não referiram dor no dia da cirurgia e 40% referiram a dor como moderada ou severa. Comparando com a medicação prescrita com a condição se necessário, em aproximadamente 46% dos casos as drogas prescritas consideradas mais potentes não foram administradas, sendo substituídas em 29% por medicação considerada menos potente. Nos outros casos nenhum analgésico foi administrado. Os autores avaliaram que a incidência da dor considerada pelas crianças como moderada ou severa foi alta, a despeito do seu tratamento, sendo os padrões de prescrição analgésica utilizados pela equipe médica considerados pelos autores como "pobres". Eles concluíram também que a interpretação das ordens de prescrição analgésica pela Enfermagem em muito contribuiu para a pouca analgesia.

Abu-Saad (1984) explora em seu estudo os auto-relatos de crianças sobre experiência dolorosa. O autor trabalhou com um grupo de crianças de idade entre 9 e 15 anos, submetidas a cirurgias sob anestesia geral e utilizou como instrumentos de avaliação da dor parâmetros fisiológicos como pulso, respiração e pressão arterial, indicadores comportamentais como

vocalizações, expressão facial e movimentos corporais e uma escala de dor constituída de uma linha de 10 cm onde o ponto 0 (zero) significava nenhuma dor e o ponto 10 (dez) uma dor muito intensa. Os resultados mostraram que as respostas das crianças à escala foram significativamente relacionadas aos indicadores corporais, faciais e vocais de dor e que a escala demonstrou validade para avaliação tanto da dor como do efeito da medicação analgésica.

Neste mesmo trabalho o autor descreve oito estudos de casos nos quais ele ressalta que as enfermeiras são muito moderadas no uso de medicações analgésicas com a indicação se necessário e que instrumentos de avaliação de dor são muito necessários para auxiliar os profissionais de saúde na efetiva avaliação e controle da experiência de dor em crianças. Embora a escala não deva ser usada isoladamente das observações de outras reações da criança, ela é um instrumento bastante útil para a avaliação.

Bieri et al (1990) desenvolveram uma escala de faces para avaliar a intensidade da dor em criança. A escala foi obtida a partir do estudo com 533 crianças de idade variando entre 6 e 9 anos, divididas entre as cinco fases do estudo. Na fase 1 foi solicitado às crianças que desenhassem cinco faces mostrando diversos graus de dor. Destes desenhos foram elaboradas cinco séries de sete desenhos cada, séries estas desenhadas por pessoas com habilidades artísticas. Na fase 2, as cinco séries foram reduzidas a uma única série, a partir do grau de acordo no ordenamento das faces para o nível de dor. Nas fases 3 e 4 as crianças foram solicitadas a ordenar as faces escolhidas, de modo a indicar da menor para a maior dor, observando um intervalo de tempo entre as duas fases e na fase 5 as crianças avaliaram suas experiências dolorosas anteriores utilizando a escala. Os resultados do estudo levaram os autores a concluir que as crianças captaram facilmente a idéia da

escala de faces demonstrando dor e que não apresentaram nenhum problema com a palavra dor. Em geral, as crianças usaram os olhos e a boca como principais sinais de variação da dor, usando também em menor grau, o enrugamento da testa, lágrimas, alterações de bochechas, queixo e nariz. Concluem o trabalho recomendando o uso da escala de faces como medida de dor por ser simples, de uso rápido e não verbal e requerendo mínimas instruções para seu uso, indicando no entanto a necessidade de mais estudos para sua validação.

Este último estudo serviu de suporte para a proposição da escala de faces como instrumento de avaliação de dor em criança apresentada no presente trabalho.

METODOLOGIA

LOCAL DO ESTUDO

Foram selecionados três escolas de primeiro grau, da cidade de São Carlos, SP, representando uma amostra diversificada da população, considerando o tipo de escola e sua clientela.

A escolha recaiu sobre uma escola particular, cuja população de estudante, em sua maioria, composta de filhos de pais de bom nível sócio-cultural, uma escola municipal, de bairro periférico, que atende crianças de baixo poder aquisitivo e baixo nível sócio-cultural e uma escola estadual, localizada em bairro de classe média, representando o médio nível sócio-cultural.

POPULAÇÃO

Participaram do presente estudo 140 crianças, sem dor presente, distribuídas nos três tipos de escola, com idade entre 6 e 12 anos, escolaridade variando da pré-escola até 6ª série do 1º grau.

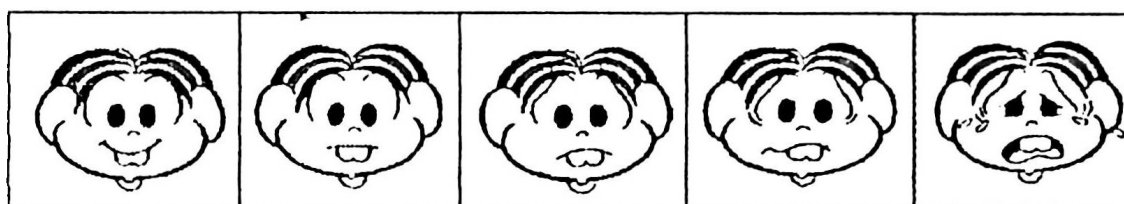
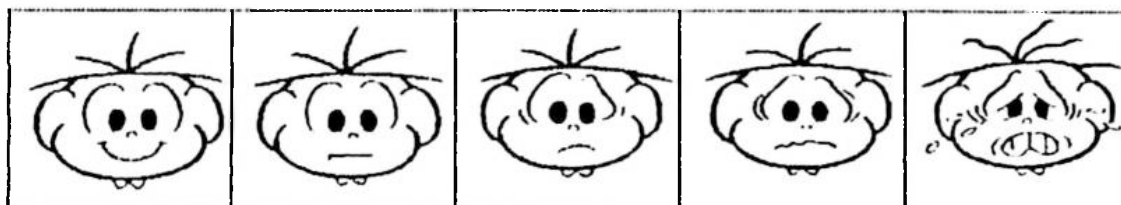
INSTRUMENTOS

ESCALA DA FACES

Optamos pela utilização de uma escala de figuras populares e familiares às crianças brasileiras, no sentido de ser atrativa para as mesmas e de certa forma possibilitar a identificação da criança com a escala.

Para isso solicitamos a ajuda de MAURÍCIO DE SOUZA, autor de personagens infantis de revistas em quadrinhos e desenhos animados bastante conhecidos pelas crianças, para a execução dos desenhos da escala.

Após a leitura da proposta do trabalho foram elaboradas duas sequências: - uma com personagem masculino, o CEBOLINHA, e outra com personagem feminino, a MÔNICA. As sequências mostram cinco expressões partindo da expressão sem dor até a expressão de dor insuportável (a pior dor possível) considerando uma escala âncora alfanumérico onde 0=sem dor, 1=dor leve, 2=dor moderada, 3=dor forte e 4=dor insuportável (a pior possível).



PROTOCOLO DE REGISTRO

Os dados referentes a cada criança foram registrados em um protocolo, constando de : tipo de escola, idade, sexo, escolaridade, número de irmãos, posição na família, experiência dolorosa citada pela criança, seqüência masculina e feminina formada pelas mesmas, opção pelo sexo das figuras em relação ao sexo da criança, figura apontada para quantificar a experiência dolorosa.

PROCEDIMENTOS

COLETA DOS DADOS

As sequências originais das figuras foram transformadas em cartões, cada um contendo apenas uma figura, sem número ou palavra âncora.

Após obtenção da autorização dos responsáveis pelas escolas, 30% das crianças de cada sala, escolhidas ao acaso, sendo metade do sexo masculino e metade do sexo feminino, participaram da coleta.

Nas escolas particular e municipal, os dados foram coletados, individualmente, pela pesquisador. Na escola estadual, após treinamento das professoras responsáveis pelas salas, feito pela pesquisadora, os dados foram coletados por elas. Tal treinamento consistiu de reunião explicativa sobre os objetivos do estudo, manipulação dos cartões e protocolo de registro pelas professoras e orientação sobre as perguntas e informações a serem passadas às crianças, no sentido de padronizá-las.

Os dados referentes a cada criança foram obtidos dela própria. Eram então apresentados todos os cartões, tanto das figuras do Cebolinha quanto da Mônica, totalmente embaralhados. Informava-se então às crianças que os personagens, estando no início sem dor nenhuma, começavam a sentir uma dor qualquer e esta dor ia gradativamente aumentando até tornar-se insuportável.

Uma vez formada a primeira sequência pela criança, esta era anotada de acordo com a numeração da escala âncora, sendo anotado

também o sexo das figuras em relação ao sexo da criança. Solicitava-se a seguir que a criança formasse a outra seqüência, com o objetivo de testar se o refazer aumentaria o índice de acertos.

Em seguida era perguntado à criança uma dor que ela já havia sentido, solicitando que ela apontasse na seqüência formada qual figura representava essa dor e qual figura representava o momento seguinte em que a dor desaparecera ou diminuía. Todos esse dados eram registrados.

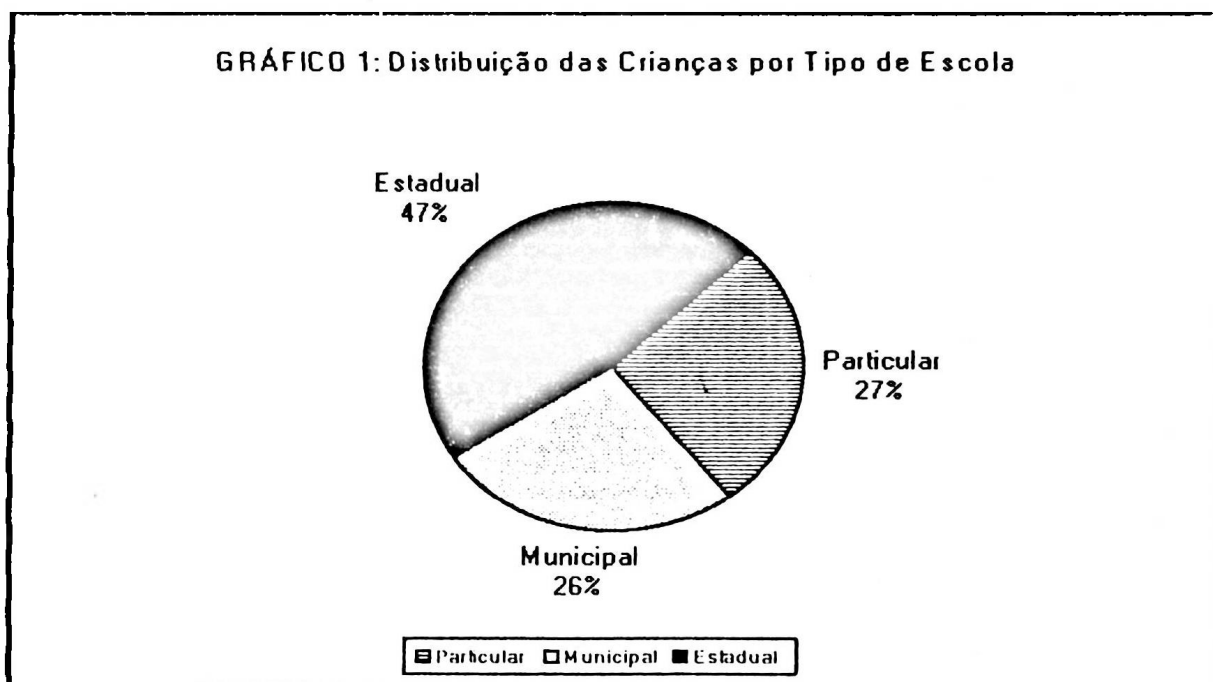
Os dados foram então submetidos à análise utilizando-se testes estatísticos tais como: análise descritiva, freqüência e distribuição e Qui-quadrado.

O tópico seguinte apresenta e discute os resultados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

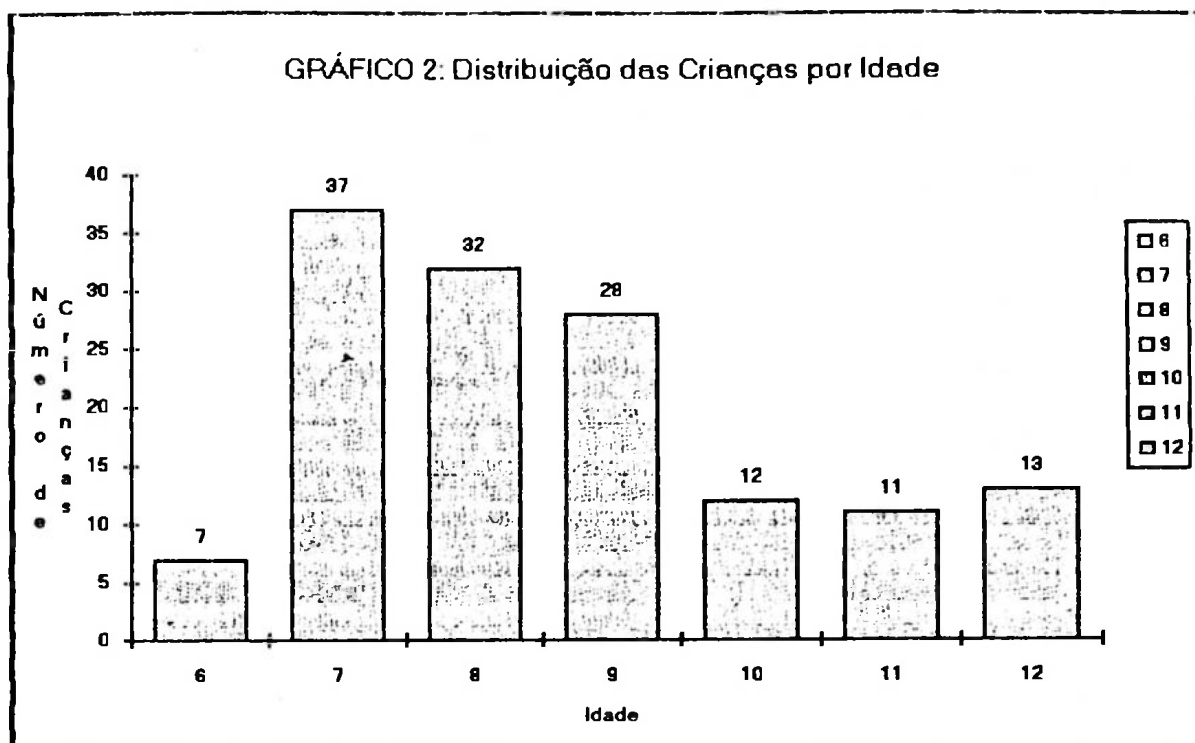
Do total da amostra (140 crianças), a distribuição por tipo de escola foi da seguinte forma: 27.1% da escola particular, 26.4% da escola municipal e 46.4% da escola estadual. Observando o Gráfico 1, notamos que a soma das escolas particular e municipal representam aproximadamente 53% da amostra total, portanto quase a amostra da escola estadual. Tais resultados devem-se ao fato das amostras representarem 30% das crianças de cada escola, na faixa etária estipulada para o estudo.



A idade das crianças variou de 6 a 12 anos, tendo a maior concentração na amostra as idades de 7, 8 e 9 anos (37=20.4%, 32=22.9% e 28=20%, respectivamente). Os dados são representados na Tabela 1 e Gráfico 2.

TABELA 1: Distribuição das crianças por idade

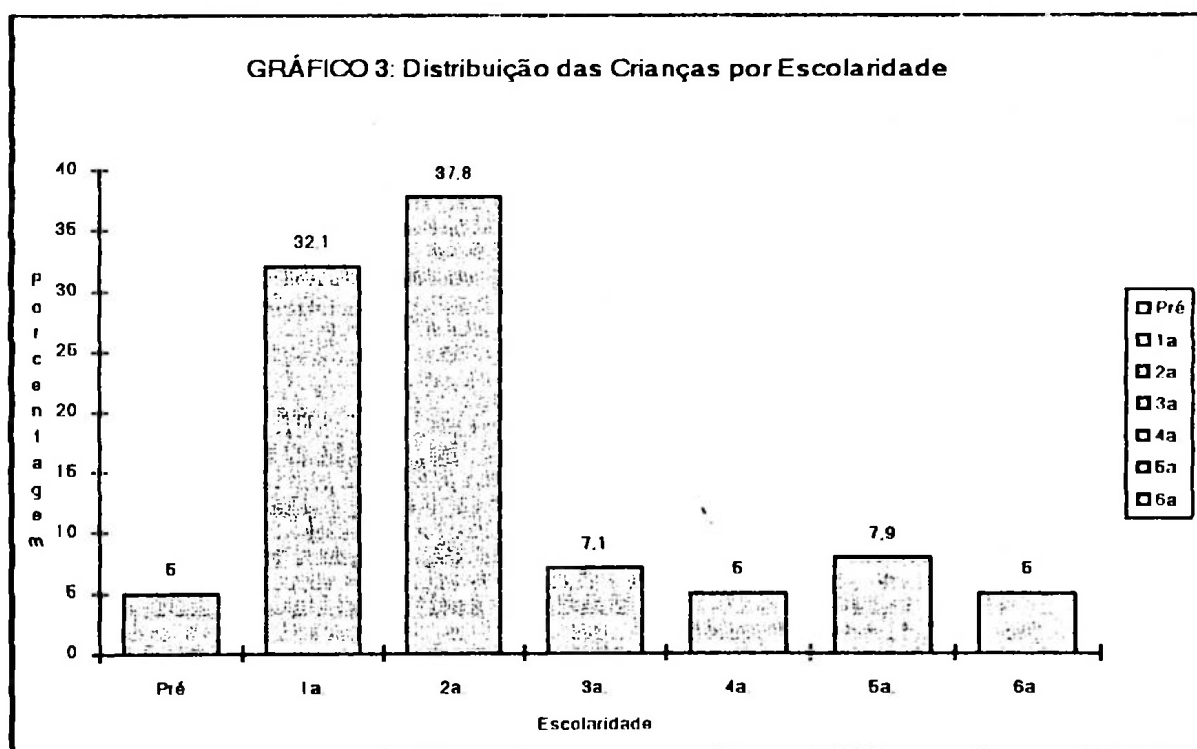
IDADE	NÚMERO	PORCENTAGEM
06	07	5.0
07	37	26.4
08	32	22.9
09	28	20.0
10	12	8.6
11	11	7.9
12	13	9.3
TOTAL	140	100.0



Em relação à escolaridade, a mesma variou da pré-escola até a sexta série do primeiro grau, com a maior concentração na primeira e segunda série (45=32.1% e 53=37.9%), conforme os dados apresentados na Tabela 2 e Gráfico 3.

TABELA 2: Distribuição das crianças por escolaridade

ESCOLARIDADE	NÚMERO	PORCENTAGEM
pré	07	5.0
1	45	32.1
2	53	37.9
3	10	7.1
4	7	5.0
5	11	7.9
6	7	5.0
TOTAL	140	100.0



Quanto ao sexo, a amostra apresentou 49.3% do sexo masculino e 50.7% do sexo feminino (Tabela 3).

TABELA 3: Distribuição das crianças por sexo

SEXO	NÚMERO	PORCENTAGEM
masculino	69	49.3
feminino	71	50.7
TOTAL	140	100.0

Em relação ao número de irmãos na família, observamos que a maioria das crianças tem de 1 a 3 irmãos sendo de 1º a 3º filho, conforme os Gráficos 4 e 5.

GRÁFICO 4: Distribuição das Crianças por Número de Irmãos

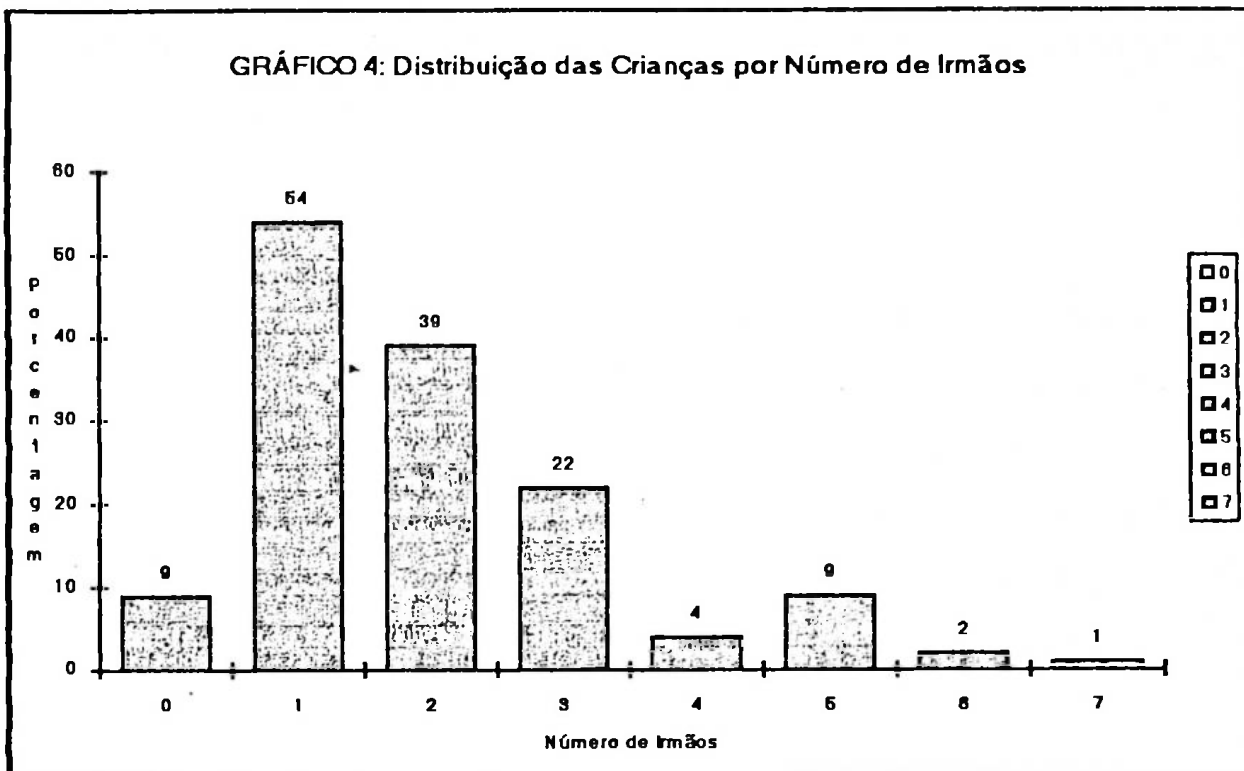
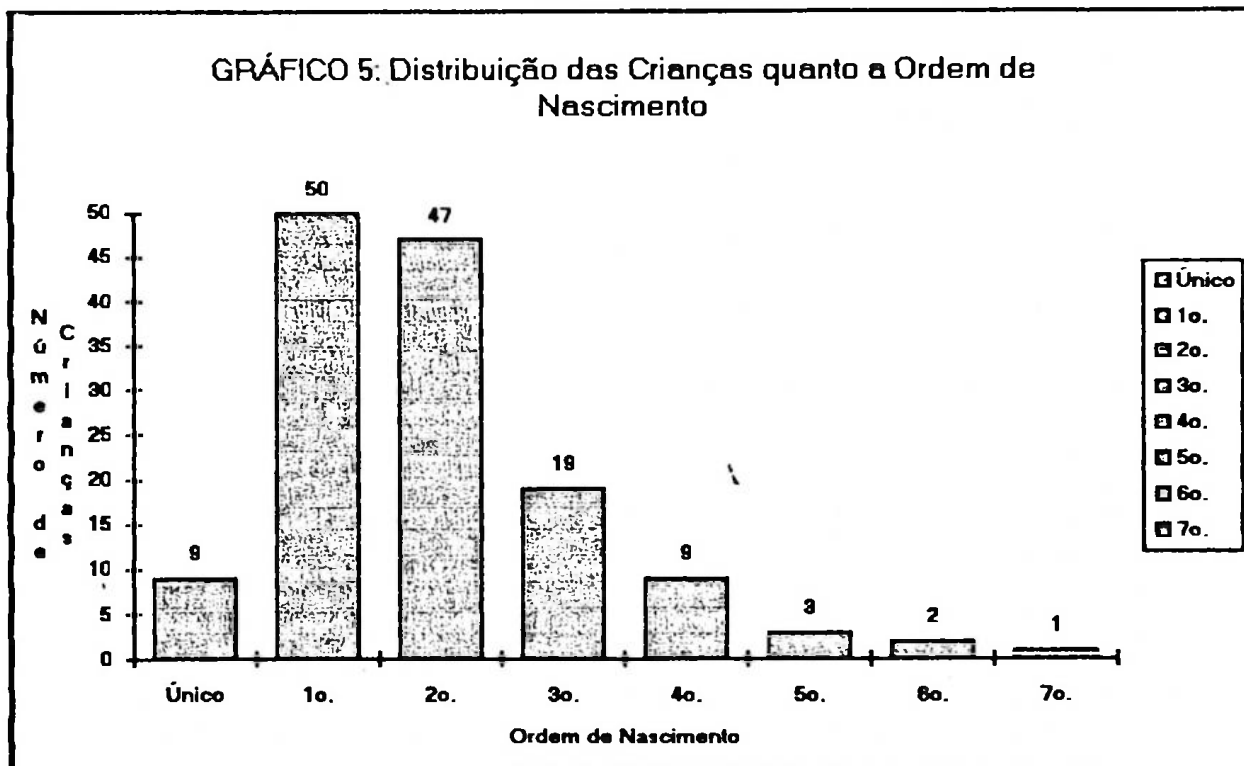


GRÁFICO 5: Distribuição das Crianças quanto a Ordem de Nascimento



ANÁLISE DAS SEQUÊNCIAS DAS FIGURAS FORMADAS PELAS CRIANÇAS

Analisando os dados obtidos quanto à formação das sequências das faces pelas crianças, observamos que do total da amostra, 111 crianças (79.3%) formaram a sequência masculina e 113 (80.7%) a sequência feminina conforme as originais, isto é, a sequência 0-1-2-3-4. Dentre as demais sequências formadas, o maior índice foi o da sequência 0-2-1-3-4 com 11 crianças (7,9%) para a masculina e 6 (4.3%) para a feminina. Os dados são apresentados nas Tabelas 4 e 5.

TABELA 4: Sequência Masculina Formada Pelo Total da Amostra

SEQUÊNCIA MASCULINA	NÚMERO	PORCENTAGEM
0-1-2-3-4	111	79.3
0-2-1-3-4	11	7.9
0-2-3-1-4	6	4.3
1-2-0-3-4	3	2.1
0-1-3-2-4	2	1.4
0-3-1-2-4	2	1.4
2-0-3-1-4	2	1.4
0-3-2-1-4	1	0.7
0-3-2-4-1	1	0.7
2-3-1-4-0	1	0.7
TOTAL	140	100.0

TABELA 5: Seqüência feminina formada pelo total da amostra

SEQÜÊNCIA FEMININA	NÚMERO	PORCENTAGEM
0-1-2-3-4	113	80.7
0-2-1-3-4	6	4.3
0-1-3-2-4	5	3.6
0-2-3-1-4	2	1.4
0-3-1-2-4	2	1.4
0-3-2-1-4	2	1.4
0-4-2-3-1	2	1.4
1-0-2-3-4	2	1.4
1-3-0-2-4	1	0.7
1-4-2-3-0	1	0.7
1-3-2-0-4	1	0.7
1-4-3-0-2	1	0.7
2-1-0-3-4	1	0.7
2-3-0-4-1	1	0.7
TOTAL	140	100.0

Se observarmos as figuras 1 e 2 na escala, podemos dizer que a diferenciação de ambas é mínima, ficando restrita, principalmente, a mudança nos olhos. Tal fato poderá ser o responsável pela inversão nas seqüências das últimas 17 crianças citadas.

Considerando os índices de seqüências corretas obtidos pelas crianças sendo 79.3% para a masculina e 80.7% para a feminina, podemos afirmar que as mesmas foram significativamente entendidas pelas crianças, o que ao nosso ver, permite ser utilizada como escala.

Observando as posições de cada figura na formação das seqüências masculinas, no total da amostra, notamos que a **figura 0** apareceu 134 vezes (95.7%) na posição 1, a **figura 1** 113 vezes (80.7%) na posição 2, a **figura 2** 113 vezes (80.7%) na posição 3, a **figura 3** 125 vezes (89.3%) na posição 4 e a **figura 4** 138 vezes (98.6%) na posição 5. Os dados acima estão apresentados pela Tabela 6.

TABELA 6: Posição das figuras masculinas na formação das seqüências

FIGURAS	0		1		2		3		4	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1a.	134	95.7	3	2.1	3	2.1	0	0	0	0
2a.	2	1.4	113	80.7	20	14.0	5	3.5	0	0
3a.	3	2.1	14	10.0	113	80.7	10	7.1	0	0
4a.	0	0	9	6.4	4	2.8	125	89.3	2	1.4
5a.	1	0.7	1	0.7	0	0	0	0	138	98.6

Em relação as figuras femininas, analisando a amostra global, observamos que a figura 0 apareceu 132 vezes (94.3%) na 1ª posição, a figura 1, 119 vezes (85%) na 2ª posição, a figura 3, 125 vezes (89.3%) na 4ª posição e a figura 4, 135 vezes (96.4%) na 5ª posição. A Tabela 7 apresenta esses dados.

TABELA 7: Posição das figuras femininas na formação das seqüências

FIGURAS	0		1		2		3		4	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
1a.	132	94.3	6	4.2	2	1.4	0	0	0	0
2a.	2	1.4	119	85.0	8	5.7	7	5.0	4	2.8
3a.	3	2.1	8	5.7	121	86.4	8	5.7	0	0
4a.	2	1.4	4	2.8	8	5.7	125	89.3	1	0.7
5a.	1	0.7	3	2.1	1	0.7	0	0	135	96.4

Notamos que os maiores índices das figuras em posição correta são os das figuras 0 e 4, para ambos os sexos. Podemos considerar que o resultado é devido as características nítidas das expressões **sem dor e dor máxima**, respectivamente, além de serem os extremos da escala. Se notarmos, no entanto, os índices obtidos pelas figuras intermediárias, tanto masculinas quanto femininas, observaremos que os mesmos também obtiveram valores altamente significantes pois variaram entre 80,7% e 89.3%, o que confirma o valor de escala.

Em relação ao tipo de escola, as crianças formaram da seguinte forma: na **escola particular**, 37 crianças (97.4%) formaram a seqüência masculina e 38 (100%) a seqüência feminina conforme as originais. Na **escola municipal**, 35 crianças (94.6%) formaram tanto a seqüência masculina quanto a feminina conforme originais. Na **escola**

estadual , 39 (60%) formaram a seqüência masculina e 40 (61.5%) a seqüência feminina conforme as originais. A Tabela 8 apresenta esses dados.

TABELA 8: Seqüências formadas em relação ao tipo de escola

SEQ.	MASCULINA				FEMININA			
ESC.	Correta		Incorreta		Correta		Incorreta	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Part. (n=38)	37	97.4	1	2.6	38	100	0	0
Munic. (n=37)	35	94.6	2	5.4	35	94.6	2	5.4
Estad. (n=65)	39	60.0	26	40.0	40	61.5	25	38.5
Total (n=140)	111	79.2	29	20.7	113	80.7	27	19.3

Embora possamos inferir que o alto índice de acerto apresentado pelas crianças da escola particular seja devido ao melhor nível de informação que estas crianças possam ter, relacionando-o com melhor nível socio-econômico, devemos salientar que o mesmo ocorreu com as crianças da escola municipal. O fato, então, ressalta a variável **entrevistador**, uma vez que as crianças de ambas as escolas foram entrevistadas pela pesquisadora,

enquanto as crianças da escola estadual o foram pelas professoras da mesma, após treinamento. Tais achados podem estar relacionados tanto a falhas de entendimento por parte das professoras quanto a maior habilidade da pesquisadora, uma enfermeira, em abordar o tema dor com as crianças.

Considerando a variável sexo em relação a formação das seqüências, observamos que do total de crianças do sexo masculino (69=100%), 55 (79.7%) formaram a seqüência masculina e 14 (20.3%) a seqüência feminina conforme as originais. Das 71 (100%) do sexo feminino, 56 (78.9%) formaram a masculina e 15 (21.1%) a feminina conforme originais (Tabela 9).

TABELA 9: Seqüência formada em relação ao sexo das crianças (%)

SEQ.	MASCULINA				FEMININA			
	Correta		Incorreta		Correta		Incorreta	
Sexo	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Mascu- lino (n=69)	55	79.7	14	20.3	59	85.5	10	14.5
Femi- nino (n=71)	56	78.9	15	21.1	54	76.1	17	23.9
Total (n=140)	111	79.0	29	21.0	113	80.7	27	19.3

Notamos que ocorre uma inversão nos acertos em relação ao sexo, isto é, as crianças do sexo masculino obtiveram maior índice de acerto na escala feminina (Mônica) e as do sexo feminino, maior índice de acerto na escala masculina (Cebolinha). Se observarmos, no entanto, a primeira opção de escolha das crianças em relação ao sexo das figuras (Tabela 10), notaremos que o maior índice de primeira escolha recai sobre as figuras do mesmo sexo que o das crianças e, portanto, ao formar a figura do sexo oposto ao seu, já trazia a experiência da primeira seqüência formada, aumentando o número de acertos.

Os dados mostraram que 54 (78.3%) das crianças do sexo masculino optaram pelas figuras do sexo masculino e 15 (21.7%) pelas femininas. Das crianças do sexo feminino, 59 (83.1%) optaram pelas figuras do sexo feminino e 12 (16.9%) pelas figuras masculinas (Tab. 10).

TABELA 10: Escolha do sexo das figuras em relação ao sexo das crianças

SEXO DA CRIANÇA	MASCULINO		FEMININO	
	Nº.	%	Nº.	%
Sexo das Figuras				
Mesmo sexo	54	78.3	59	83.1
Sexo oposto	15	21.7	12	16.9
TOTAL (140)	69	100.0	71	100.0

Quanto à idade das crianças em relação ao acerto na formação das seqüências, obtivemos 85.7% (6) tanto para a masculina quanto para a feminina na idade de 6 anos, 62.2% (23) para a masculina e 67.6% (25) na idade de 7 anos, 78.1% (25) para a masculina e 71.9% (23) para a feminina na idade de 8 anos, 85.7% (24) para a masculina e 82.1% (23) para a feminina na idade de 9 anos, 91.7% (11) para a masculina e 100% (13) para a feminina na idade de 10 anos, 100% para ambas seqüências na idade de 11 anos e 84.6% (11) para a masculina e 100% (13) para a feminina na idade de 12 anos (Tab.11).

TABELA 11: Seqüência fornada em relação a idade das crianças

IDADE	6		7		8		9		10		11		12	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Seqüên cia														
Correta	6	6	23	25	25	23	24	23	11	12	11	11	11	13
Incor- reta	1	1	14	12	7	9	4	11	1	0	0	0	2	0
TOTAL	6		37		32		28		12		11		13	

Embora as respostas corretas das crianças de 6 anos seja em número maior que as das crianças de 7 anos, provavelmente influenciado pela questão já anteriormente citada quanto ao entrevistador, uma vez que as de 6 anos são, na maioria, da escola particular, observamos um crescente aumento de acertos em relação à idade, chegando aos 11 anos com 100% de acerto. O menor índice, obtido pelas crianças de 7 anos (62.2% para a masculina e 67.6% para a feminina) ainda justifica o uso das figuras como escala.

Quanto à formação das seqüências, em relação à escolaridade das crianças, observamos que das crianças da pré-escola, 85.7% (6) formaram as seqüências masculina e feminina conforme as originais. Das crianças da 1ª série, 62.2% (28) formaram a seqüência masculina e 66.7% (30) a feminina como as originais. Das crianças da 2ª série, 79.2% (11)

formaram tanto a seqüência masculina quanto a feminina conforme as originais. A totalidade das crianças da 3ª, 4ª, 5ª e 6ª séries formaram as seqüências de forma correta. Os dados são apresentados na Tabela 12.

TABELA 12: Seqüências Formadas em Relação a Escolaridade

IDADE	6		7		8		9		10		11		12	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Correta	6	6	28	30	42	42	10	10	7	7	11	11	7	7
Incorreta	1	1	17	15	11	11	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	7		45		53		10		7		11		7	

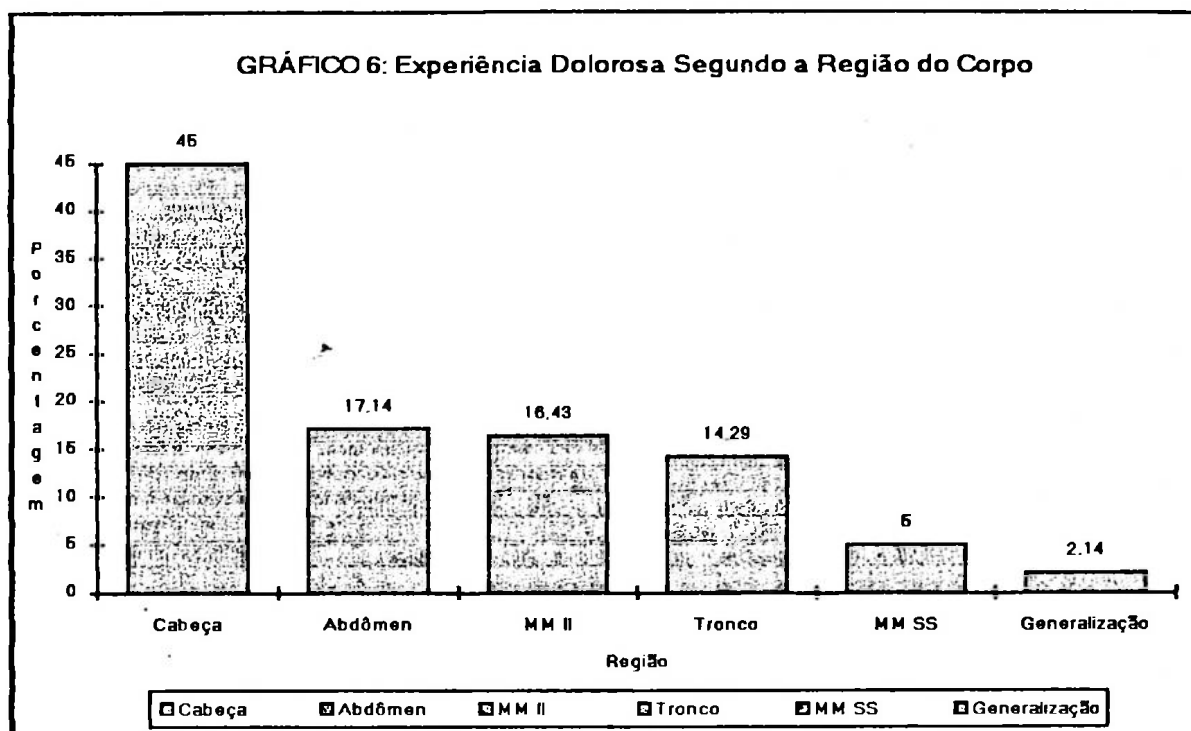
Novamente aqui observamos o aumento do índice de acerto em relação ao maior desenvolvimento da criança porém, ainda devemos considerar o menor índice (o da 1ª série) significantes, lembrando as possíveis influencias da questão entrevistador/tipo de escola já citada.

USO DA ESCALA DA FACES

EXPERIÊNCIA DOLOROSA CITADA PELA CRIANÇA

Em relação aos dados das dores apontadas pelas crianças, as mesmas foram agrupadas segundo a região do corpo, para efeito de apresentação.

O grupo de "dor de cabeça", representando as cefaléias, dores de ouvido, dores de dente, dor de garganta, ferimentos e traumatismos na face, dores no pescoço e nos olhos, apresentou 63 crianças (45%). O grupo de "dor abdominal", representando dor de barriga e dor no estômago, apresentou 24 crianças (17,14%). O grupo de "dor nos membros superiores", representando dores nos braços, mãos e dedos das mãos, causados por ferimentos, fraturas ou traumatismos, apresentou 7 crianças (5%). O grupo de "dor nos membros inferiores", representando dores nas pernas, joelho, pés e região do quadril, apresentou 23 crianças (16,43%) tendo como causas traumatismos, ferimentos, fraturas, injeções ou sem causa determinada. O grupo de "dor no tronco", representando dores por queimadura no tronco, dor no peito por pneumonia, por perda de entes queridos, brigas ou separação dos pais e por medo de ser castigada e dores "do lado" por movimentação excessiva, apresentou 20 crianças (14,29%). O grupo de "dor generalizada", representando dores em mais de um local, apresentou 3 (2,14%). Os resultados estão apresentados pela Gráfico 6.



Comparando os achados com os dados da literatura, observamos que as dores de cabeça e as dores abdominais são os tipos de dores mais amplamente estudadas em crianças. Um artigo de revisão sobre epidemiologia da dor, publicado por Goodman (1991) aponta para isso. O autor cita vários trabalhos tais como de Valquist, Hughes, Cooper, Bille, Watters, Sillampaa, Sparks, entre outros, que estudaram a dor de cabeça em crianças, mostrando sua alta prevalência bem como suas correlações.

Em relação a dor abdominal, Goodman aponta um estudo de Apley e Naish, de 1978, mostrando uma prevalência de 28%, em crianças de 9 anos de idade e de 14% aos 6 anos. Outros trabalhos também podem ser

citados tais como de Faull e Nicol, Teperi e Rimpela que enfocam a alta incidência de dor abdominal.

Menahem (1983) também aponta a incidência de 20% de dor abdominal em crianças de todas as idades.

Os índices de dores de membros inferiores e superiores encontrados no presente estudo apresentam um componente ligado às atividades das crianças que relataram quase sempre às atividades das crianças que relataram quase as causas das dores como quedas de bicicletas, quedas ao correr, correr e pancadas, situações bastante comuns nas idades estudadas.

Foram citadas ainda, pelas crianças, causas de dores relacionadas a doenças tais como pneumonia, hepatite, parotidite, verminose e causas ligadas a procedimentos dolorosos como injeção, suturas e cirurgias.

Observando os dados das dores em relação ao sexo das crianças, notamos que 33 crianças do sexo masculino (47,7%) apontaram "dor na cabeça", 15 (21,7%) "dor abdominal", 5 (7,2%) "dor nos membros superiores", 8 (11,6%) "dor nos membros inferiores", 6 (8,6%) "dor no tronco" e 2 (2,9%) "dores generalizadas".

Quanto às crianças do sexo feminino, 30 (42,2%) apontaram "dor na cabeça", 9 (12,7%) "dor abdominal", 4 (7,2%) "dor nos membros superiores", 13 (18,3%) "dor nos membros inferiores", 14 (19,7%) "dor no tronco" e 1 (1,4%) "dor generalizada". Os dados são apresentados pela Tabela 13.

TABELA 13: Experiência de dor apontada pela criança em relação ao sexo

SEXO	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Dor						
Dor na cabeça	33	47.8	30	42.2	63	45.0
Dor abdominal	15	21.7	9	12.7	24	17.1
Dor nos MMSS	5	7.3	2	2.8	7	5.0
Dor nos MMII	8	11.6	15	21.1	23	16.5
Dor no tronco	6	8.6	14	19.8	20	14.3
Dor generalizada	2	2.9	1	1.4	3	2.1
TOTAL	69	100.0	71	100.0	140	100.0

Considerando a idade em relação aos tipos de dores apontados pelas crianças, observamos que o grupo de "dor na cabeça" apareceu em todas as idade, sendo 4 crianças com 6 anos (2 do sexo masculino e 4 do masculino), 18 crianças de 7 anos (9 do sexo masculino e 9 do sexo feminino), 11 crianças de 8 anos (5 do sexo masculino e 6 do sexo feminino), 14 crianças de 9 anos (7 de cada sexo), 4 crianças de 10 anos (2 de cada sexo), 7 de 11 anos (6 do sexo masculino e 1 do sexo feminino) e 5 crianças de 12 anos (2 do sexo masculino e 3 do feminino) que apresentaram este tipo de dor.

No grupo de dor abdominal houve maior índice na idade de 8 anos, sendo 8 as crianças que apontaram tal tipo das quais 7 do sexo masculino e 1 do sexo feminino.

Os dados referentes ao tipo de dor em relação à idade estão apresentados na Tabela 14.

TABELA 14: Tipo de dor apontada em relação a idade das crianças

IDADE	6		7		8		9		10		11		12	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
cabeça	2	2	9	9	5	6	7	7	2	2	6	1	2	3
abdom.	2	0	0	3	7	1	2	2	3	1	0	1	1	1
MMSS	0	1	0	0	2	0	0	0	1	1	0	0	2	0
MMII	0	0	3	7	1	2	2	2	0	1	1	3	1	0
Tronco	0	0	2	3	2	5	1	5	0	1	0	0	1	0
Gener.	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
TOTAL	4	3	14	23	18	14	12	16	6	6	7	5	8	4

Quanto a experiência de dor relatada pelas crianças em relação ao tipo de escola que elas freqüentam, notamos que na escola particular 21 crianças (55.3%) apresentaram dor no grupo de dor na cabeça, 5 (13.1%) dor abdominal, 3 (7.9%) dor nos MMSS, 6 (15.7%) dor nos MMII e 3 (7.9%) dor no tronco. Na escola municipal, 22 (59.4%) dor na cabeça, 7 (19%) dor abdominal, 2 (5,4%) dor nos MMSS, 4 (10.8%) dor nos MMII, 1 (2.7%) dor no tronco e 1 (2.7%) dor generalizada. Na escola estadual, 20 (30.8%) dor na cabeça, 12 (18.4%) dor abdominal, 2 (3.1%) dor nos MMSS,

13 (20%), 16 (24.6%) dor no tronco e 2 (3.1%) dor generalizada. Os dados são apresentados na Tabela 15.

TABELA 15: Relação entre experiência dolorosa e tipo de escola

ESCOLA	PARTICULAR		MUNICIPAL		ESTADUAL		TOTAL	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Dor								
cabeça	21	55.3	22	59.4	20	30.8	63	45.0
abdominal	5	13.1	7	19.0	12	18.4	24	17.1
MMSS	3	7.9	2	5.4	2	3.1	7	5.0
MMII	6	15.8	4	10.8	13	20.0	23	16.5
tronco	3	7.9	1	2.7	16	24.6	20	14.4
generalização	-	-	1	2.7	2	3.1	3	2.1
TOTAL	38	100.0	37	100.0	65	100.0	140	100.0

Quanto ao tipo de dor apontada pelas crianças em relação à escolaridade, observamos que do total de 7 crianças da pré-escola, 4 (57.1%) apresentaram dor de cabeça, 2 (28.6%) dor no abdomen e 1 (14.3%) dor nos membros superiores. Das 45 crianças da 1ª série, 23 (51.1%) apresentaram dor na cabeça, 4 (8.9%) dor no abdomen, 11 (24.5%) dor nos MMII, 6 (13.3%) dor no tronco e 1 (2.2%) dor generalizada. Das 53 crianças da 2ª série, 20 (37.8%) apresentaram dor na cabeça, 11 (20.7%) dor no abdomen, 2 (3.8%) dor nos MMSS, 7 (13.2%) dor nos MMII, 12 (22.6%)

dor no tronco e 1 (1.9%) dor generalizada. Das 10 crianças da 3ª série, 5 (50%) apresentaram dor na cabeça, 2 (20%) dor no abdomen, 1 (10%) dor no MMII, 1 (10%) dor no tronco e 1 (10%) dor generalizada. Das 7 crianças da 4ª série, 2 (28,6%) apresentaram dor na cabeça, 3 (42.8%) dor no abdomen, 1 (14.3%) dor no MMSS e 1 (14.3%) dor nos MMII. Das crianças da 5ª série, 5 (45.4%) apresentaram dor na cabeça, 1 (9.1%) dor no abdomen, 2 (18.2%) dor nos MMSS, 2 (18.2%) dor nos MMII e 1 (9.1%) dor no tronco. Das 7 crianças da 6ª série, 4 (57.1%) apresentaram dor na cabeça, 1 (12.3%) dor no abdomen, 1 (14.3%) dor nos MMSS e 1 (14.3%) dor nos MMII. Os dados das porcentagens são apresentados na Tabela 16.

TABELA 16: Distribuição das experiências dolorosas em relação à escolaridade

DOR ESCOL.	Cabeça	Abdô-men	MMSS	MMII	Tronco	Genera-lização
Pré-esc.	57.1	28.6	14.3	-	-	-
1ª. série	51.1	8.9	-	24.5	13.3	2.2
2ª. série	37.8	20.7	3.8	13.2	22.6	1.9
3ª. série	50.0	20.0	-	10.0	10.0	10.0
4ª. série	28.6	42.8	14.3	14.3	-	-
5ª. série	45.4	9.1	18.2	18.2	9.1	-
6ª. série	57.1	14.3	14.3	14.3	-	-

QUANTIFICAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA

Observando os dados de quantificação da dor através da escala de faces proposta, notamos que das 63 crianças (45%) que relataram dor na cabeça, 1 (1.68%) apontou-a como sendo a figura 1, 4 (6.4%) como a figura 2, 17 (27%) como a figura 3 e 41 (65%) como a figura 4. Das 24 crianças (17.14%) que relataram dor abdominal, 11 (45.83%) apontaram-na como sendo a figura 3 e 13 (54.16%) como sendo a figura 4. Das 7 crianças (5%) que relataram dor nos MMSS, 2 (28.57%) apontaram-na como sendo a figura 3 e 5 (71.43%) como sendo a figura 4. Das 23 crianças (16.5%) que relataram dor nos MMII, 1 (4.34%) apontou-a como sendo a figura 2, 5 (27.74%) como a figura 3 e 17 (73.92%) como a figura 4. Das 20 crianças (14.3%) que relataram dor no tronco, 5 (25%) apontaram-na como sendo a figura 3 e 15 (75%) como sendo a figura 4. Apenas 3 crianças (2.1%) relataram dor generalizada e todas apontaram-na como sendo a figura 4.

Em relação à questão de como ficara a dor depois de alguma estratégia de alívio da mesma, os dados mostraram que das 63 crianças do grupo de dor na cabeça, 58 (92%) apontaram a figura 0, 2 (3.17%) a figura 1, 2 (3.17%) a figura 2 e 1 (1.58%) a figura 3. Das 24 crianças que relataram dor abdominal, 23 (95.83%) apontaram a figura 0 e 1 (4.17%) a figura 1. Das 7 crianças do grupo de dor nos MMSS, 6 (85.71%) apontaram a figura 0 e 1 (14.29%) a figura 1. Das 23 crianças que relataram dor nos MMII, 22 (95.65%) apontaram a figura 0 e 1 (4.35%) a figura 1. Das 20 crianças que relataram dor no tronco, 11 (55%) apontaram a figura 0, 7 (35%) a figura 1 e 2 (10%) a figura 2. Cabe ressaltar que neste grupo foram incluídas 11 crianças que relataram dor no peito por perda (morte) de entes

queridos, brigas e/ou separação dos pais e medo. Os dados referentes a quantificação da experiência dolorosa e de como ficou a dor depois de alguma estratégia de alívio são apresentados na Tabela 17.

TABELA 17: Distribuição das crianças em relação a quantificação da dor

DOR	Cabeça	Abdô- men	MMSS	MMII	Tronco	Genera- lização	Total
Figuras aponta- das*							
4 - 0	38	13	4	16	7	3	81
4 - 1	1	-	1	-	6	-	8
4 - 2	1	-	-	-	2	-	3
4 - 3	1	-	-	1	-	-	2
3 - 0	15	10	2	5	4	-	36
3 - 1	1	1	-	-	1	-	3
3 - 2	1	-	-	-	-	-	1
2 - 0	4	-	-	1	-	-	5
1 - 0	1	-	-	-	-	-	1
Total	63	24	7	23	20	3	140

OBS: * - o 1º número indica a quantificação da dor relatada e o 2º a dor após alguma intervenção para alívio.

Observando-se as pontuações das dores sentidas e citadas pelas crianças, notamos que 94 crianças (67.1%) apontaram-na como sendo dor máxima (4) e que destas, 81 (86.1%) indicaram o momento depois de alguma estratégia de alívio como sendo sem dor (0), 8 (8.5%) como sendo dor leve (1), 3 (3.1%) como dor moderada (2) e 2 (2.1%) como dor forte (3). Das 40 crianças que apontaram a dor "forte" (3), 36 (90%) indicaram o depois da dor como o "sem dor", 3 (7.5%) como 1 "dor leve" e 1 (2.5%) como 2 "dor moderada". As 5 crianças que apontaram a dor como 2 (dor moderada) apontaram o depois da dor como 0 (sem dor) e a única criança que apontou a dor como 1 (dor leve) apontou o depois da dor como 0 (sem dor).

Os dados encontrados em relação ao uso da escala de faces para quantificar uma experiência dolorosa bem como o momento depois de tal dor, mostram que todas as crianças utilizaram um valor maior para o momento da dor em relação ao depois da dor.

CONCLUSÕES

Considerando a população utilizada no presente estudo, podemos afirmar que as sequências de faces apresentadas às crianças foram entendidas como faces seqüenciadas de expressão de dor, tomando como ponto de referência o número de acertos das sequências formadas para traduzir a informação de que as figuras partiam do ponto sem dor e atingiam o ponto de dor máxima. Os acertos foram da ordem de 79.3% para a seqüência masculina e de 80.7% para a feminina.

As características estudadas da população tais como idade, sexo, escolaridade, tipo de escola, não mostraram interferir significativamente no entendimento da seqüência pois o menor índice de acerto foi da ordem de 62.2%, embora se constate um aumento no número de acertos em relação a idade e escolaridade, em função de um maior grau de desenvolvimento da criança.

Se compararmos os dados obtidos neste estudo com os encontrados no trabalho de Bieri et al (1990) podemos concluir que eles são semelhantes, ou seja, as crianças captaram a idéia de faces demonstrando a expressão de dor, aumentando progressivamente. Tal como no trabalho citado, a diferenciação das figuras das sequências em estudo se mostra, principalmente, através de variações dos olhos e da boca, alterações da testa, bochechas, queixo e nariz e presença de lágrimas.

Consideramos, por esses dados, que as sequências podem ser utilizadas como uma escala de faces para interpretação da dor sentida pela criança, salientando a necessidade de que a mesma seja usada pela

Enfermagem em conjunto com as observações da experiência de outras reações da criança.

Cabe ressaltar aqui que a Enfermagem é a parte da Equipe de Saúde que mais tempo permanece junto ao paciente cabendo a ela, portanto, a maior responsabilidade sobre a observação global da criança bem como a avaliação do observado, para a tomada de decisão.

A escala pretende servir como instrumento motivador e desencadeador destas observações, propiciando uma proximidade maior com a criança e favorecendo uma melhor comunicação entre ela e o profissional, a respeito de sua dor.

Tal processo deverá levar a um aprimoramento na avaliação da dor bem como de seu controle, visando uma melhor adequação das estratégias de alívio.

O estudo mostrou ainda que as crianças não tiveram dificuldade em relatar dores pois a escala foi utilizada por elas para apontar uma grande diversidade de experiências dolorosas, incluindo até mesmo como dor as sensações causadas por perda de entes queridos, medo de algum castigo, brigas entre os pais ou separação dos mesmos. Tais sensações não são contempladas pela definição de dor proposta pelo Comitê de Taxionomia da Associação Internacional de Estudos da Dor (I.A.S.P.), já citada anteriormente, pois elas não se apresentam no plano físico.

Estes achados levam-nos a considerar que a escala poderá ser usada em situações semelhantes, considerando que tais sensações se constituem em prejuízo para a criança, causando ansiedade, desconforto e mesmo alterações fisiológicas. Cabe a Enfermagem saber detectá-las e buscar formas para controlá-las ou amenizá-las.

Concluimos ainda que o uso da escala para quantificar a experiência dolorosa apontada pela criança parece ser apropriado uma vez que não obtivemos nenhum dado onde a criança apontasse um valor menor para a situação de dor em relação ao seu alívio.

Pudemos observar ainda que um mesmo tipo de dor, por exemplo dor de cabeça, pontuações variadas (4, 3, 2, 1) e a situação pós essa dor pontuações como 0, 1, 2, 3. Tais diferenças podem ser explicadas pela individualidade de cada criança em relação a tolerância à dor, podendo esta ser influenciada por fatores culturais, experiências anteriores, o momento da dor, entre outros como citado em Melzack (1987).

Na proposta de uso da escala de faces como instrumento de avaliação da dor em criança, no entanto, essas diferenças não serão problemáticas para cada criança, uma vez que ela mesma atuará como seu parâmetro, ou seja, com o mesmo tipo de escala ela avaliará o seu momento de dor e o pós dor ou mesmo a dor após alguma estratégia de alívio ter sido empregada. Sua individualidade estará resguardada. A própria diferença de pontuação para dores do mesmo tipo parece sugestivo da presença dessa marca de individualidade no uso da escala.

Entendemos, entretanto, que esta escala de faces indicada para a avaliação da dor em crianças não se esgota em si mesma. Ao contrário, marca o ponto inicial para uma gama de novos estudos, necessitando, num primeiro momento, ser avaliada em situação de dor presente, sendo esta a nossa proposta de continuidade deste trabalho.

Não obstante, consideramos que esta etapa preliminar poderá em muito contribuir para a atuação da Enfermagem no que diz respeito a tomada de decisão frente a uma situação de dor vivenciada por uma criança. Destacamos, por exemplo, uma situação onde se tenha como

prescrição um analgésico com a condição se necessário ou outra que necessite de alguma intervenção para o alívio da dor que, primeiro precisará ser acreditada pela Enfermagem, para depois ser tratada. A escala possibilitará uma comunicação mais rápida da situação bem como uma forma de avaliar o procedimento realizado para o alívio da dor.

Pretendemos ainda que este trabalho resulte como um estímulo ao aumento do estudo da questão dor em crianças, um problema tão comum do dia a dia dos profissionais da Saúde, especialmente da Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABU-SAAD, H. Assessing children's responses to pain. **Pain**, v.19, p.163-171, 1984.
- BIERI, D.; REEVE, R. A.; CHAMPION, G. D.; ADDICOAT, L.; ZIEGLER, J. B. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. **Pain**, v.41, p.139-150, 1990.
- BOND, M. R. **Dor - natureza, análise e tratamento**. Tradução de Bento M. V. Gonçalves. 2a.ed. Rio de Janeiro : Colina, 1986.
- COMITÊ DE TAXIONOMIA DA I.A.S.P. **Pain**, 6, 1979.
- GILDEA, J. H.; QUIRK, T. R. Assessing the pain experienced in children. **Pain**, v.15, p.271-282, 1983.
- GOODMAN, J. E.; McGRATH, P. J. The epidemiology of pain in children and adolescent: a review. **Pain**, v.46, 1991.
- HAHN, Y. S., McLEONE, D. G. Pain in children with Spinal Cord Tumours. **Child's Brain**, v.11, p.36-46, 1984.

- HESTER, N. K. The preoperational child's reaction to immunization. **Nurs. Research**, v.28, p.250-255, 1979.
- JEANS, M. E. The measurement of pain in children. In: MELZACK, R. ed. **Pain measurement as assessment**. New York : Raven Press, 1983, p.183-189.
- JEANS, M. E.; GORDON, D. J. Developmental characteristics of the concept of pain. Trabalho apresentado no 3º Congresso Mundial de Dor, Edinburg, Scotland, 1981.
- LAVIGNE, J. V.; SCHULEIN, M. J.; HAHN, Y. S. Psychological aspects of painful medical conditions in children. I - Developmental aspects and assessment. **Pain**, 27, p.133-146, 1986.
- MATHER, L.; MACKIE, J. The incidence of pos-operative pain in children. **Pain**, v.15, p.271-282, 1983.
- MELZACK, R.; WALL, P.D. **Pain mechanisms: a new theory**. *Science*, v.150, p.971-979, 1965.
- MELZACK, R. The McGill Questionnaire: major properties and scoring methods. **Pain**, v.1, p.277-299, 1975.
- MELZACK, R.; WALL, P. D. **O desafio da dor**. Tradução de Nelson Rodrigues Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian, 1987.

- MENACHEM, S. Understanding the management of the child with pain. **The Medicinal Journal of Australia**, jun. 11, 1983.
- MERSKEY, Y. H. On the development of pain. **Headache**, v.10, p.116-123, 1970.
- OWENS, M. E. Pain in infancy: conceptual and methodological issues. **Pain**, v.20, p.213-230, 1984.
- PIMENTA, C. A.; KOIZUMI, M. S.; FERREIRA, M. T. C.; PIMENTEL, I. L. C. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Rev. Paul. Enf.**, v.11, n.1, p.3-10, 1992.
- SCHULZ, N. V. How children perceive pain. **Nursing Outlook**, v.19, n.10, p.670-673, 1971.
- TESKE, K.; DAUT, R. L.; CLEELAND, C. S. Relationships between Nurses 'Observations and Patients' self-reports of pain. **Pain**, v.16, p.289-296, 1985.
- UNRUH, A.; McGRATH, P.; CUNNINGHAM, S. J.; HUMPHREYS, P. Children's drawings of their pain. **Pain**, v.17, p.385-392, 1983.
- VINCENT, J. D. **Biologia das paixões**. Portugal : Publicações Europa-América Ltda., 1986.