

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MANEJO DA DOR
E USO DE OPIOIDES EM PEDIATRIA**

Aluno: Gabriel Rodrigues Martins de Freitas

Porto Alegre, 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

**CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MANEJO DA DOR E
USO DE OPIOIDES EM PEDIATRIA**

Dissertação apresentada por **Gabriel Rodrigues
Martins de Freitas** para obtenção do GRAU DE
MESTRE em Ciências Farmacêuticas.

Orientador: Prof. Dra. Isabela Heineck

Porto Alegre, 2013

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, em nível de Mestrado, em nome do Autor, aluno do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 28/03/2013 pela Banca Examinadora constituída por:

Profa. Dr. Erica Mallman Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Profa. Dr. Iraci L. da Silva Torres

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

CIP - Catalogação na Publicação

Freitas, Gabriel Rodrigues Martins de
CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O
MANEJO DA DOR E USO DE OPIOIDES EM PEDIATRIA /
Gabriel Rodrigues Martins de Freitas. -- 2013.
92 f.

Orientadora: Isabela Heineck.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Manejo da dor. 2. Opioides. 3. Avaliação de dor. 4. Pediatria. I. Heineck, Isabela, orient. II. Título.

Agradecimentos ao CNPq, órgão que financiou a bolsa de estudos para o desenvolvimento deste trabalho e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que permitiu a coleta de dados necessários para elaboração da presente dissertação.

AGRADECIMENTOS:

À minha orientadora, Dra. Isabela Heineck, pela oportunidade concedida e confiança depositada, pela sua grande competência profissional, paciência, honestidade, disposição em me ajudar e pelas ideias no decorrer desta pesquisa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Faculdade de Farmácia, local onde fui bem acolhido e tive oportunidade de conhecer pessoas que foram muito importantes para minha adaptação a Porto Alegre. Agradeço especialmente ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas por financiar a ida a congressos que possibilitaram crescimento acadêmico, e a todos os professores e funcionários;

Ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, local onde foi desenvolvido esse trabalho. Em especial ao Dr. Cláudio Galvão que apresentou a proposta inicial e a demanda a ser estudada e a todos os funcionários que aceitaram participar voluntariamente deste trabalho e que sem eles não haveria pesquisa.

A todos os funcionários do Centro de Informação de medicamentos – RS, local onde passei a maior parte tabulando os dados e escrevendo esta dissertação;

Aos meus colegas do PPGCF, da AFARGS e do DAFF-UFRGS pela amizade e apoio principalmente nos momentos difíceis, em especial Márcia dos Angeles, Agnes Gosseinheimer, Pedro Resende, João Laureano, Rodrigo Pinto, Maria Isabel e Roberta Dorneles.

Aos familiares e amigos que mesmo distantes estiveram tão perto torcendo por mim. Especialmente aos meus pais Francisco e Patrícia, e minha avó Terezinha, minha irmã Bruna, meus tios e meus amigos do CAFAR- UFRJ exemplos de caráter, pelo amor, dedicação, oportunidade e incentivo à minha educação.

*“A dor do outro não é minha dor, mas
me dói”*

Coppe

*“Entre a analgesia e a dor crônica,
habita o ser humano”*

Berlinck

RESUMO

Introdução: A dor é o principal motivo de procura ao atendimento médico. Organizações internacionais de saúde indicam o alívio da dor como um direito humano básico. A literatura indica subutilização de opioides devido ao conhecimento insuficiente, o receio quanto ao potencial de adição, efeitos adversos e mitos persistentes sobre estes analgésicos por parte dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Avaliar grau de conhecimento de profissionais de saúde no manejo da dor e no uso de opioides em três unidades pediátricas (Pediatria, UTI e Oncologia). **Metodologia:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil. Um questionário autoaplicável foi entregue para 182 profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem), entre dezembro de 2011 e março de 2012. **Resultados:** A taxa de retorno foi de 67% (122). O percentual médio de acertos foi de $63,2 \pm 1,4\%$. Os erros mais frequentes foram: um opioide não deve ser utilizado sem se saber a causa da dor (47%; 54/115); pacientes desenvolvem depressão respiratória frequentemente (42,3%; 22/52) e confusão entre os sintomas da síndrome de abstinência, tolerância e dependência (81,9%; 95/116). Apenas 8,8% (10/114) relataram o uso de escalas de dor para reconhecer a dor em crianças. A barreira para o controle da dor mais citada foi a dificuldade de medir e localizar a dor em pacientes pediátricos. Finalmente, 50,8% (62/122) não receberam nenhum treinamento sobre dor. **Conclusões:** Foram identificados problemas nos processos de identificação, mensuração e tratamento da dor. Os resultados sugerem a necessidade de investimento na formação continuada dos profissionais e no desenvolvimento de protocolos que busquem aperfeiçoar a terapia analgésica, impedindo um aumento desnecessário do sofrimento da criança.

Palavras-chave: manejo da dor, opioides, avaliação de dor, pediatria.

ABSTRACT

Introduction: Pain is the main reason to seek medical care. Health international organizations indicate pain relief as a basic human right. The literature indicates underuse of opioids due to insufficient knowledge, fears about the potential for addiction, side effects and persistent myths about these analgesics by health professionals. **Objective:** To assess degree of knowledge and attitudes of health professionals about management of pain in three pediatric units (Pediatric, ICU and Oncology). **Methods:** Cross-sectional study in a teaching hospital in southern Brazil. A self-administered questionnaire was delivered to 182 professionals (doctors, nurses, pharmacists, technicians and nursing assistants), between December 2011 and March 2012. **Results:** The rate of return was 67% (122). The average percentage of correct responses was $63.2 \pm 1.4\%$. The most frequent errors were: an opioid should not be used without knowing the cause of pain (47%, 54/115); patients often develop respiratory depression (42.3%, 22/52); and confusion between symptoms of the syndrome withdrawal, tolerance and dependence (81.9%, 95/116). Only 8.8% (10/114) reported using pain scales to recognize pain in children. The barrier to pain control most cited was the difficulty to measure and locate the pain in pediatric patients. Finally, 50.8% (62/122) received no training on pain. **Conclusions:** The study identified problems in the process of recognizing, measuring and treating pain. The results suggest the need for investment in training to health care team and development of protocols that seek to optimize analgesic therapy, preventing an unnecessary increase the suffering of the child.

Keywords: pain management, opioids, pain assessment and pediatric.

LISTA DE ABREVIACÕES

AAP - American Academy on Pediatrics

AHRQ – Agency for Health Care Research and Quality

AMA – American Medical Association

APS – American Pain Society

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IASP – International Association for the Study of Pain

INCA – Instituto Nacional do Câncer

JCAHO - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization

OMS – Organização Mundial da Saúde

RAM – Reação Adversa à Medicamentos

SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

REVISÃO DA LITERATURA

Figura 1 – Classificação de dor pela temporalidade.

Figura 2 – Classificação de dor pela neurofisiologia.

Figura 3 – Instrumentos para avaliação de dor.

Figura 4 - Comparação da Escala Visual da dor versus Escada Analgésica da OMS.

ARTIGO

Tabela 1 - Características dos 122 entrevistados, classificados de acordo com a profissão e o local de trabalho.

Tabela 2 – Barreiras que impedem o manejo adequado da dor mais citadas pelos profissionais.

Tabela 3 – Sinais e métodos mencionados pelos profissionais para a avaliação de dor.

Tabela 4 – Percentual maior de acertos em questões sobre conhecimento acerca do manejo da dor e uso de opioides.

Tabela 5 – Percentual menor de acertos em questões sobre conhecimento acerca do manejo da dor e uso de opioides.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO ..	19
OBJETIVOS	23
1. Objetivos Gerais	23
2. Objetivos Específicos	23
REVISÃO DA LITERATURA	25
1. Dor	25
2. Dor em crianças	27
3. Subtratamento da dor	28
4. Classificação da dor	29
5. Avaliação da dor	31
6. Barreiras para o manejo da dor	35
7. Princípios gerais para o controle da dor	36
8. Analgésicos opioides	38
REFERÊNCIAS	43
ARTIGO	49
ANEXOS	79
Anexo 1 – Questionário utilizado na pesquisa	81
Anexo 2 – Parecer de aprovação do comitê de ética	86
Anexo 3 - Normas da Revista <i>Pain Medicine</i> para submissão de trabalhos	87

INTRODUÇÃO

A dor faz parte da história de toda criança. Durante o processo de desenvolvimento, elas experimentam dores que se relacionam a lesões menores (colisões, queimaduras, cortes e arranhões) e a intervenções médicas e odontológicas de rotina, bem como lesões mais intensas (fratura e queimaduras de maior grau). Independentemente da causa, a criança deve receber tratamento adequado para sua dor. Durante muitos anos, devido a mitos e crenças, a dor na criança foi menosprezada. Muitos profissionais de saúde acreditavam, e alguns ainda acreditam, que elas, e principalmente os recém-nascidos, não sentiam dor ou sentiam pouca dor, devido a um suposto sistema nervoso subdesenvolvido.

A dor é uma das causas principais do sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida e produzindo imensuráveis repercussões psicossociais e econômicas tornando-a um problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos, nacionais e internacionais, demonstram que aproximadamente 80% da procura pelos serviços de saúde são motivadas pela dor. A dor crônica acomete 30 a 40% dos brasileiros e constitui a principal causa de absenteísmo, licenças médicas, aposentadorias por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade no trabalho (BRASIL, 2002; GURGUEIRA, 2003; KARKOWSKI, 2006; SBED, 2009). A redução da dor está associada a um melhor desfecho clínico para o paciente, diminuição do tempo de internação e dos gastos hospitalares (SIMPSON, 2002).

A boa assistência aos pacientes com dor resulta, além dos aspectos humanitários envolvidos, em: a) racionalização dos recursos disponíveis relacionados ao diagnóstico, tratamento e visitas ao sistema de saúde; b) redução de incapacidades e de absenteísmo decorrentes da dor; c) racionalização na utilização dos recursos públicos envolvidos na assistência à saúde e dos gastos relacionados às repercussões psicossociais e econômicas decorrentes da inadequada abordagem dos pacientes com dor; d) diminuição significativa das taxas de morbidade e de mortalidade e do tempo de permanência dos pacientes no hospital (BRASIL, 2002; WHO, 1996).

Os analgésicos opioides são essenciais para o manejo da dor. A gestão eficaz da dor depende da escolha do opioide adequado, administrado na

dose correta e no momento certo (GORDON, 2005; MIASKOWSKI, 2005; WHO, 1996; BALLANTYNE, 2003; FINE, 2007). Embora existam controvérsias, esta prática é considerada aceitável quando os pacientes têm indicação para o uso, levando-se em conta o risco-benefício do tratamento, e estão sob monitorização contínua dos resultados terapêuticos e das reações adversas (GILSON, 2010). Desta forma, o efeito terapêutico dos opioides é comparado com os riscos, que são uma realidade da prática e devem ser considerados para que ocorra uma prescrição responsável (CHOU, 2009). Segundo o Instituto Nacional do Câncer, os primeiros passos para o manejo adequado e o direcionamento do tratamento devem ser o reconhecimento e a correta caracterização da dor. Crianças e adolescentes podem ser incapazes de verbalizar que sentem dor, exigindo da equipe de saúde maior atenção em relação a este aspecto. É importante, portanto, que o profissional acredite na queixa da criança, busque conhecer a história e a característica da dor, considerando os aspectos psicológicos e sociais envolvidos, faça exame físico e investigue a causa primária da dor para que possa ser tratada.

Crianças podem receber um tratamento inadequado devido às dificuldades de percepção, identificação e verbalização da dor, bem como a subutilização de instrumentos para mensuração de dor. O manejo da dor relacionada ou não ao câncer é um processo complexo que requer a avaliação dos componentes da dor de ordem física, social, espiritual, econômica, emocional e cultural. As principais dificuldades para o adequado manejo da dor são categorizadas a seguir: a) insuficiente treinamento para avaliação da dor (HOWELL, 2000; SIMPSON, 2002); b) falta de conhecimento da equipe de saúde em relação ao manejo da dor (MCCAFFERY & FERRELL, 1997; ERKES, 2001; SIMPSON, 2002); c) atitudes dos profissionais de saúde em relação ao controle da dor (SIMPSON et al, 2002); d) receios de desenvolvimento de dependência, de tolerância e de depressão respiratória decorrentes do uso de opioides (MCCAFFERY & FERRELL, 1997; HUTCHINSON, 2007); e) formação cultural e experiência prévia dos profissionais no tratamento da dor, e experiência com sua própria dor, além de outros fatores que podem afetar a escolha de um tratamento eficaz (WESSMAN & MCDONALD, 1999)

A escolha deste tema para o desenvolvimento desta dissertação de mestrado foi fruto de uma demanda que surgiu a partir de contatos realizados com

integrantes do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) que observavam uma eventual relutância no uso de medicamentos opioides. O estudo se justificou pelo fato de que foram pesquisadas barreiras e possíveis preconceitos acerca do uso de opioides em pacientes pediátricos com dor, bem como o conhecimento e percepção dos profissionais da equipe médica sobre a avaliação e o manejo da dor. Soma-se a isto, o fato da maioria dos estudos sobre dor focar no tratamento de pacientes adultos e a escassez de trabalhos na pediatria. Os resultados obtidos serão discutidos com a comunidade hospitalar e científica.

OBJETIVOS

1. Objetivo geral

Avaliar o grau de conhecimento de profissionais de saúde que trabalham em três unidades de internação pediátrica de um hospital universitário em relação ao manejo da dor e ao uso de fármacos opioides.

2. Objetivos específicos

- 2.1. Identificar as barreiras que impedem um manejo ótimo da dor;
- 2.2. Identificar as atitudes dos profissionais de saúde quanto ao uso de opioides no manejo da dor;
- 2.3. Identificar os mecanismos usados pela equipe de saúde para avaliação da dor e compará-los com recomendações da literatura;
- 2.4. Avaliar o conhecimento técnico para o manejo da dor dos profissionais;
- 2.5. Comparar o conhecimento dos profissionais de saúde de três unidades de internação pediátrica em relação à avaliação e o tratamento da dor em crianças.

REVISÃO DA LITERATURA

1. Dor

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais danos. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo a partir de suas experiências prévias” (MERSKEY, 1994). McCaffery e Pasero (1999) complementaram as definições já existentes referindo que é um evento que só pode ser descrito por quem a sente, por possuir características subjetivas e individuais. Ou seja, deve ser vista como uma experiência complexa que envolve o organismo como um todo e não somente os componentes fisiológicos. Dessa forma, compreende os aspectos psicológicos e sociais da vida do indivíduo, não podendo ser reduzida ao sofrimento físico (GAIVA & DIAS, 2002).

Estes conceitos ratificam o de *Dor total*, definido por Cecily Saunders ¹, que relata que a dor é constituída por diferentes componentes: físico, mental e social; e que o alívio da dor não é alcançado sem considerar estes aspectos. A importância de uma abordagem integral deve ser difundida e compreendida por toda a equipe de saúde (INCA, 2001).

Tanto a OMS como a IASP apontaram o alívio da dor como um direito humano básico e negligenciá-lo é inaceitável. No Brasil a atenção à dor ganhou força e espaço por meio de portarias do Ministério da Saúde (MS): **PT GM/MS nº 19, de 3 de janeiro de 2002**, que institui o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos, do Sistema Único de Saúde (SUS); **PT GM/MS nº 1.318, de 23 de julho de 2002**, que estabelece os opiáceos como medicamentos excepcionais, no âmbito do SUS; pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas sobre Uso de Opiáceos no Alívio da dor Crônica submetida à Consulta Pública, GM/MS nº 01 – Anexo X, de 23 de julho de 2002; **GM/MS nº 1319, de 23 de julho de 2002**, que

¹ *Drª Cecily Saunders, médica e uma das fundadoras do St. Christopher Hospice em 1967 – Inglaterra. Após os anos de experiência na avaliação de pacientes, com câncer, que se queixavam de dor, atribuiu ao sintoma dor uma conotação que congregou pontos da existência humana.*

definiu critérios de cadastramento de Centros de Referência em Tratamento da dor Crônica; e **PT SAS/MS nº 859 de 12 de novembro de 2002**, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas – Uso de Opiáceos no Alívio da Dor Crônica – Codeína, Morfina, Metadona, bem como as normas de Logística da Aquisição, Prescrição e Dispensação destes medicamentos, no âmbito do SUS (BRASIL, 2002).

Além da variação individual da percepção e da tolerância da dor, estudos nessa área têm demonstrado que todo quadro de dor, se não for prevenido nem tratado precocemente, pode levar ao aumento significativo da morbidade e mortalidade dos pacientes, em todas as especialidades pesquisadas. Entre as consequências da dor não tratada encontram-se: modificações do comportamento, no qual as pessoas podem desenvolver ou intensificar quadros de ansiedade, angústia ou depressão; problemas cardíacos como hipertensão e taquicardia; e complicações respiratórias (WHO, 1996).

A dor impõe limitações no estilo de vida, particularmente na mobilidade, exigindo paciência do paciente, podendo ser interpretada como um “saldo” da doença que progride. A dor é uma consequência direta ou indireta de várias doenças; contudo, pessoas enfermas com dores moderadas a graves não são tratadas como deveriam, e esse fato se configura, hoje, em um importante problema de Saúde Pública (DUARTE, 2009).

Portanto, admitir a importância do alívio da dor desde o início do tratamento de uma doença até as últimas horas de vida é condição fundamental para os profissionais de qualquer especialidade e o conhecimento do seu controle deve ser parte da formação obrigatória de todos os profissionais da área de saúde.

2. Dor em crianças

A população pediátrica está sob risco de um inadequado gerenciamento da dor. Concepções erradas podem contribuir para pacientes pediátricos receberem analgesia inadequada para situações que em adultos, são habitualmente manejadas (AMA, 2013).

Uma importante responsabilidade de uma equipe de saúde que cuide de crianças é a eliminação ou o alívio da dor e do sofrimento, sempre que for possível, seja este relacionado a dor aguda, crônica, recorrente, ou associada a doença

terminal. No entanto, tem sido documentado, que uma percentagem substancial de crianças não vem recebendo tratamento adequado da dor. O tipo mais comum de dor experimentado por crianças é a dor aguda resultante de doença ou lesão, ou em alguns casos, decorrentes de procedimentos médicos. Há uma extensa literatura que descreve como avaliar e tratar a dor em crianças usando métodos de baixo custo, amplamente disponíveis, convenientes e seguros. Porém na prática, estes métodos não têm sido aplicados (AAP, 2001).

Atualmente é bem aceito pelos neurocientistas e especialistas em dor que o sistema nervoso é suficientemente desenvolvido para processar nocicepção antes do nascimento. Portanto, devemos assumir que crianças sentem dor desde o nascimento. Na verdade, devido a uma resposta inflamatória mais robusta e a falta de uma influência inibitória central, lactentes e crianças podem experimentar um estímulo doloroso maior que adultos (FITZGERALD, 2005; AMA, 2013).

Para um manejo da dor adequado em crianças é imprescindível ter em mente que a farmacocinética e a farmacodinâmica dos fármacos se modificam com o desenvolvimento. Por isso é necessário conhecer os efeitos e implicações clínicas destas diferenças. Crianças quase sempre são tratadas como adultos pequenos e elas não são. A simples extrapolação de doses de adultos para crianças, baseada apenas em peso corporal, área de superfície corporal ou idade, pode trazer consequências drásticas. Assim, eficácia e segurança da farmacoterapia nesta fase inicial da vida requerem compreensão completa do desenvolvimento biológico humano e dos processos farmacocinéticos (JOHNSON, 2003).

A absorção enteral, por exemplo, é mais lenta nos recém-nascidos que em crianças maiores e adultos. O tempo de trânsito gastrointestinal é mais rápido em crianças pequenas, o que reduz a absorção de medicamentos. A ligação às proteínas plasmáticas atingem os valores do adulto quando a criança completa 12 meses, o que causa aumento no volume de distribuição e diminuição da concentração plasmática de medicamentos, aumentando a chance de toxicidade. No primeiro ano de vida, o conteúdo de gordura é maior podendo causar maior distribuição de fármacos lipossolúveis como os anestésicos inalatórios, os agentes hipnóticos e os sedativos lipofílicos. O metabolismo da maioria dos medicamentos ocorre no fígado e algumas

das etapas da metabolização se assemelham às do adulto apenas por volta do terceiro e do quarto ano de vida. Porém, a maioria destas etapas aumenta sua velocidade de metabolização no primeiro ano de vida e, após esta idade, muitos fármacos são metabolizados mais rapidamente que no adulto. Por outro lado, em virtude da imaturidade hepática, muitos medicamentos podem ter sua meia-vida prolongada, sobretudo no recém-nascido, o que pode ser observado com o paracetamol e o diazepam, sendo necessários ajustes posológicos. A excreção renal do fármaco, por sua vez, sofre influência da idade nos compostos que possuem excreção renal predominante ou seletiva, sem biotransformação prévia. A filtração glomerular alcança valores semelhantes aos do adulto entre três meses e seis meses de idade e a função tubular, um pouco mais tarde. A creatinina sérica é menor na faixa etária pediátrica quando comparada a dos adultos e, até os 18 anos, é menor do que 0,8mg/dl, o que reflete menor massa muscular. A meia-vida de eliminação está prolongada no recém-nascido, menor na infância, mais curta na pré-adolescência e costuma ser mais longa no adulto do que na criança (LEMONICA, 2000).

3. Subtratamento da dor

O subtratamento da dor foi documentado pela primeira vez em um estudo realizado por Marks e Sachar em 1973 que descobriram que 73% dos pacientes hospitalizados experimentavam dor moderada a grave. Trinta anos depois, Apfelbaum (2003) descreveu que 80% dos pacientes cirúrgicos experimentavam dor aguda após a cirurgia, e destes 86% tinham dor extrema. Cleeland (1999) observou que 67% dos 1.308 pacientes ambulatoriais com câncer metastático de 54 centros de tratamento de câncer, relatavam dor. Destes, 62% tinham dor intensa o suficiente para prejudicar a sua rotina diária, e 42% não receberam terapia analgésica adequada. Estudos sugerem que quando os pacientes apresentam dor moderada a grave, a chance de se obter alívio adequado da dor é de cerca de 50%. A avaliação e a escolha de tratamentos inadequados continuam sendo os principais fatores para o subtratamento da dor. Existe ampla evidência que a utilização adequada de analgésicos - o medicamento certo, na dose certa e nos intervalos certos - pode proporcionar um bom alívio da dor para a maioria dos pacientes. (MCCAFFERRY, 1999; WELLS, MCCAFFERRY & PASERO, 2008).

4. Classificação da dor

A partir da evolução do conhecimento sobre a dor, observou-se que existem muitas formas de identificá-la. Ela pode ser classificada de acordo com a topografia (localizada ou generalizada); temporalidade - aguda ou crônica (Figura 1); intensidade (leve, moderada ou intensa) e fisiopatologia (nociceptiva, somática, visceral, neuropática e psicogênica), (Figura 2). Falar em dor remete a um alerta, um sintoma ou um sinal único, porém ela possui diversas características que poderão estar relacionadas a diversas situações.

	Classificação	Descrição
Baseada no tempo de duração	Aguda	Reativo a um estímulo agudo e cessa após remoção do mesmo. Quadro doloroso localizado. Duração de um a três meses. Alerta de que algo não está funcionando corretamente no organismo. Acontece no perioperatório, queimaduras, dor de parto, lesão de medula espinhal, cefaleia, HIV/AIDS, crise de anemia falciforme, nevralgia do trigêmeo, em intervenções, pancreatite, cólicas, infarto do miocárdio e outros eventos cardíacos críticos, agudos ou em algumas patologias crônicas.
	Crônica maligna	Envolve um processo patológico crônico nas estruturas somáticas ou dano ao Sistema Nervoso Central (SNC). Duração maior que 3 meses ou que ultrapassa o período usual de recuperação. Inclui dor de doenças que limitam a vida (câncer, HIV/AIDS, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, falência de órgãos, doença pulmonar obstrutiva crônica avançada, insuficiência cardíaca congestiva avançada e parkinsonismo).
	Crônica não maligna	Envolve um processo patológico crônico nas estruturas somáticas ou dano ao SNC. Duração maior que 3 meses ou que ultrapassa o período usual de recuperação esperado. Dor musculoesquelética crônica, cefaleia crônica, enxaqueca e dor óssea, dor neuropática (compressão nervosa, lesão pós-nervosa e pós-amputação, neuropatia diabética, síndromes dolorosas complexas, espasmo do músculo esquelético, nevralgia pós-herpética e dor pós-cirúrgica crônica e dor visceral).

Figura 1: Classificação da dor pela temporalidade

Adaptado de: Delphi (2007) e Duarte (2009).

A dor crônica pode evoluir de modo persistente, deixando de ter função biológica. Para ser considerada crônica, os episódios de dor devem ocorrer pelo menos três vezes durante um período mínimo de três meses, com intensidade suficiente para interferir na rotina diária da criança. Representa estresse físico e emocional significativo, impondo sofrimento para pacientes e familiares, determinando limitações funcionais e altos custos econômicos e sociais. Pode estar associada a transtornos de sono e de humor como depressão e ansiedade. Neste caso a abordagem deve ser direcionada a reabilitação e ao manejo sintomático do quadro, mais do que para cura (WANNMACHER & FERREIRA, 2010; LINHARES, 2010).

	Classificação	Descrição
Baseada na fisiopatologia	Nociceptiva Resulta da ativação de nociceptores, com estímulos dolorosos: mecânicos, térmicos e químicos.	Somática: sensação dolorosa exacerbada ao movimento, bem localizada e variável conforme a lesão básica. Exemplo: dores ósseas, pós-operatória, músculo esquelético e artrítica.
		Visceral: provocada pela distensão de vísceras ocas, mal localizadas, profundas, opressiva e construtiva. Exemplo: câncer de pâncreas, obstrução intestinal, metástase intraperitoneal.
	Não-nociceptiva Subdivide-se em neuropática ou psicogênica	Neuropática: provocada pela lesão ou disfunção do Sistema Nervoso Central ou Periférico. Manifesta-se como sensação de queimação, peso, agulhadas ou feroadas acompanhadas de formigamento ou adormecimento. A dor por desafferentação trata-se de uma subdivisão da dor neuropática, que pode decorrer de algum tipo de dano ao sistema somatossensorial em qualquer ponto ao longo do seu percurso. Exemplo: acidente vascular cerebral, metástase ou tumores cerebrais.
		Psicogênica: quando mecanismos nociceptivos ou neuropáticos não podem ser identificados e há sintomas psicológicos suficientes para o estabelecimento de critérios psiquiátricos. Na prática, a dor psicogênica é diagnóstico de exclusão e de ocorrência muito rara.

Figura 2: Classificação da dor pela neurofisiologia

Adaptado de: Delphi (2007) e Duarte (2009).

A dor nociceptiva pode ser somática, decorrente de lesões da pele ou de tecidos mais profundos e é usualmente localizada; a dor visceral, com origem em vísceras abdominais ou torácicas, é pouco localizada, descrita como profunda e em pressão e é frequentemente associada a sintomas, como náusea e vômitos. Algumas vezes a dor é "referida" e sentida em uma parte do corpo distante do local de estimulação nociceptiva. Ambos os tipos de dor nociceptiva usualmente respondem a analgésicos não-opioides e opioides, observando-se excelente resposta, quando é somática; e boa resposta, quando visceral.

Por outro lado, a dor neuropática é decorrente de lesão do sistema nervoso periférico ou do sistema nervoso central (SNC), com o dano nervoso sendo determinado por trauma, infecção, isquemia, doença degenerativa, invasão tumoral, injúria química ou irradiação. Este tipo de dor é dificilmente aliviado com o uso de analgésicos tanto opioides como não opioides.

5. Avaliação da dor

Como o objeto deste estudo é avaliar o uso de opioides em pediatria, iremos focar na avaliação de dor em crianças, tipos de medidas e exemplos de instrumentos.

A *American Pain Society (APS)*, a *Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)*, e posteriormente a *Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED)* descreveram a dor como o quinto sinal vital que deve ser sempre avaliada e registrada juntamente com os outros quatro sinais vitais: temperatura, pulso, respiração e pressão arterial.

Alguns aspectos devem ser levados em consideração no que diz respeito à compreensão da dor: a) do indivíduo (idade, experiência prévia com dor, nível de desenvolvimento, estado clínico); b) do familiar-cuidador (sensibilidade, empatia,

conhecimento); c) do profissional-cuidador (sensibilidade, empatia, conhecimento, atribuição de significado às experiências de dor, disposição para avaliação e manejo de dor); d) aspectos culturais (crenças e valores) (LINHARES, 2010).

Outro aspecto a ser considerado é uma experiência individual, subjetiva do indivíduo, portanto, ao avaliarmos um paciente, é necessário que ele se reporte à sua pior experiência dolorosa e a classifique como máxima. Em seguida, utilizando-se um dos padrões ou escalas de avaliação de dor, que ele classifique a intensidade da sua dor atual.

A avaliação da dor deve ter um objetivo claro, com finalidade específica, seja para resolução de um problema clínico ou para fins de pesquisa. Ademais, a avaliação necessita de um planejamento apropriado, considerando a escolha pelo paciente/informante, método e momento mais adequado para alcançar o objetivo proposto (LINHARES, 2010).

Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o reconhecimento e a correta caracterização da dor é essencial para o manejo adequado e o direcionamento do tratamento. Algumas crianças podem ser incapazes de verbalizar o que estão sentindo, sendo importante que o profissional avalie o quadro adequadamente e acredite na queixa da criança.

Por ser uma experiência subjetiva, a dor não pode ser medida diretamente. Existem três tipos de medições:

- Medições por autoavaliação: o que a criança diz.
- Medições comportamentais: o que a criança faz em resposta à dor.
- Medições fisiológicas: como o corpo da criança reage à dor.

A escolha da escala apropriada irá depender do nível de desenvolvimento da criança e a dependência do seu cuidador para a obtenção de informações. Por exemplo: Em neonatos a termo ou pré-termo, a avaliação é feita sobretudo por meio de instrumentos observacionais como o *Neonatal Facial Coding System*, *Premature Infant Pain Profile* e o *Neonatal Infant Pain Scale*. Ambos os instrumentos avaliam

movimentos da face, choro, padrão respiratório, atividade motora e estado de sonovigília (LINHARES, 2010).

Então, a dor é aferida por medidas cognitivas, comportamentais e fisiológicas. As cognitivas e comportamentais revelam intensidade e a natureza da experiência que o paciente está vivendo, podendo ser mensurada por observação ou autorrelato, e permite uma análise de nocicepção e resposta emocional. A aplicabilidade desta medida é limitada para pacientes impossibilitados de efetiva comunicação (por estarem sedados, anestesiados ou recebendo bloqueio neuromuscular) e crianças menores de sete anos, embora algumas escalas sejam aplicáveis na faixa de 3 a 7 anos. Para estes pacientes, são usadas medidas comportamentais (respostas motoras, expressões faciais, choro, posturas específicas) ou medidas fisiológicas (alterações cardiorrespiratórias, hormonais e metabólicas). É importante enfatizar que a seleção do instrumento mais adequado para avaliação da dor sempre dependerá da condição clínica de cada paciente, de sua capacidade de comunicação e da habilidade dos cuidadores em interpretar indicadores comportamentais e fisiológicos de dor (WANNMACHER & FERREIRA, 2010).

A intensidade da dor geralmente é avaliada por instrumentos unidimensionais, como a escala verbal (*Verbal Rating Scale*), que utiliza termos para identificar a dor do paciente – “sem dor”, “leve”, “moderada”, “intensa” ou “pior dor possível”; numérica (*Numeric Rating Scale*), que apresenta scores de 0 a 10, onde zero significa ausência de dor e dez, a pior dor imaginável; e analógica visual (*Visual Analog Scale*), que é constituída por uma linha horizontal de 10 cm em que cada extremidade representa ausência de dor ou pior dor possível (Figura 3). Para a população pediátrica ou para pacientes com distúrbios cognitivos, esta última escala pode ser adaptada a uma escala de faces (*Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*), que apresenta seis faces, que representam desde a ausência de dor até a de maior intensidade. Pode-se estabelecer uma relação entre a escala verbal e escalas numéricas e analógicas visual, de modo que escores de 1 a 4 correspondam a “dor leve”, 5 a 6, a “dor moderada” e 7 a 10, a “dor intensa” ou “pior possível” (WANNMACHER & FERREIRA, 2010).

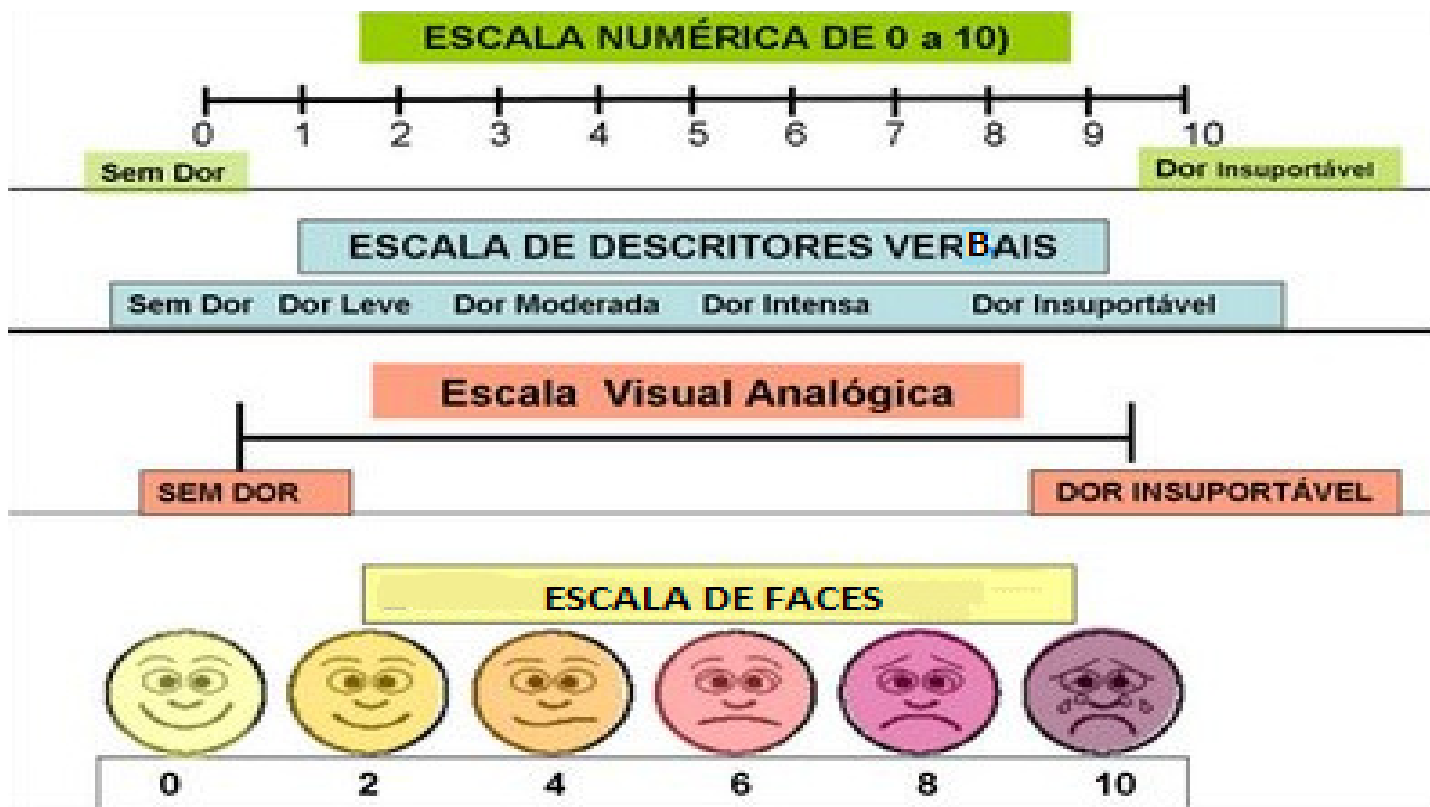


Figura 3 – Instrumentos para avaliação da dor

Fonte: CARVALHO, 2006.

De acordo com Linhares (2010) a *Wong-Baker Faces Pain Rating Scale*, que é uma medida bem estabelecida, demonstra problemas e tem sua efetividade questionada, já que esta sobrepõe dois constructos diferentes (dor/não dor e alegria/tristeza), o que sugere uma adequação para avaliar aspectos afetivos da dor maior do que a intensidade da mesma.

Existem também as escalas multidimensionais que irão avaliar intensidade e aspectos sensoriais, afetivos e comportamentais de dor. Podemos citar como principais exemplos o *McGill Pain Questionnaire* e o *Wisconsin Brief Pain Questionnaire*. O questionário McGill, mais utilizado, é constituído por listas de palavras que descrevem o sintoma de dor, de modo a definir suas três dimensões: discriminativo-sensorial (vias nociceptivas), afetivo-motivacional (estruturas reticulares e límbicas) e cognitivo-avaliativa (córtex cerebral). O paciente escolhe as palavras

que melhor definem sua dor, obtendo-se o escore de cada item e ao final, o escore total.

Alguns padrões de medida combinam dois ou mais desses tipos de medição supracitados. Embora muitas medições da dor tenham sido desenvolvidas e validadas, tais estratégias não foram integradas à prática clínica. Parte do problema é a falta de conhecimento sobre a medição da dor pediátrica por parte dos profissionais da saúde neste domínio. Este aspecto está sendo superado pela inclusão da discussão sobre a dor pediátrica em livros didáticos e em trabalhos publicados em revistas médicas. Atualmente existem instrumentos de medição de dor adequados para crianças de diversas faixas etárias. A medição rotineira da dor é fundamental para aprimorar a prática clínica, no entanto não é amplamente empregada nos hospitais e clínicas. Esforços continuam sendo feitos no sentido de aprimorar a educação dos profissionais em saúde em relação à dor pediátrica buscando reduzir as barreiras que impedem o emprego apropriado dos instrumentos de avaliação da dor. As crianças com dor devem receber um tratamento adequado e a medição adequada da dor é o primeiro passo neste processo (INCA 2009).

6. Barreiras para o manejo da dor

O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e o conhecimento do melhor tratamento. A boa avaliação inicial da dor irá atuar como uma linha de base para o julgamento de intervenções subsequentes. A natureza pluridimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ação nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente. Negociação e planejamento são vitais no processo e requerem boa comunicação da equipe de saúde entre si e com os pacientes e seus cuidadores (INCA, 2001).

Apesar dos recentes avanços na compreensão da dor, alguns obstáculos continuam a inibir as tentativas para aprimorar o seu controle. Não levar em consideração o conceito de *Dor Total*, também resulta na não identificação das necessidades dos doentes. As barreiras para o adequado manejo da dor são

categorizadas em três áreas: falta de conhecimento por parte dos profissionais de saúde, mitos e concepções errôneas de doentes e familiares e política do sistema de cuidados de saúde e legislação inadequadas.

Os principais desafios para um ótimo manejo da dor são: baixo nível educacional, falta de reconhecimento da importância do gerenciamento da dor, barreiras linguísticas, faltas de conhecimento e informação, falta de recursos como livros e revistas especializadas, falta de listas de medicamentos essenciais para suprir a necessidade de acesso a analgésicos opioides de baixo custo para todos os pacientes, diversidade cultural, incapacidade de medir e avaliar a dor e a eficácia do tratamento, incapacidade de compreender o desenvolvimento de crianças de diferentes históricos culturais, incapacidade de comunicar-se com os pais, diversos pacientes com muitas patologias diferentes, escassez de pessoal treinado (DELPHI, 2007).

7. Princípios gerais para o controle da dor

Os princípios do controle da dor em pacientes com câncer têm sido classificados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por meio de um método eficaz, podendo-se aliviar a dor do câncer em 70 a 90% dos casos. Este método, que pode ser aplicado à dor crônica de qualquer natureza, pode ser resumido em seis princípios (WHO, 1996; WHO, 2002):

➤ **Pela boca:** a via oral é a via de escolha para a administração de medicação analgésica (e outras), sempre que possível. Poupa o paciente do incômodo de injeções. Dá ao paciente maior controle sobre sua situação, e autonomia para o autocuidado.

➤ **Pelo relógio:** medicamento analgésico para dor de moderada a intensa deve ser administrada a intervalos fixos de tempo. Escala de horário fixo assegura que a próxima dose seja fornecida antes que o efeito da anterior tenha passado, assegura ainda que o efeito seja mais consistente. Este sistema evita que o paciente experimente sofrimento desnecessário e o desenvolvimento de tolerância, fenômeno

pele qual se faz necessário aumentar a dose do fármaco para obter o efeito terapêutico desejado.

➤ **Pela escada:** a OMS desenvolveu uma escada analgésica de três degraus para guiar o uso sequencial de medicamentos, no tratamento da dor de câncer apresentada na Figura 4.

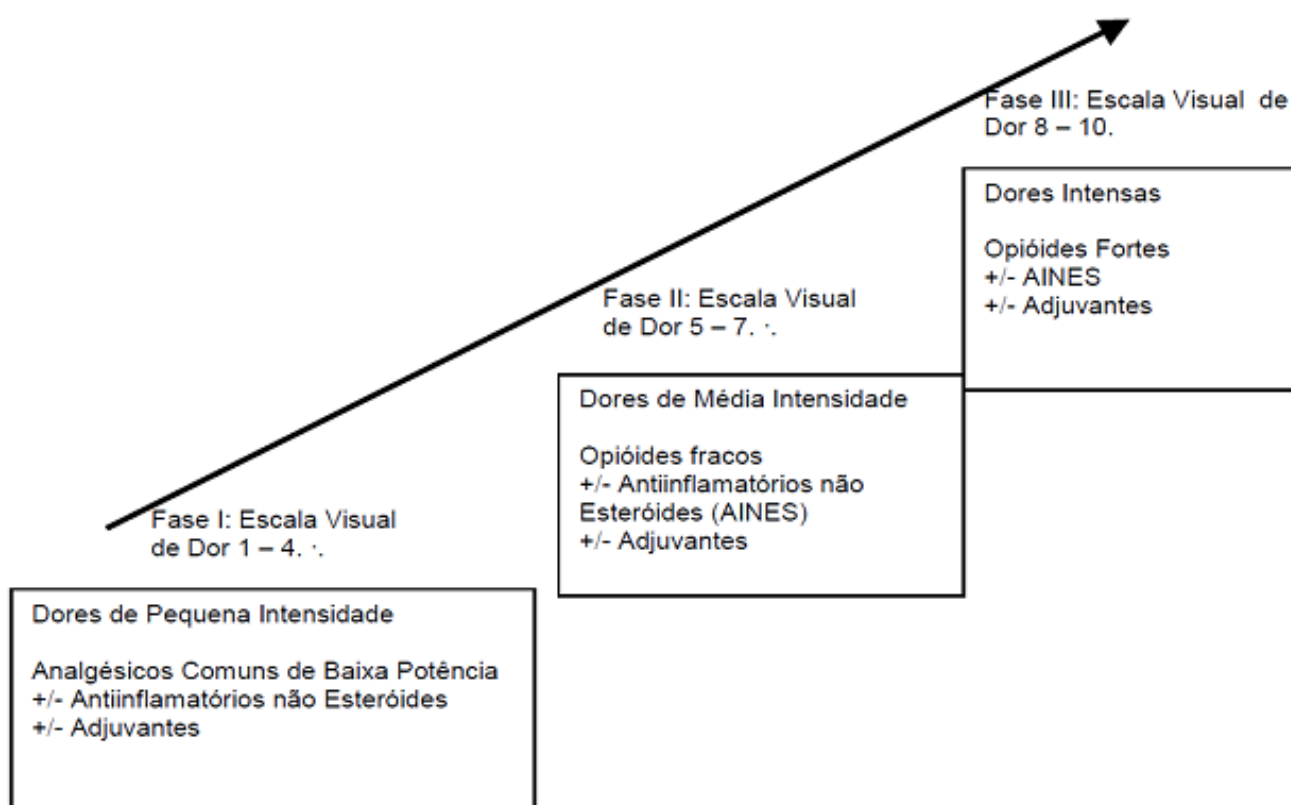


Figura 4: Comparação da Escala Visual da dor *versus* Escada Analgésica da OMS

Adaptado da Escada Analgésica da OMS – World Health Organization, 1996, Genebra

Para pacientes com dor leve a moderada, o primeiro passo é usar um analgésico de baixa potência associado ou não a um fármaco adjuvante, conforme a necessidade. Se o fármaco não-opioide, dado na dose e frequência recomendada não alivia a dor, passa-se para o segundo degrau, onde se adiciona um opióides fraco. Se

a combinação de opioides fraco com os não-opioides também não for efetiva no alívio da dor, substitui-se o opióide fraco por um forte, terceiro passo da escada analgésica.

➤ **Para o indivíduo:** as necessidades individuais para analgesia variam enormemente, a maioria dos pacientes requer o equivalente a 60-120 mg de morfina oral, por dia; alguns necessitam de doses menores e uma pequena percentagem pode solicitar doses, acima de 200mg/dia. A dosagem e escolha do analgésico devem ser definidas de acordo com a característica da dor do paciente. A dose certa de morfina é aquela que alivia a dor do paciente sem efeitos colaterais intoleráveis.

➤ **Uso de adjuvantes:** está indicado para: a) aumentar a analgesia (corticosteróides, anticonvulsivantes, antiespasmódicos); b) controlar efeitos adversos dos opioides (antieméticos, laxativos); c) controlar sintomas que estão contribuindo para aumentar a dor do paciente, como ansiedade, depressão e insônia.

➤ **Atenção aos detalhes:** dar ao paciente e cuidadores instruções precisas, tanto escritas quanto verbais, quanto aos nomes dos medicamentos, suas indicações, dosagens, intervalo entre as doses e possíveis efeitos colaterais. Explorar a *Dor Total* do paciente, determinando que informações o paciente tem sobre sua situação clínica, seus medos e crenças.

Segundo os direitos da criança e do adolescente hospitalizado, toda criança tem o direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la. Respeitando este direito da criança além da relevância ética de preservar a integridade moral do indivíduo, todo o time de profissionais de saúde envolvido no âmbito hospitalar, tem como um de seus objetivos no cuidado da criança, a prevenção da dor, a promoção do conforto e a preservação da qualidade de vida (INCA, 2001).

8. Analgésicos opioides

O termo opioide inclui todas os farmacos que têm ação *morphine-like* em receptores opioide endógenos. É costumeiro subdividir opioides em duas categorias gerais: opioides fracos (codeína, tramadol) e opioides fortes (morfina, metadona, fentanil, oxycodona) (INCA, 2001).

A OMS recomenda uma classificação diferente, onde há os opioides para dor leve a moderada e para dor moderada a intensa. A analgesia com opioides é mediada por ativação de receptores centrais e não há teto máximo de ação para a morfina. A dose pode ser aumentada tendo como limite a depressão respiratória decorrente de doses maiores, também considerando a tolerância e outros efeitos adversos em cada paciente (WHO, 1996).

➤ **Codeína:**

A codeína, opioide “fraco” não usado via parenteral, tem em torno de 1/10 da potência da morfina e 10% da população não consegue converter codeína em morfina. No entanto, aqueles que obtêm mesmo um pequeno benefício analgésico da codeína, experimentam a mesma incidência de efeitos adversos (INCA, 2001). Dose oral: de 30 a 120 mg, via oral (VO) de 4/4 horas (LACY, 2010).

➤ **Tramadol:**

É usado para os casos de dor leve a moderada, disponível via oral e parenteral (LACY, 2010). Efeito analgésico relacionado com estimulação do receptor opióide μ , com 1/10 da potência da morfina, dado via parenteral. Tem efeitos colaterais comuns aos opioides, embora constipação intestinal apareça com menor intensidade (INCA,2001). A dose oral é 200 a 400 mg/dia e endovenosa (EV) é de 600 mg, divididos em intervalos de 4/6h (LACY,2010; INCA,2001).

➤ **Morfina:**

Pacientes que não estão com controle adequado da dor, no segundo degrau da escada analgésica, devem iniciar o tratamento com morfina, nas doses ideais de 5 a 10 mg, de 4/4 h, aumentando de acordo com a necessidade (MCEVOY, 2011; INCA,2001).

Em pacientes com dor severa não controlada a dose deve ser ajustada de acordo com a resposta e tolerância dos pacientes. Alguns pacientes irão necessitar doses mais altas, no decurso de sua doença (MCEVOY, 2011).

A morfina tem certo estigma, causando receio em seu uso, tanto aos profissionais de saúde, quanto aos familiares. Os receios apresentados abaixo são

largamente infundados, pois com o conhecimento do medicamento e seu uso criterioso, há mínimas complicações (INCA, 2001):

- **morfina causa dependência:** dependência psicológica ocorre raramente (4 casos/ 12000) e dependência física é uma propriedade de fármacos opioides, que não é importante clinicamente, desde que os pacientes sejam instruídos a não descontinuar a medicação abruptamente.

- **morfina causa depressão respiratória:** depressão respiratória clinicamente significativa não ocorre em pacientes com câncer, mesmo naqueles com DPOC. Estes desenvolvem rapidamente tolerância aos efeitos respiratórios da morfina.

- **morfina acelera a morte:** não há qualquer evidência de que a dosagem apropriada de morfina para analgesia prolongue a vida ou acelere a morte.

- **morfina transformará o paciente em um zumbi:** quando titulada para o alívio da dor, morfina não produz excesso de sedação, exceto nos primeiros dias de tratamento.

➤ **Fentanil**

É um analgésico opioide sintético forte, 156 vezes mais lipossolúvel do que a morfina, usado em anestesia devido a sua meia-vida curta. Disponível em adesivo (*patch*) para administração transdérmica em pacientes com dor crônica. Os adesivos de fentanil devem ser colocados ao mesmo tempo, a cada três dias, embora o sítio de aplicação deva ser mudado - devem ser colados em local seco, plano, limpo e sem pelos, para aderência ideal. Não devem ser utilizados em pacientes com hipertermia ou sudorese. Causa os mesmos efeitos colaterais da morfina, mas, no entanto, constipação, sedação e náusea são considerados menos intensos, em alguns pacientes (MCEVOY, 2011; INCA, 2001).

Seu uso é mais apropriado quando o paciente é incapaz de tolerar morfina (efeitos colaterais intoleráveis) e incapaz de ingestão oral pela própria evolução da doença (INCA,2001). Dor não controlada com morfina oral, não será resolvida pela conversão a uma dose equivalente de fentanil transdérmico (INCA,2001) .

Fentanil não é usado como analgésico em quadro agudo, onde rápida titulação é necessária. Pacientes em uso de morfina que converterão para fentanil

devem permanecer com aquele medicamento para resgate, até o alcance do pico plasmático deste, que se dará entre 12 e 24 horas (LACY, 2010).

Em 10% dos pacientes, síndrome de abstinência física ou depressiva do opioide pode ocorrer na troca de morfina para fentanil. Esta situação tem vida curta (poucos dias) e é facilmente tratável com doses resgate de morfina, quando ocorrerem os sintomas (INCA,2001).

➤ **Metadona**

Deve ser usada com extremo cuidado, principalmente nos idosos, justamente por ter meia vida longa, significando que pode ocorrer acúmulo do fármaco no organismo podendo gerar quadros de toxicidade.

Inicialmente os pacientes podem necessitar de até seis doses por dia. O intervalo das doses pode aumentar, até que apenas uma ou duas doses por dia sejam necessárias para manutenção dos níveis plasmáticos.

Metadona pode ser útil em alguns pacientes que não respondam à morfina ou tenham intolerância a ela, sendo usada como um opioide de segunda linha (MCEVOY, 2011; INCA,2001), sendo também utilizada no tratamento de adição a opióides (REF).

➤ **Oxicodona**

A oxicodona é um K e μ agonista, com propriedades similares à morfina. Parece causar menos sedação, delírio, vômito e prurido, mas mais constipação intestinal (LACY,2010; INCA,2001).

Embora não tenha metabólitos ativos clinicamente importantes, a concentração plasmática aumenta 50% na insuficiência renal, causando mais sedação. Tem meia vida em torno de 3,5 h que se prolonga em mais de uma hora na insuficiência renal. Sua biodisponibilidade oral é de 2/3, ou mais, quando comparada com 1/3 da morfina. Isto significa que a oxicodona, VO, é em torno de 1,5 a 2 vezes mais potente do que a morfina oral (MCEVOY, 2011; INCA,2001).

É parcialmente metabolizada em oximorfona – um opioide forte que por via parenteral é 10 vezes mais potente do que a morfina. A biotransformação é mediada pelo citocromo CYP 2D6 e, após seu bloqueio com quinidina, os efeitos da oxicodona em voluntários se mantiveram os mesmos, indicando que a contribuição da oximorfona é pequena. (MCEVOY, 2011; INCA,2001).

No Brasil, está disponível em comprimidos de 10 e 20 mg.

REFERÊNCIAS

“Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by BETTY FERRELL and MARGO MCCAFFERY, revised 2012. Disponível em: <http://prc.coh.org/Knowldege%20&%20Attitude%20Survey%2010-12.pdf>. Acessado em: 05 de março de 2013.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. **Pediatrics**; v. 108, p.793-97, 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/3/793.full.pdf+html>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Continuing Medical Education Program. Module 6 – Pain Management: Pediatric Pain Management. Disponível em http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/printversion/ama_painmgmt_m6.pdf. Acessado em 07 de abril de 2013.

APFELBAUM J.L., CHEN, C., MEHTA, S. Postoperative pain experience: results from a national survey suggesting postoperative pain continues to be undermanaged. **Anesth Analg**, v.97, p.534-40, 2003.

BALLANTYNE, J.C., MAO, J. Opioid therapy for chronic pain. **N Engl J Med**; v.349, p.1943-53, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. **Rio de Janeiro: INCA**, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Diagnóstico precoce do câncer na criança e no adolescente. Instituto Nacional de Câncer, Instituto Ronald McDonald. **Rio de Janeiro: INCA**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria: GM/MS nº 1318, 23 de jul 2002. **Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria: GM/MS nº 1319, 23 de jul 2002. **Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria: GM/MS nº 19, 3 de jan 2002. **Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, 2002.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria: MS/SAS nº 859 de 12 de novembro de 2002. **Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde, 2002.**

CARVALHO, D.S., KOWACS, P.A. Avaliação de intensidade da dor. **Revista Migrêneas cefaléias**, v.9, n.4, p.164-168, 2006.

CHOU, R., FANCIULLO, G.J., FINE, P.G., *et al.* Clinical guidelines for the use of chronic opioid therapy for chronic noncancer pain. **Journal of Pain**; v. 10, p.113-30, 2009.

CLEELAND, C.S., GONIN, R., HATFIELD, A.K., *et al.* Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. **N Engl J Med** v.330, p. 592-6, 1999.

DELPHI. Diretrizes Normativas da OMS Sobre Gerenciamento da dor: relatório de um estudo Delphi para determinar a necessidade de diretrizes e identificar o número e os tópicos das diretrizes que devem ser desenvolvidas pela OMS. **Genebra, 2007.**

DUARTE, E.R.M. Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: O Caso do Indicador de Atenção à Dor Aguda no Perioperatório. **(Tese) Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção da Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.**

ERKES, E. B., PARKER, V. G., CARR, R. L., & MAYO, R. M. An examination of critical care nurses' knowledge and attitudes regarding pain management in hospitalized patients. **Pain Management Nursing**, v.2, p.47-53, 2001.

FINE, P.G., PORTENOY, R.K. A clinical guide to opioid analgesia, 2 ed. **New York: Vendome Group, LLC**, 2007.

FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nat Rev Neurosci**. v.6, n.7, p.507-20, 2005.

GAIVA, M.A.M., DIAS, N.S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Rev Paul Enferm**; v.21, n.3, p.234-9, 2002.

GILSON, A.M. State Medical Board Members' Attitudes About the Legality of Chronic Prescribing to Patients With Noncancer Pain: The Influence of Knowledge and Beliefs About Pain Management, Addiction, and Opioid Prescribing. **Journal of Pain and Symptom Management**, v.40, n.4, p. 599-612, 2010.

GORDON, D.B., DAHL, J.L., MIASKOWSKI, C., *et al.* American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer Pain management. **Arch Intern Med**; v.165, p.1574–80, 2005.

GURGUEIRA, G.P. ALEXANDRE, N.M.C., FILHO, H.R.C. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v.11, n.5, p. 608-13, 2003.

HOWELL, D., BUTLER, L., VINCENT, L., WATT-WATSON, J., STEARNS, N. Influencing nurses' knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. **Cancer Nursing**; v.23, p. 55-63, 2000.

HUTCHINSON, K; MORELAND, A.M.E.; WILLIAMS A.C.C.; WEINMAN, J.; HORNE, R. Exploring beliefs and practice of opioid prescribing for persistent non-cancer pain by general practitioners. **European Journal of Pain**; v.11, p.93–98, 2007.

IASP - International Society for the Study of Pain. Disponível em:< <http://www.iasp-pain.org>> Acesso em: 20/05/2011.

JONHSON, T.N. The development of drug metabolizing enzymes and their influence on the susceptibility to adverse drug reactions in children. **Toxicology**. v.192, p. 37-48, 2003.

LACY, C. F., ARMSTRONG, L.L., GOLDMAN, M.P. Drug Information Handbook. **19. ed. Hudson: Lexi-comp**, 2010.

LEMONICA, L.. Conceitos Farmacocinéticos na Terapêutica da Dor. Revista Dor, v. 2, nº2, p. 46-53. São Paulo, 2000.

LINHARES, M. B. M., DOCA, F. N. P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 307 – 25, 2010.

MARKS, R.M., SACHAR, E.J. Undertreatment of medical inpatients with narcotic analgesics. **Ann Intern Med**, 78:173-81, 1973.

MCCAFFERY, M. Pain management: problems and progress. In: McCaffery M, Pasero C. Pain: Clinical Manual. 2nd ed. **St. Louis, MO: Mosby**; p. 1-14, 1999.

MCCAFFERY, M., & FERRELL, B. R. Nurses' knowledge of pain assessment and management: How much progress have we made? **Journal of Pain and Symptom Management**, v.14, p. 175-188, 1997.

MCCAFFERY, M., PASERO, C. Pain Manual Clinical. **St. Louis: Mosby**, 1999.

MCEVOY, G. K. (Ed.) **AHFS Drug Information**. Bethesda: ASPH, 2011.

MERSKEY, H., BOGDUK, N. Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. 2. ed. **Press Seattle: IASP**, 1994.

MIASKOWSKI, C., CLEARY, J., BURNEY, R. *et al.* Guideline for the Management of Cancer Pain in Adults and children. APS Clinical Practice Guidelines Series, No. 3. **Glenview, IL: American Pain Society**; 2005.

POTTER M., SCHAFER, S., GONZALEZ-MENDES, E., *et al.* Opioids for Chronic Nonmalignant Pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the

UCSF/Stanford Collaborative Research Network. University of California, San Francisco. **J Fam Pract**; v.50 n.2, p.145-51, 2001.

PUD, D. Personal Past Experience with Opioid Consumption Affects Attitudes and Knowledge Related to Pain Management. **Pain Management Nursing**, v.5, n.4, p.153-159, 2004.

RURUP, M.L., RHODIUS, C.A. BORGSTEEDE, S. *et al.* The use of opioids at the end of life: knowledge level of pharmacists and cooperation with physicians. **Eur J Clin Pharmacol**, v. 67, p. 79–89, 2011.

SIMPSON, K., KAUTZMAN, L., DODD, S. The effects of a pain management education program on the knowledge level and attitudes of clinical staff. **Pain Management Nursing**, v.3, p. 87-93. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). **Classificação da dor**. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/>>. Acessado em: 19 de maio de 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA DOR (SBED). **Ano Mundial Contra Dor Músculo esquelética**. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/pdf/dor_musculoesqueletica.pdf. Acessado em: 14 de fevereiro de 2013.

WANNMACHER, L. , FERREIRA, M.B.C. . Princípios gerais no tratamento da dor. In: Flávio Danni Fuchs; Lenita Wannmacher; Maria Beatriz Cardoso Ferreira. (Org.). **Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.214-230, 2010.

WELLS, N., MCCAFFERY, M., PASERO, C. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. Agency for Healthcare Research and Quality Publication No. 08-0043. **U.S. Department of Health and Human Services**. v.1, n.17,p.469-497, 2008.

WESSMAN, A. C., & MCDONALD, D. D. Nurses' personal pain experiences and their pain management knowledge. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v.30, p.152-157, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Cancer pain relief: with a guide to opioid availability. 2nd edition. Geneva : WHO, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). National Cancer Control Programmes: Policies and managerial guidelines world. Geneva: WHO, 2002.

ARTIGO - VERSÃO EM PORTUGUÊS

TÍTULO:

GRAU DE CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MANEJO DA DOR E USO DE OPIOIDES EM PEDIATRIA

DEGREE OF KNOWLEDGE OF HEALTH CARE PROFESSIONALS ABOUT PAIN MANAGEMENT AND OPIOIDS USE IN PEDIATRIC

Grau de conhecimento dos profissionais de saúde no manejo da dor e no uso de opioides em pediatria

Gabriel Rodrigues Martins de Freitas; Cláudio Galvão de Castro Jr.; Isabela Heineck

G. R. M. Freitas
Farmacêutico, MsC
Programa de Pós-graduação em
Ciências Farmacêuticas, UFRGS
Av. Ipiranga, n° 6690
90160-090 Porto Alegre, RS, Brasil
e-mail: grmf.pharma@gmail.com
Tel.: +55-51-81411996

C. G Castro Jr.
Cláudio Galvão de Castro Junior, MD MsC
Médico Hematologista
Programa de Hematologia e Transplante de Medula Óssea
Hospital Israelita Albert Einstein
Av. Albert Einstein, 627 CONS. 520, São Paulo
SP - 05652-900

I. Heineck
Isabela Heineck, PhD
Programa de Pós-graduação em
Ciências Farmacêuticas, UFRGS
Av. Ipiranga, n° 2752-2° andar,
90610-000 Porto Alegre, RS, Brazil

RESUMO

Introdução: a dor é o principal motivo de procura ao atendimento médico. Organizações internacionais indicam o alívio da dor como um direito humano básico. A literatura indica subutilização de opioides devido ao conhecimento insuficiente, o receio quanto ao potencial de adição e mitos persistentes sobre estes analgésicos por parte dos profissionais de saúde. **Objetivo:** Avaliar o grau de conhecimento dos profissionais de saúde no manejo da dor em três unidades pediátricas (Pediatria, UTI e Oncologia). **Metodologia:** Estudo transversal realizado em um hospital universitário do Sul do Brasil. Um questionário semiestruturado autoaplicável foi entregue a 182 profissionais (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, técnicos e auxiliares de enfermagem), entre dezembro de 2011 e março de 2012. **Resultados:** a taxa de retorno foi de 67% (122); percentual médio de acertos foi de $63,2 \pm 1,4\%$. Os erros mais frequentes foram: um opioide não deve ser utilizado sem se saber a causa da dor (47%; 54/115); pacientes desenvolvem depressão respiratória frequentemente (42,3%; 22/52) e confusão entre os sintomas da síndrome de abstinência, tolerância e dependência (81,9%; 95/116). Apenas 8,8% (10/114) relataram o uso de escalas de dor para identificar a dor em crianças. A barreira para o controle da dor mais citada foi a dificuldade de medir e localizar a dor em pacientes pediátricos. Finalmente, 50,8% (62/122) não receberam nenhum treinamento sobre dor. **Conclusões:** Foram identificados problemas nos processos de identificação, mensuração e tratamento da dor. Os resultados sugerem a necessidade de investimento na formação continuada dos profissionais e de desenvolvimento de protocolos que busquem otimizar a terapia analgésica, impedindo um aumento do sofrimento da criança.

Palavras-chave: manejo da dor, opioides, avaliação de dor, pediatria.

INTRODUÇÃO

A dor implica em consequências econômicas e sociais e passou a ser tratada como problema de saúde pública. Estudos epidemiológicos demonstram que aproximadamente 80% da procura pelos serviços de saúde são motivadas pela dor. [1,2]. Dados específicos em relação à população pediátrica não foram localizados. Segundo Fitzgerald (2005) e a *American Medical Association* (2013), devido a uma resposta inflamatória mais robusta e a falta de uma influência inibitória central, lactentes e crianças podem experimentar um estímulo doloroso maior que adultos. A *American Academy of Pediatrics* (2001) defende que mesmo existindo uma extensa literatura que descreve como avaliar e tratar a dor em crianças usando métodos de baixo custo, amplamente disponíveis, convenientes e seguros, estes não têm sido aplicados. Organizações como *American Pain Society* (APS), *Agency for Health Care Research and Quality* (AHRQ), e *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) propõem diretrizes para o manejo da dor [3]. No Brasil, o Ministério da Saúde criou em 2002 o Programa Nacional de Educação e Assistência à Dor e Cuidados Paliativos [4].

Padrões atuais para o manejo da dor tais como as normas indicadas pela JCAHO, exigem que a dor seja prontamente abordada e tratada. Instituições de saúde podem perder credibilidade e lucratividade se a dor não for bem manejada, pois a satisfação do paciente com o serviço de saúde é fortemente influenciada pelo nível de dor experimentado durante a internação [5].

A escolha da intervenção, incluindo o tipo de analgesia e a posologia, devem se basear na intensidade da dor [5]. A partir de 1950, numerosos instrumentos para medir a intensidade da dor têm sido desenvolvidos e validados. A escala analógica visual e a escala numérica fornecem uma classificação numérica da intensidade da dor, enquanto que a escala de avaliação verbal classifica a dor como leve, moderada ou grave. Para pacientes com capacidade cognitiva limitada e

crianças, escalas com desenhos ou imagens estão disponíveis (escala de faces Wong-Baker) [5,6].

Crianças podem receber um tratamento inadequado devido às dificuldades de percepção, identificação e verbalização da dor, bem como a subutilização de instrumentos para mensuração de dor. É importante, portanto, que o profissional não subestime a queixa da criança, busque conhecer a história clínica, as características e a intensidade da dor, considere os aspectos psicológicos e sociais envolvidos, e que faça o exame físico investigando a causa da dor. Segundo os direitos da criança e do adolescente hospitalizado, toda criança tem o direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la [7].

Em 1986, a Organização Mundial da Saúde (OMS) produziu uma diretriz (*guideline*) que apresentou a escada analgésica para que médicos pudessem desenvolver planos de tratamento para a dor do câncer. A escada analgésica propõe a utilização de um número limitado de medicamentos de relativo baixo custo, tais como a morfina, numa abordagem de “passo a passo” (*stepwise*). Este guideline colaborou com a legitimação do uso de opioides para o tratamento da dor oncológica e incentivou numerosas campanhas, em todo mundo, de ensino sobre o uso, benefícios e efeitos adversos destes medicamentos no tratamento da dor [8, 9]. Complementarmente, em 1997, a OMS produziu a segunda edição de *Cancer pain relief: with a guide to opioid availability*. Estes dois documentos abordam a fisiologia e métodos de avaliação da dor, além de sugerirem a escolha do esquema analgésico e a utilização da escada da OMS. Estudos mostram que o uso da escada proposta pela OMS proporcionou tratamento de baixo custo e adequado alívio da dor para 70% a 80% dos pacientes com câncer [9-11].

Considerando a alta prevalência de pacientes com dor, profissionais de saúde da atenção primária mostram-se insatisfeitos e preocupados com sua formação acerca do tratamento de dor [12]. Pesquisas sobre dor tem se concentrado em barreiras para a implementação da terapia com opioides, pois embora seja geralmente aceita como o tratamento de escolha para dor relacionada ao câncer, não há consenso para o tratamento de dor de outras etiologias [13]. A partir dos anos

1990, muitos artigos foram publicados para promover o uso de opioides como um tratamento seguro para pacientes com dor crônica não oncológica [6, 9,14].

De acordo com os padrões da OMS, o tratamento de primeira escolha para dor, de moderada a intensa, são os medicamentos opioides, administrados por via oral e em intervalos fixos de administração. Medicamentos utilizados para minimizar efeitos colaterais mais comuns (por exemplo, constipação, náusea, sedação) devem ser prescritos concomitantemente. A dose de opioide deve ser continuamente ajustada com base nas reações individuais do paciente em termos de alívio da dor e da gravidade dos efeitos colaterais [8, 15].

Considerando a relevância do tema esta investigação teve como foco avaliar o grau de conhecimento de profissionais de saúde que trabalham em três unidades de internação pediátrica de um hospital universitário em relação ao manejo da dor e ao uso de opioides em crianças.

MÉTODOS

Este estudo transversal foi desenvolvido no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital universitário com 795 leitos, localizado no sul do Brasil. O presente trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul registrado sob o número 11-0488 (Anexo 2).

População

A população do estudo foi constituída por profissionais de saúde de três unidades de pediatria (Oncologia Pediátrica – OncoPed, Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica - UTIPed e Pediatria) do referido hospital. Segundo dados da instituição cerca de 300 profissionais estavam alocados nestas unidades, considerando os turnos da manhã, tarde e noite. O estudo contou com médicos (23), enfermeiros (29), farmacêuticas (2), fisioterapeuta (1), técnicos (62) e auxiliares de enfermagem (5). Estes profissionais envolvem-se com pacientes de diferentes faixas

etárias: Oncoped – pacientes até 21 anos; UTIPed – pacientes até 18 anos; e Pediatria – pacientes até 12 anos

Coleta de dados

Num primeiro momento o questionário autoaplicável (Anexo 1) foi elaborado, tomando-se por base instrumentos utilizados em estudos anteriores [16-19]. O instrumento foi então revisado por um médico e um pesquisador e distribuído inicialmente a dez profissionais das clínicas supracitadas. Algumas modificações foram realizadas após uma análise preliminar destas avaliações resultando em um questionário semiestruturado contendo 42 itens, sendo 18 questões objetivas (quinze questões “verdadeiro e falso” e três de “múltipla escolha”) com apenas uma alternativa correta. O questionário ficou organizado de forma a permitir caracterizar os participantes em relação ao grau de conhecimento sobre avaliação e tratamento da dor; atitudes em relação ao manejo da dor; conhecimento técnico sobre opioides; percepção das barreiras para o bom controle da dor; experiência prévia do profissional com quadros de dor, além de reunir dados pessoais e profissionais.

Antes da distribuição dos questionários foi estabelecido um contato com as chefias médicas e de enfermagem das respectivas clínicas a fim de explicar sobre a pesquisa e facilitar a participação dos profissionais. No período de dezembro de 2011 a março de 2012, foram distribuídos 182 questionários para os profissionais das diferentes clínicas pediátricas. Alterações nos turnos, períodos de férias, recusa em participar, profissionais em licença ou aposentados e alta rotatividade dos residentes impediram a distribuição para a totalidade da população.

Os profissionais foram convidados a preencher o questionário no final do turno de expediente. Foi estabelecido o prazo de uma semana para a devolução. Neste período, todos os participantes foram encorajados, por meio de correio eletrônico, a preencher o instrumento e a devolvê-lo em envelope lacrado para garantir o anonimato.

Critérios de Inclusão

Foram incluídos no estudo os profissionais de saúde que trabalham nas três unidades supracitadas que aceitaram participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes que não quiseram assinar o TCLE ou não devolveram os questionários não foram incluídos no estudo.

Métodos estatísticos

A análise descritiva foi realizada utilizando medidas de tendência central e dispersão da amostra. O teste de chi-quadrado foi usado para verificar a significância estatística das diferenças entre as proporções. Um valor de $P < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo. Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 18.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

Características dos participantes do estudo e sua experiência no tratamento de dor

Entre os meses de dezembro de 2011 e março de 2012, 182 profissionais de saúde, foram convidados a participar da pesquisa e receberam o questionário, sendo o percentual de retorno de 67% (122). A Tabela 1 apresenta as características dos participantes do estudo organizados pelo local de trabalho e profissão. A idade média dos profissionais estudados foi $41,8 \pm 9,7$ anos. Do total de entrevistados, 111 (91%) eram do sexo feminino, 92 (75,4%) eram cristãos, 71 (58,2%) trabalhavam em regime integral e 58 (47,5%) possuíam alguma formação complementar. O tempo médio da formatura até o dia da aplicação do questionário foi de 16,2 anos (1 a 36 anos).

Foram observadas diferenças significativas em relação ao gênero, entre os médicos a proporção de homens é maior ($P < 0,001$) e em relação à formação complementar, que é menos frequente entre os técnicos e auxiliares de enfermagem

($P < 0,001$). Considerando o local de trabalho, a única diferença significativa observada foi média de idade maior entre profissionais da UTIPed ($P = 0,037$) (tabela 1).

Tabela 1: Características dos 122 entrevistados, classificados de acordo com a profissão e o local de trabalho

Características	Geral (n=122)	Médico (n=23)	Enf, Farm e Fisio (n=32)	Téc e Aux (n=67)	(P)	Pediatria (n=56)	UTIPed (n=32)	OncoPed (n=34)	(P)
Idade em anos (x ± dp)	41,8 ± 9,7 (23-63)	40,6 ± 11,1 (26-63)	41,2 ± 9,4 (23-59)	42,5 ± 9,4 (23-61)	0,104	40,3 ± 9,3 (23-63)	44,3 ± 9,8 (27-59)	41,9 ± 9,9 (23-56)	0,037
Sexo					0,000				0,7
Feminino	111 (91,0%)	15 (65,0%)	31 (97,0%)	65 (97,0%)		52 (93,0%)	28 (87,2%)	31 (91,2%)	
Masculino	11 (9,0%)	8 (35,0%)	1 (3,0%)	2 (3,0%)		4 (7,0%)	4 (12,5%)	3 (8,8%)	
Anos de formado (x ± dp)	16,2 ± 10,2 (1-36)	17 ± 11,7 (2-36)	15 ± 9,5 (2-36)	18 ± 9,8 (1-35)	0,267	13 ± 10,1 (2-36)	22 ± 9,2 (2-36)	15 ± 9,9 (1-35)	0,588
Formação complementar					0,000				0,787
Especialização	29 (23,8%)	5 (21,6%)	24 (75,0%)	-		12 (21,4%)	7 (22%)	10 (29,5%)	
Residência	15 (12,3%)	9 (39,2%)	6 (18,7%)	-		7 (12,5%)	4 (12,5%)	4 (11,8%)	
Pós graduação <i>stricto sensu</i>	10 (8,1%)	9 (39,2%)	1 (3,1%)	-		3 (5,4%)	5 (15,5%)	2 (5,8%)	
Cursos	4 (3,3%)	-	-	4 (6,0%)		2 (3,6%)	1 (3%)	1 (2,9%)	
Sem FC	64 (52,5%)	-	1 (3,1%)	63 (94,0%)		32 (57,1%)	15 (47%)	17 (50%)	
Regime de Trabalho					0,081				0,826
Integral	71 (58,2%)	12 (52,2%)	24 (75,0%)	35 (52,2%)		31 (55,4%)	19 (60%)	21 (61,8%)	
Parcial	51 (41,2%)	11 (47,8%)	8 (25,0%)	32 (47,8%)		25 (44,6%)	13 (40%)	13 (38,2%)	
Recebeu Treinamento sobre dor	60 (49,2%)	10 (43,5%)	15 (46,9%)	35 (52,2%)	0,487	23 (41,9%)	17 (53,1%)	20 (58,8%)	0,502
Fonte de atualização sobre dor					0,000				0,710
Prática diária	64 (52,5%)	8 (34,8%)	13 (40,6%)	43 (64,2%)		32 (57,1%)	15 (46,9%)	17 (50,0%)	
Treinamentos	63 (51,6%)	1 (4,3%)	17 (53,1%)	45 (67,2%)		29 (51,8%)	15 (46,9%)	19 (55,9%)	
Leitura de artigos	52 (42,6%)	19 (82,6%)	16 (50,0%)	17 (25,4%)		22 (39,3%)	13 (40,6%)	17 (50,0%)	

Em relação à quantidade de pacientes tratados apresentando quadros de dor, a média foi de $21,5 \pm 20,3$ pacientes por mês. Mais da metade dos profissionais afirmaram não gostar de trabalhar com pacientes com dor (53,3%; 64/120).

Dentre todos os participantes 50,8% (62/122) não tiveram treinamento sobre dor durante a graduação, residência ou curso técnico. Além disto, 52,6% (63/119) relataram não ter recebido qualquer treinamento sobre dor do HCPA nos últimos 12 meses. Os profissionais que tiveram algum tipo de treinamento sobre dor durante ou após sua formação, obtiveram médias de acertos maiores (67,1% ± 11,3) do que os que não tiveram nenhum tipo de treinamento (61,2% ± 5,2). Sobre experiência pessoal com quadros de dor, 40,2% disseram já ter necessitado utilizar opioides. Estes atingiram médias de acertos maiores (66,8% ± 12,4) em relação aos que nunca precisaram usar opioides (60,8 ± 7,7). Um dado significativo foi que profissionais que disseram não gostar de trabalhar com pacientes com dor tiveram médias de acertos menores (59%) quando comparados com os que afirmaram não ter problemas com este tema (69%) ($P=0,009$).

Barreiras para o tratamento da dor

As barreiras mais citadas pelos profissionais para o manejo da dor foram: o fato do paciente ser pediátrico e ter dificuldade em se expressar; falta de medicamento prescrito; medo sobre reações adversas a medicamentos (RAM), dependência e tolerância decorrente do uso de opioides e falta de conhecimento ou sensibilidade por parte dos profissionais, conforme podemos observar na Tabela 2.

Tabela 2 – Barreiras que impedem o manejo adequado da dor mais citadas pelos participantes

Temas mencionados	%Geral (n=103)	%Médico (n=21)	%Enf, Farm e Fisio (n=25)	%Téc e Aux (n=57)	(P)	%Pediatria (n=50)	%UTIPed (n=29)	%OncoPed (n=24)	(P)
Paciente pediátrico, dificuldade de mensurar e localizar a dor por falta de consciência ou verbalização	35,9 (37)	47,6 (10)	36,0 (9)	31,6 (18)	0,424	32,0 (16)	37,9 (11)	41,7 (10)	0,695
Falta de medicamento prescrito, prescrição inadequada e burocracia	25,2 (26)	9,5 (2)	40,0 (10)	24,6 (14)	0,050	22,0 (11)	37,9 (11)	16,7 (4)	0,158
Desinformação sobre opioides, medo de reações adversas a medicamentos (RAM) - tolerância, dependência, depressão respiratória	20,4 (21)	28,6 (6)	0 (0)	26,5 (15)	0,014	20,0 (10)	24,1 (7)	16,7 (4)	0,794

Falta de conhecimento e sensibilidade com o manejo da dor	15,5 (16)	14,3 (3)	16,0 (4)	15,8 (9)	0,984	16,0 (8)	17,2 (5)	12,5 (3)	0,886
Pressão e ansiedade dos familiares	15,5 (16)	4,8 (1)	20,0 (5)	15,5 (10)	0,299	18,0 (9)	10,3 (3)	16,7 (4)	0,654
Inadequada avaliação da dor (instrumentos)	8,7 (9)	9,5 (2)	8,0 (2)	8,8 (5)	0,983	10,0 (5)	10,3 (3)	4,2 (1)	0,663

A falta de medicamentos prescritos, prescrição inadequada e burocracia foram as barreiras mais significativas para enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeuta ($P=0,050$). O fato da criança não conseguir verbalizar dor e o receio de RAM ($P=0,014$) foram relatadas como dificuldades mais importantes pelos médicos, técnicos e auxiliares. Embora o receio com relação à RAM, principalmente a depressão respiratória seja considerável, 63,5% (61/96) nunca observaram especificamente este efeito adverso. Segundo informações dos participantes, a média de pacientes atendidos com depressão respiratória comprovadamente devido ao uso de opioides nos últimos doze meses foi de $1,3 \pm 2,9$, sendo a UTIPed a unidade onde esta situação ocorreu com maior frequência ($3,5 \pm 5,2$).

Identificação, avaliação e mensuração de dor

Os instrumentos citados como os mais conhecidos para avaliar a intensidade da dor foram escala visual analógica (39,3%) e escala numérica (36,1%). Porém, 26,2% dos profissionais desconhecem qualquer tipo instrumento para mensuração de dor.

Quando perguntados se utilizam instrumentos como escalas para avaliar a intensidade da dor, 77,9% (95/122) disseram que realizam este tipo de procedimento em sua prática clínica. Além disso, 57,9% (62/107) dos entrevistados acreditam que as escalas sejam instrumentos confiáveis para avaliação da dor, e 28% (30/107) acreditam parcialmente nesta afirmação. Porém, *em pergunta aberta*, sobre como reconhecem a dor no paciente, apenas 8,8% (10/114) afirmaram utilizar escalas de dor. Medidas comportamentais como choro ou expressão facial; agitação ou alteração no humor; queixa verbal; e medidas fisiológicas como alteração dos sinais vitais, foram as mais relatadas como formas de reconhecer a dor, como podemos perceber analisando a Tabela 3.

Tabela 3 – Sinais e métodos mencionados pelos profissionais para a avaliação de dor

Sinais/métodos mencionados	%Geral (n=114)	%Médico (n=23)	%Enf, Farm e Fisio (n=29)	%Téc e Aux (n=62)	(P)	%Pediatria (n=53)	%UTIPed (n=31)	%OncoPed (n=30)	(P)
Choro, expressão facial e gemidos	84,2 (96)	69,6 (16)	89,7 (26)	87,1 (54)	0,093	86,8 (46)	77,4 (24)	86,7 (26)	0,478
Sinais vitais e alterações fisiológicas	46,5 (53)	60,9 (14)	17,2 (5)	54,8 (38)	0,001	54,7 (29)	51,6 (16)	26,7 (8)	0,039
Agitação, alteração de humor e irritabilidade	43,0 (49)	39,1 (9)	51,7 (15)	40,3 (25)	0,543	50,9 (27)	32,3 (10)	40,0 (12)	0,231
Queixa verbal	37,7 (43)	34,8 (8)	17,2 (5)	48,4 (30)	0,016	30,2 (16)	51,6 (16)	36,7 (11)	0,147
Desconforto, postura do corpo	27,2 (31)	13 (3)	48,3 (14)	22,6 (14)	0,009	32,1 (17)	25,8 (8)	20 (6)	0,484
Uso de escalas e instrumentos de avaliação	8,8 (10)	17,4 (4)	13,2 (4)	3,2 (2)	0,066	5,7 (3)	6,5 (2)	16,7 (5)	0,203

A observação dos sinais vitais ($P=0,001$) e a queixa verbal ($P=0,016$) foram métodos de avaliação mais frequentemente citados por médicos e técnicos quando comparados com os demais profissionais, enquanto que a postura do corpo se mostrou um sinal mais relevante para enfermeiros, farmacêuticos e fisioterapeuta ($P=0,009$). Entre as unidades, observou-se diferença significativa apenas para sinais vitais e alterações fisiológicas, que parecem ser mais frequentemente utilizados nas unidades de Pediatria e UTIPed do que na OncoPed ($P=0,039$) (tabela 3).

A presença dos pais facilita a avaliação da dor para 86% (104/121) dos participantes do estudo.

Apenas 45% (54/120) dos profissionais registram dor como sinal vital. Dos 23 médicos participantes do estudo, nenhum afirmou registrar dor no prontuário junto com as outras medidas fisiológicas como temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial e frequência respiratória. No entanto, 63,3% (19/30) dos enfermeiros e 52,2% (35/67) dos técnicos e auxiliares fazem esta anotação ($P<0,001$). Entre as unidades também houve diferença significativa já que na Pediatria, 66,7% (36/54) dos trabalhadores afirmam registrar dor como sinal vital enquanto na UTIPed e OncoPed apenas 15,6% (5/32) e 38,2% (13/34), respectivamente, registram dor junto de outros sinais vitais ($P<0,001$).

Conhecimento sobre o manejo da dor

Com relação ao uso de medidas não farmacológicas, todos os profissionais relataram fazer uso de tal prática, sendo o uso de bolsa de água quente, aconchego no colo e diminuição de estímulos visuais e auditivos, as medidas mais citadas.

Quando questionados sobre a existência de um protocolo para o tratamento de dor no hospital, 69,6% (80/115) afirmaram que conhecem esta normativa. O relato do conhecimento foi maior na Pediatria (80%; 44/55) do que na UTIPed (55,2%; 16/29) e OncoPed (64,5; 20/31) ($P=0,049$). Também houve diferença em relação aos profissionais, já que a proporção de técnicos e auxiliares (80,0%; 48/60) que relataram saber da existência de um protocolo foi maior que a de médicos (43,5%; 10/23) e outros profissionais de ensino superior (68,8%; 22/32) ($P=0,005$).

Apenas 48,4% (59/122) dos participantes concordam que a dose certa do opioide é a que alivia a dor do paciente.

Finalmente as Tabelas 4 e 5 apresentam os resultados sobre o conhecimento quanto o manejo da dor e uso de opioides.

O percentual médio de acertos foi de 63,2% \pm 1,4. Os técnicos e auxiliares de enfermagem alcançaram um percentual mais baixo de acertos (55,4% \pm 15,2), em comparação com médicos (71,5% \pm 11,4) e outros profissionais com ensino superior (73,6% \pm 11,1) ($P<0,001$). Entre as unidades, o percentual de acertos das equipes da

UTIP (64,4% ± 18,5), Pediatria (62,3% ± 15,8) e OncoPed (63,7% ±14,1) não apresentaram diferença estatística ($P=0,406$).

Tabela 4 – Percentual maior de acertos em questões sobre conhecimento acerca do manejo da dor e uso de opioides.

Itens / (%) acertos	%Geral (n=122)	%Médico (n=23)	%Enf, Farm, Fisio (n=32)	%Téc e Aux (n=67)	(P)	%Pediatria (n=56)	%UTIPed (n=32)	%OncoPed (n=34)	(P)
Q2. Combinar analgésicos que agem de maneira diferente pode resultar em um melhor controle da dor com menos efeitos colaterais do que usar apenas um analgésico. (V)	77,5	91,3	83,9	68,4	0,502	72,5	71,4	90,6	0,107
Q3. Devido a um SN em formação, crianças menos de dois anos têm diminuição da sensibilidade da dor e memória limitada a experiências dolorosas. (F)	74,1	90,9	87,1	61,0	0,004	76,9	76,7	66,7	0,554
Q4. A morfina tem um limite máximo de dose (ou seja, acima desta, não se pode obter um maior alívio da dor). (F)	71,0	78,3	72,4	67,3	0,610	56,0	82,6	82,1	0,005
Q7. A via de administração recomendada de analgésicos opioides para pacientes com dor breve e intensa, de início súbito, tais como trauma ou pós operatório é a intravenosa. (V)	99,2	100,0	100,0	98,5	0,653	98,2	100,0	100,0	0,562
Q11. Crianças com menos de 11 anos de idade não podem relatar dor de modo confiável, sendo assim, o profissional de saúde deve depender exclusivamente da avaliação dos pais da criança. (F)	88,3	100,0	96,9	80,0	0,008	92,7	87,1	82,4	0,324
Q12. Crenças espirituais dos pacientes pode levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários. (V)	84,0	91,3	93,8	76,6	0,054	90,7	80,6	76,5	0,172
Q13. Os pacientes devem ser encorajados a suportar tanta dor quanto possível antes de usar um opioide. (F)	98,3	95,7	100,0	98,5	0,459	100,0	96,2	97,1	0,421
Q14. A morfina acelera a morte. (F)	93,2	95,7	96,9	90,3	0,427	92,2	93,8	94,1	0,929
Q16. Conhecimento sobre escada analgésica OMS (dor leve:dipirona; dor moderada:tramadol; dor forte:fentanil). (V)*	94,5	91,3	96,9	-	0,370	95,7	88,9	100,0	0,372
Q17. Analgésicos para dor pós-operatória devem ser inicialmente administrados todo dia em um horário fixo. (V) *	87,0	82,6	90,3	-	0,640	91,3	94,1	71,4	0,204

**Questão respondida apenas por profissionais com ensino superior.
(V): Afirmação verdadeira; (F): Afirmação falsa.*

É preocupante o fato de que 26,5% (27/102) e 29% (31/107) dos participantes acreditem que crianças menores de dois anos possuem sensibilidade diminuída à dor e que a morfina possua um limite máximo de dose, respectivamente. O percentual de acerto para a questão sobre a dose máxima da morfina foi significativamente menor para a equipe da Pediatria em comparação com as outras unidades ($P=0,005$).

Índices maiores de acertos foram obtidos em questões sobre via de administração (99,2%; 120/121), conhecimento sobre a escada analgésica da OMS (94,5%; 52/55) e necessidade do paciente tolerar a dor antes de usar o opioide (98,3%; 120/122). Enquanto que, os erros que mais chamaram atenção foram: os sinais vitais serem sempre indicadores confiáveis da intensidade da dor (34,5%; 40/116); é comum o paciente desenvolver depressão respiratória mesmo com opioide já em uso adequado por dois meses (42,3%; 22/52); os pacientes que podem se distrair da dor geralmente não experimentam dor severa (60%; 73/122).

Tabela 5 – Percentual menor de acertos em questões sobre conhecimento acerca do manejo da dor e uso de opioides

Itens / (%) acertos	%Geral (n=122)	%Médico (n=23)	%Enf, Farm, Físio (n=32)	%Téc e Aux (n=67)	(P)	%Pediatria (n=56)	%UTIPed (n=32)	%OncoPed (n=34)	(P)
Q1. Q1. A duração habitual da analgesia da morfina 1-2mg IV é de 4-5 horas. (F)	38,6	33,3	31,3	44,3	0,406	26,4	42,9	54,5	0,029
Q5. Se a origem da dor é desconhecida, os opioides não devem ser utilizados durante a avaliação, pois este poderia mascarar a capacidade de diagnosticar corretamente a causa da dor. (F)	53,0	69,6	68,8	38,3	0,004	45,1	66,7	52,9	0,171
Q6. Os sinais vitais são sempre indicadores confiáveis da intensidade da dor do paciente. (F)	65,5	69,6	71,9	60,7	0,503	77,4	50,0	60,6	0,033
Q8. A probabilidade de um paciente, que está recebendo analgésicos opioides de maneira adequada por 2 meses para tratar dor persistente relacionada ao câncer, desenvolver depressão respiratória é menor que 1%. (V)*	57,7	59,1	56,7	-	0,492	43,5	76,5	58,3	0,358
Q9. Os pacientes que podem se distrair (da dor) geralmente não têm dor severa. (F)	40,0	30,4	58,1	34,8	0,054	40,0	38,7	41,2	0,980
Q10. Os pacientes podem dormir, apesar da dor intensa. (V)	25,6	47,8	31,3	15,2	0,006	25,5	28,1	23,5	0,918
Q15. A razão mais provável para um paciente pedir o aumento da dose do medicamento para dor é que este está experimentando um aumento da dor. (V)	64,7	69,6	96,8	47,7	0,000	67,3	56,3	68,8	0,886
Q18. Após a interrupção abrupta de um opioide, abstinência se manifesta por sudorese, bocejos, diarreia e agitação.	18,1	26,1	22,6	12,9	0,299	16,7	32,3	6,5	0,145

*Questão respondida apenas por profissionais com ensino superior.
(V): Afirmação verdadeira; (F): Afirmação falsa.

Quando os participantes foram questionados sobre sintomas da síndrome de abstinência, 81,9% (95/116) confundiram com os sintomas de tolerância, dependência e adição. Um percentual considerável (20,2%; 24/119) de participantes acredita que o

pedido de aumento de dose esteja relacionado à adição e 47% (54/115) dos profissionais pensam que os opioides só devem ser utilizados após o diagnóstico da causa da dor.

DISCUSSÃO

Os achados desta pesquisa se referem a profissionais de um hospital universitário com experiência no serviço (mais de 16 anos de atuação) e no atendimento a pacientes com dor (mais de 20 pacientes/mês).

Conhecimento sobre o manejo da dor

Em estudos sobre o tema, realizados com diferentes abordagens, o percentual de acertos varia entre 31-71% [19 - 21]. Em nosso estudo, o percentual de acertos para profissionais com ensino superior ficou acima dos 70%. Como era de se esperar, devido a uma formação mais superficial, técnicos e auxiliares alcançaram índice de acerto menor. Apesar de previsível, este dado gera preocupação, tendo em vista que são esses profissionais que estão diretamente envolvidos na assistência da criança. O oferecimento de cursos e treinamentos poderia complementar a formação e resultar em maior qualidade no atendimento de pacientes. A fonte de atualização preferida por técnicos, auxiliares e enfermeiros foi o treinamento, no entanto, mais de 50% dos profissionais não tiveram nenhum treinamento sobre dor. WELLS e colaboradores [5] observaram que apenas 48% dos médicos e enfermeiros do estudo haviam recebido informações sobre controle da dor em capacitações. KIM e colaboradores [22] afirmam que embora muitos médicos acreditassem que estavam muito bem treinados para o manejo da dor, mostraram atitudes negativas e nível de conhecimento inadequado sobre este tema.

O componente emocional também é importante para o profissional de saúde. Profissionais que não gostam de atender pacientes com dor cometeram mais equívocos ao responder o questionário deste estudo. Mais da metade dos participantes (53,3%; 64/120) afirmaram não gostar desta experiência. O fato do profissional não gostar de lidar com pacientes com dor pode indicar preconceitos, que devem ser trabalhados com a equipe. Por outro lado, reduzir a intensidade de dor nos

pacientes, tornando-os menos queixosos, pode resultar em melhora no atendimento de forma geral.

Analisando a Tabela 4 percebemos que a unidade que menos acertou questões envolvendo opioides (por exemplo, Q1; Q4; Q5; e Q8) foi a Pediatria. Isto pode dever-se ao fato de que a OncoPed e a UTIP sejam clínicas que façam uso de opioides mais rotineiramente estando os profissionais que atuam nestas unidades mais habituados com o uso destes fármacos.

Barreiras para o tratamento da dor

A principal barreira para o manejo da dor levantada por este estudo foi o fato do paciente ser pediátrico apresentando dificuldade de mensurar a dor. Portanto, faz-se necessário a implementação do uso de instrumentos que avaliem a dor destes pacientes de maneira mais eficaz [23]. Outro fator que se mostrou um impedimento para um racional alívio da dor foi a falta do medicamento prescrito ou a burocracia que envolve a prescrição de opioides. Estudos prévios apontam a burocracia em torno da prescrição, dispensação e aquisição de medicamentos opioides um ponto de entrave no processo de manejo da dor [4, 24-25].

Vinte por cento dos participantes citaram que o medo de reações adversas (dependência, tolerância e depressão respiratória) é uma das principais barreiras para a utilização de opioides no manejo da dor, corroborando outros estudos que também identificaram esta barreira [15, 22, 26-28]

Peker [28] avaliou que para 82% de médicos e residentes, depressão respiratória é a reação adversa a opioides mais preocupante. Embora depressão respiratória seja um dos principais medos com relação ao uso de opioides no nosso estudo, os participantes relataram ser pouco frequente presenciar tal situação (incidência de 0,5%). Este resultado concorda com outros estudos que demonstram que depressão respiratória é reportada como um efeito adverso raro, especialmente quando o opioide é titulado para o tratamento da dor [29, 30].

O fato de 81,9% (95/116) dos profissionais terem confundido sintomas de síndrome de abstinência (sudorese, bocejos, diarreia e agitação) com os sintomas de tolerância (necessidade de doses maiores para alcançar analgesia), dependência e adição (controle comprometido sobre o uso da droga, uso compulsivo) indica a falta

de conhecimento dos termos e possível preconceito em relação ao uso de opioides. O que é reforçado pelos resultados de que 20% dos profissionais acreditam que a necessidade de aumento da dose do opioide indica adição, e que 47% acreditam que os opioides só devam ser utilizados após o diagnóstico da causa da dor, provocando um sofrimento desnecessário no paciente.

Percebemos que a falta de conhecimento formal sobre manejo da dor, uso de opioides e até sobre métodos para avaliação de dor constituem um entrave para o tratamento adequado da dor. Um investimento em educação permanente para estes profissionais se mostra imprescindível para a redução do sofrimento dos pacientes com dor. Além do investimento em educação, as instituições precisam dar estrutura para a equipe de saúde, padronizando e distribuindo escalas de dor e desenvolvendo protocolos. Pouco adiantaria investir em conhecimento se os fatores organizacionais da instituição não permitirem que estes profissionais apliquem na prática os conhecimentos adquiridos.

Tratamento da dor

Segundo LACY (2010) e TRESOT (2008), a eficácia analgésica dos opioides não tem uma dose máxima ou um limite convencional. A dose adequada seria aquela que alivia a dor do paciente sem causar efeitos adversos que não possam ser manejados. Mesmo assim, aproximadamente 30% dos participantes do estudo acreditam haver uma dose máxima para a administração de morfina [31, 45].

Os profissionais de saúde expressam preocupação com o potencial de dependência de opiáceos, abuso, uso irracional, efeitos adversos e problemas relacionados com o paciente (por exemplo, a adesão à medicação, comorbidade psiquiátrica, relutância ou dificuldade para relatar dor, histórico familiar de adição) [16, 32-34]. Porém, os opioides, como classe farmacológica, têm efeitos colaterais bem descritos, incluindo vômitos, náuseas, tonturas, constipação e sedação, que podem ser minimizados com ajustes de dose, medicamentos adjuvantes e abordagens não farmacológicas [35]. Os analgésicos opioides são essenciais para o manejo da dor em pacientes oncológicos ou não. A gestão eficaz da dor nestes pacientes depende da administração do opioide correto, na dose certa e no momento certo [12-13, 36-39].

Este estudo abordou apenas questões envolvendo opioides, não sendo possível mensurar o conhecimento dos profissionais acerca dos demais analgésicos utilizados no manejo da dor. DOS SANTOS (2012) mostra que o uso *off-label* de analgésicos não opioides é elevado, sendo a dose e a indicação os parâmetros onde mais se encontram problemas nas prescrições para crianças [47].

Identificação, mensuração e avaliação de dor

Uma revisão [15] sobre as barreiras para o tratamento da dor do câncer aponta que além da carência de conhecimentos sobre o tratamento da dor, um importante obstáculo para o alívio da mesma é o inadequado padrão de avaliação da dor. A partir de nossos resultados, percebemos que o percentual de utilização de escalas e instrumentos para avaliação da dor é reduzido já que apenas 8,8% dos participantes os utilizam, sendo a dor avaliada principalmente pelas reações e queixas do paciente. Estes dados sugerem que dor leve e moderada podem estar sendo negligenciadas. A falta de conhecimento e treinamento para uso destes instrumentos, a não institucionalização desta prática em algumas unidades hospitalares e a falta de credibilidade que alguns profissionais depositam nestas escalas podem ser alguns dos motivos para a não utilização das mesmas. A mensuração da dor tem importância central no seu tratamento, pois somente a partir desta medida será possível basear a adequada conduta terapêutica [23].

Especificamente em crianças, a escolha correta do instrumento de avaliação de dor dependerá dos níveis de desenvolvimento e idade, e de dependência do cuidador para a obtenção de informação.

A expressão facial frente ao estímulo doloroso é um significativo indicador de dor em neonatos e os instrumentos recomendados são *Neonatal Facial Coding System*, *Premature Infant Pain Profile* e o *Neonatal Infant Pain Scale*. A partir de dois anos de idade, o paciente é capaz de prover informações sobre sua dor, porém ainda não compreende os conceitos relativos à intensidade e qualidade da dor. É recomendado o uso de Fichas de dor (*Poker Chip Tool*), que avalia sua intensidade sem uma precisa quantificação [40].

A partir dos quatro anos, com o domínio das habilidades de linguagem e comunicação, pode-se lançar mão das medidas de autorrelato (*self-report*) de forma mais confiável. Estes instrumentos são escalas ordinais que informam a intensidade da dor. Alguns exemplos são Escala Faces de Dor Revisada (*Faces Pain Scale-Revised*), Escala Visual Analógica (*Visual Analog Scale*), *Oucher Scale*, Numérica da dor (*Numerical Rating Scale*) e Verbal (*Verbal Numeric Scale*) [40].

Existem ainda as escalas FLACC (*Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*), CHEOPS (*Children's Hospital os Eastern Ontario Pain Scale*) indicadas para avaliar dor pós-operatória em crianças de um ano de idade. A maior parte das escalas psicométricas tem seu uso indicado para dor aguda procedural ou dor pós-operatória. Isso devido à dor crônica exigir uma avaliação mais complexa que inclui além da intensidade, análise dos aspectos adaptativos funcionais e da qualidade de vida. Para isto a literatura indica questionários ou diários de monitoramento. Alguns exemplos seriam *The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire*, *Pain Diary* e o *Non-communicating children's pain checklist-revised*. [40]

JACOB *et al* [41] mostrou que a maioria das enfermeiras acreditam que a avaliação da dor seja o primeiro passo para aliviar a dor de uma criança. Segundo este estudo, menos de 25% das enfermeiras documenta a intensidade da dor e apenas um terço dos prontuários apresenta alguma evidência sobre avaliação de dor.

Nossos dados apontam que 94,5% dos profissionais com ensino superior conhecem a Escada Analgésica da OMS, todavia a maior parte dos participantes utiliza apenas reações e queixas do paciente para verificar a presença de dor. A mesma prática foi observada por SAÇA e colaboradores [42]. Uma medida de avaliação de dor não deve apenas indicar sua presença ou ausência, mas sim determinar seu grau de intensidade. Dessa forma, por meio de uma mensuração adequada da dor, podemos seguir a diretriz da OMS, já que nesta, a mensuração da intensidade da dor é um dado importante na indução de uma prescrição racional, tendo em vista um tratamento mais adequado e eficaz.

Registro de dor

Desde 2000 a *Joint Commission Accreditation on Healthcare Organization* (JCAHO), a Sociedade Americana de Dor (APS) e a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública (ARQ) descrevem a dor como quinto sinal vital que deve ser sempre registrado ao mesmo tempo e no mesmo ambiente clínico em que também são avaliados os outros sinais vitais como temperatura, pulso, respiração e pressão arterial para o conhecimento de todos e avaliação das condutas a serem tomadas. Esta ação possibilita que a avaliação da dor deve ser automática, assim como os outros sinais vitais.

Um *guideline* produzido no Canadá recomenda que para um efetivo controle da dor, a equipe de saúde deve manter os prontuários atualizados e detalhados com informações como: histórico médico e psicológico do paciente, avaliação da intensidade da dor, plano de tratamento, discussão de riscos e benefícios do tratamento, os opioides prescritos e os desfechos [43].

No presente estudo apenas 45% dos profissionais registram dor como sinal vital e dentre os médicos participantes do estudo, nenhum citou dor quando questionados acerca dos sinais vitais. Para enfermeiros e técnicos, este procedimento é mais rotineiro, porém ainda abaixo do ideal. Dentre as unidades pesquisadas a Pediatria é onde esta rotina já está mais bem estabelecida, já que 66,7% dos profissionais fazem este registro. A implementação do registro da dor como quinto sinal vital por todos os profissionais exige que a instituição incentive e acompanhe a equipe. Segundo LINHARES (2010), os indicadores fisiológicos são sensíveis, porém não são específicos para dor e, portanto, devem ser considerados como medidas complementares [40].

Oitenta por cento dos profissionais desta clínica afirmam conhecer um “protocolo” para manejo da dor. Na realidade não existe protocolo de dor institucionalizado no HCPA. O que ocorre é que muitos serviços médicos têm rotinas assistenciais (que alguns chamam “protocolos”). Tais rotinas, porém, não passaram por uma validação institucional, embora acabem sendo utilizadas no dia-a-dia pelas equipes.

A educação formal deficiente sobre o manejo da dor, se reflete nas respostas a itens de conhecimento sobre avaliação da dor e uso de medicamentos e algumas

preocupações exageradas sobre o uso de opioides. PEKER e colaboradores analisaram que importantes agentes farmacológicos para o manejo da dor não são bem conhecidos e que os profissionais relataram habilidades insuficientes nas tarefas que requerem conhecimento, educação e experiência sobre o uso de opióides [28]. A Declaração de Montreal, um documento desenvolvido durante a Primeira Cúpula Internacional de Dor em 2010, afirma que "O acesso ao tratamento da dor por profissionais de saúde devidamente treinados é um direito fundamental do ser humano". Prestadores de cuidados de saúde têm uma responsabilidade ética para aliviar a dor e o sofrimento relacionado a esta, fornecendo informação e acesso imparcial a medicamentos, além de uma terapia analgésica adequada [44].

Limitações

O conhecimento e atitudes de profissionais de saúde em relação ao manejo da dor foram avaliados em unidades de um hospital universitário, portanto os dados não devem ser extrapolados para serviços sem essa característica. No entanto, pode-se esperar percentuais mais baixos de acertos em instituições que não têm no escopo de atribuições, o ensino. Além disto, o perfil educacional, social e cultural dos participantes deve ser considerado na generalização dos dados. Outro ponto limitante foi o enfoque dado apenas a analgésicos opioides, não tendo como mensurar o conhecimento sobre os demais analgésicos que também são imprescindíveis para o manejo da dor.

Conclusão

Este estudo comparou diferentes profissionais de saúde de diferentes clínicas em relação ao conhecimento sobre manejo da dor na pediatria. Ficou evidenciado que existem dificuldades nos processos de identificação, mensuração e tratamento da dor.

As principais barreiras que impedem um manejo ótimo da dor, aqui descritas, são: o fato do paciente ser pediátrico e ter dificuldade de mensurar e localizar a dor; falta do medicamento prescrito; excesso de burocracia; e receio quanto a reações adversas de opioides.

O nível de conhecimento sobre questões envolvendo o tema da dor e uso de opioides foi satisfatório para profissionais de nível superior. Porém, para técnicos e auxiliares, um nível abaixo do desejado foi demonstrado tendo em vista que são esses os profissionais que prestam assistência direta ao paciente. Não foram encontradas diferenças importantes entre as unidades avaliadas.

Nosso estudo mostra que os profissionais avaliados não têm incorporado em suas práticas o uso de instrumentos de avaliação de dor. Estes servem tanto para o momento da prescrição analgésica como para reavaliação de dor após as intervenções, farmacológica ou não, além de melhorar a documentação e a comunicação entre a equipe de saúde.

Os preconceitos e a desinformação acerca dos temas abordados neste estudo ainda são importantes e poderiam ser sanados a curto prazo com programas de educação permanente e elaboração de protocolos para avaliação e tratamento da dor nas instituições de saúde. Medidas a médio e longo prazo implicam na inclusão destes temas na formação acadêmica/formal destes profissionais. Além das medidas educativas, as instituições precisam dar estrutura organizacional e infraestrutura para que os profissionais possam colocar em prática os conhecimentos adquiridos. Estas medidas não exigem investimentos vultosos, mudanças simples surtiriam efeito para reduzir o sofrimento desnecessário de pacientes e mais especificamente de crianças com dor.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq, ao curso de pós graduação em Ciências Farmacêuticas da UFRGS e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria: MS/SAS nº 859 de 12 de novembro de 2002. **Brasília: Secretaria de Assistência a Saúde**, 2002.
2. KARWOWSKI, S. F., LESSENOT, S., LAMARCHE, V., *et al.* Pain in an emergency department: an audit. **Eur J Emerg Med.** v.13, p. 218-24, 2006.
- 3 VERGHESE, S.T., HANNALLAH, R.S. Acute pain management in children. **J Pain Res.** v.3, p.105-23, 2010.
- 4 KULKAMP, I.C., BARBOSA, C.G., BIANCHINI, K.C. Percepção de profissionais da saúde sobre aspectos relacionados à dor e utilização de opióides: um estudo qualitativo. **Ciênc Saúde Coletiva.**v.13, p. 721-31, 2008.
5. WELLS, N., MCCAFFERY, M., PASERO, C. Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses. Improving the Quality of Care Through Pain Assessment and Management. Agency for Healthcare Research and Quality Publication No. 08-0043. **U.S. Department of Health and Human Services.** v.1, n.17, p.469-97, 2008.
6. CERDÁ-OLMEDO, G., MONSALVE, V., MÍNGUEZ, A., VALÍA, J.C., DE ANDRÉS, J.A. Algoritmo de decisión para el tratamiento del dolor crónico: una propuesta necesaria. **Rev Soc Esp Dolor**, v. 7, n.4, p.225-33, 2000.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. **Rio de Janeiro: INCA**, 2001.
8. WHO. Cancer pain relief and palliative care. Expert Committee Report. Technical Series 804. **Geneva: World Health Organization**; 1990.

9. VARGAS-SCHAFFER, G. Is the WHO analgesic ladder still valid? *Twenty-four years of experience*. **Canadian Family Physician**, v. 56, 2010.
10. WHO. Cancer pain relief, 2nd edition with a guide to opioid availability. **Geneva: World Health Organization**; 1996.
11. KANPOLAT, Y. Percutaneous destructive pain procedures on the upper spinal cord and brain stem in cancer pain: CT-guided techniques, indications and results. **Adv Tech Stand Neurosurg**, v.32, p.147-73, 2007.
12. UPSHUR, C.C., LUCKMANN, R.S., SAVAGEAU, J.A. Primary care provider concerns about management of chronic pain in community clinic populations. **J Gen Intern Med**; v.21, p.652–655, 2006.
13. PORTENOY, R.K. Opioids for chronic pain: Historical notes. In: Smith, HS.; Passik, SD., editors. Pain and Chemical Dependency. **Oxford University Press; New York**, p. 15-18, 2008.
14. JOVEY, R., ENNIS, J., GARDNER, J., GOLDMAN, B., HAYS, H., LYNCH, M., *et al*. Use of opioid analgesics for the treatment of chronic noncancer pain—a consensus statement and guidelines from the Canadian Pain Society. **Pain Res Manag**, v.8, (Suppl A):3A-15A, 2003.
15. JACOBSEN, R. *et al*. Barriers to cancer pain management: a review of empirical research. **Medicina (Kaunas)**; v.45, n.6, 2009.
16. POTTER M., SCHAFER, S., GONZALEZ-MENDES, E., *et al*. Opioids for Chronic Nonmalignant Pain. Attitudes and practices of primary care physicians in the UCSF/Stanford Collaborative Research Network. University of California, San Francisco. **J Fam Pract**; v.50 n.2, p.145-51, 2001.

17. PUD, D. Personal Past Experience with Opioid Consumption Affects Attitudes and Knowledge Related to Pain Management. **Pain Management Nursing**, v.5, n.4, p.153-159, 2004.
18. “Knowledge and Attitudes Survey Regarding Pain” developed by BETTY FERRELL and MARGO MCCAFFERY, revised 2012. Disponível em: <http://prc.coh.org/Knowledge%20&%20Attitude%20Survey%2010-12.pdf>. Acessado em: 05 de março de 2013.
19. RUPUR, M.L. *et al.* The use of opioids at the end of life: the knowledge level of Dutch physicians as a potential barrier to effective pain management. **BMC Palliative Care**, v.9, n.23, 2010.
20. VALLERAND, A.H., COLLINS-BOHLER, D., TEMPLIN, T., HASENAU, S.M. Knowledge of and barriers to pain management in caregivers of cancer patients receiving homecare. **Cancer Nurs**, v. 30, p.31-37, 2007.
21. LAMBERT, K., OXBERRY, S., HULME, C.W., SAHARIA, K., RIGBY, A.S., JOHNSON, M.J. Knowledge of attitudes to opioids in palliative care patients. **Palliat Med**, v.21, p.721-22, 2007.
22. KIM, M.H., PARK, H., PARK, E.C., PARK, K. Attitude and Knowledge of Physicians About Cancer Pain Management: Young Doctors of South Korea in Their Early Career. **Jpn J Clin Oncol**, v.41, n.6, p.783–91, 2011.
23. CHAVES, L. D; LEÃO, E. R. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. **Curitiba: Editora Maio**, 2004
24. KRŠIAK, M. How to advance in treating pain with opioids: less myths - less pain. **Cesk Fysiol**; v.53, n.1, p:34-8, 2004.
25. BERMAN, B.M. Integrative approaches to pain management: how to get the best of both worlds. **BMJ**; v.326, p.1320-21, 2003.

26. SPITZ, A. *et al.* Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: A qualitative study. **BMC Geriatrics**, v.11, n.35, 2011.
27. WELLS, M., DRYDEN, H., GUILD, P., LEVACK, P., FARRER, K., MOWAT P. The knowledge and attitudes of surgical staff towards the use of opioids in cancer pain management: can the Hospital Palliative Care Team make a difference? **European Journal of Cancer Care**, v.10, p.201–11, 2001.
28. PEKER, L. *et al.* Doctors' opinions, knowledge and attitudes towards cancer pain management in a university hospital. **Agri**, v.20, n.2, p.:20-30, 2008.
29. COLLINS, J.J., GRIER, H.E., KINNEY, H.C., *et al.* Control of severe pain in children with terminal malignancy. **J Pediatr**, v.126, p. 653-657, 1995.
30. SLOAN, P.A., MONTGOMERY, C., MUSICK, D. Medical student knowledge of morphine for the management of cancer pain. **J Pain Symptom Manage**. v. 15, n.6, p.359-64, 1998.
31. LACY, C. F., ARMSTRONG, L.L., GOLDMAN, M.P. Drug Information Handbook. **19. ed. Hudson: Lexi-comp**, 2010.
32. BHAMB, B., BROWN, D., HARIHARAN, J., ANDERSON, J., BALOUSEK, S., FLEMING, M.F. Survey of select practice behaviors by primary care physicians on the use of opioids for chronic pain. **J Pain**; v.8, p.573–82, 2007.
33. LIN, J.J., ALFANDRE, D., MOORE, C. Physician attitudes toward opioid prescribing for patients with persistent noncancer pain. **Clin J Pain**; v.23, p.799–803, 2007.
34. WEINSTEIN, S.M., LAUX, L.F., THORNBY, J.I., LORIMOR, R.J., HILL, C.S., THORPE, D.M., MERRILL, J.M. Attitudes toward pain and the use of opioid analgesics: Results of a survey from the Texas Cancer Pain Initiative. **South Med J**, v.93, p.479–87, 2000.
35. BREIVIK, H. Opioids in chronic non-cancer pain, indications and controversies. **Eur J Pain**; v.9, p.127-30, 2005.

36. GORDON, D.B., DAHL, J.L., MIASKOWSKI, C., *et al.* American Pain Society recommendations for improving the quality of acute and cancer Pain management. **Arch Intern Med**; v.165, p.1574–80, 2005.
37. MIASKOWSKI, C., CLEARY, J., BURNEY, R. *et al.* Guideline for the Management of Cancer Pain in Adults and children. APS Clinical Practice Guidelines Series, No. 3. **Glenview, IL: American Pain Society**; 2005.
38. BALLANTYNE, J.C., MAO, J. Opioid therapy for chronic pain. **N Engl J Med**; v.349, p.1943-53, 2003.
39. FINE, P.G., PORTENOY, R.K. A clinical guide to opioid analgesia, 2 ed. **New York: Vendome Group, LLC**, 2007.
40. LINHARES, M. B. M., DOCA, F. N. P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, v.18, n.2, p.307 – 25, 2010.
41. JACOB, E.; PUNTILLO, K. Pain in Hospitalized Children: Pediatric Nurses' Beliefs and Practices. **Journal of Pediatric Nursing**, v.14, n.6, 1999.
42. SAÇA, C.S., CARMO, F.A. ROSA, B.A. Pain as 5th vital sign: role of the nursing staff in a private hospital with management of Basic Health Unit. **J Health Sci Inst.** v.28, n.1, p.35-41, 2010.
43. KAHAN, M., GAGNON, A.M. WILSON, L., SRIVASTAVA, A. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain Clinical summary for family physicians. Part 1: general population. **Can Fam Physician**, v.57, p.1257-66, 2011.
44. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN: Declaration of Montreal, 2010. Disponível em: [<http://www.iasppain.org/Content/NavigationMenu/InternationalPainSummit/DeclarationofMontr233a/default.htm>], Acessado em 10 de outubro de 2012.
45. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010 / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

46. TRECOT, A.; DATTA, S.; LEE, M.; HANSEN H. Opioid Pharmacology. **Pain Physician**. Opioid Special Issue: 11, 2008.

47. DOS SANTOS, L.; HEINECK, I. Drug utilization study in pediatric prescriptions of a university hospital in southern Brazil: off-label, unlicensed and high-alert medications. **Farmacia Hospitalaria**. v.36, n.4, p.180-6, 2012.

48. FITZGERALD, M. The development of nociceptive circuits. **Nat Rev Neurosci**. v.6, n.7, p.507-20, 2005.

49. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Continuing Medical Education Program. Module 6 – Pain Management: Pediatric Pain Management. Disponível em http://www.ama-cmeonline.com/pain_mgmt/printversion/ama_painmgmt_m6.pdf. Acessado em 07 de abril de 2013.

50. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The Assessment and Management of Acute Pain in Infants, Children, and Adolescents. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health and Task Force on Pain in Infants, Children, and Adolescents. **Pediatrics**; v. 108, p.793-97, 2001. Disponível em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/108/3/793.full.pdf+html>. Acessado em: 07 de abril de 2013.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

Questionário “CONHECIMENTO E PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE O MANEJO DA DOR E O USO DE OPIÓIDES NA PEDIATRIA”

As questões contendo um * (asterisco) não se aplicam a técnicos e auxiliares de enfermagem

1 - Função no hospital:

- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| a) Médico | e) Técnico de enfermagem |
| b) Enfermeiro | f) Médico residente |
| c) Farmacêutico | g) Enfermeiro residente |
| d) Auxiliar de enfermagem | h) Farmacêutico residente |

Possui alguma pós graduação ou especialização? Em caso de resposta afirmativa, descreva:

2 - Sexo:

- | | |
|--------------|-------------|
| a) Masculino | b) Feminino |
|--------------|-------------|

3 - Data de nascimento: ____/____/____; Ano de graduação: _____

4 - Religião:

- | | |
|----------------|-----------------|
| a) Católica | e) Judaica |
| b) Protestante | f) Espirita |
| c) Muçulmana | g) Ateu |
| d) Budista | h) Outra: _____ |

5 - Regime de trabalho:

- | |
|-------------|
| a) Integral |
| b) Parcial |

Em qual clínica está alocado no HCPA? _____

No caso de ser parcial, trabalha em outro hospital? Em que setor?

6 - Qual sua principal fonte de conhecimento sobre dor?

- | |
|-------------------------|
| a) Prática diária |
| b) Especialização |
| c) Mestrado/Doutorado |
| d) Eventos científicos |
| e) Leituras de artigos |
| f) Curso ou treinamento |
| g) Outras fontes: _____ |

7- Durante a graduação, curso técnico ou residência, você recebeu treinamento sobre dor?

- a) Sim. () Graduação () Residência () Curso técnico
- b) Não

8- A instituição que você trabalha (HCPA) ofereceu treinamento sobre dor nos últimos 12 meses?

- a) Sim
- b) Não

9 – Você já teve alguma experiência prévia PESSOAL com dor em que VOCÊ necessitou utilizar algum medicamento opióide? Em caso de resposta afirmativa, descreva a experiência e qual opióide foi utilizado:

10 - Experiência no tratamento de doentes com dor:

Eu trato ____ pacientes com dor/mês (número de pacientes).

11 - Você gosta de trabalhar com pacientes com dor?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não faz diferença/não me importo

12 – Na sua opinião, qual (quais) fator(e)s dificulta(m) o manejo da dor?

13 - Quantos pacientes você atendeu com depressão respiratória comprovadamente secundária ao uso de opióides nos últimos 12 meses? _____.

Caso a resposta seja maior que zero (nº paciente), como foi comprovada a relação?

14 - Quantos pacientes você tratou com Síndrome de abstinência decorrente da interrupção de um opióide nos últimos 12 meses? _____.

15 - Você realiza a aplicação de instrumentos como escalas (verbal, numérica ou visual) ou questionários para avaliar a intensidade da dor do paciente em sua prática diária?

a) Sim. Qual(is) instrumento(s)?

b) Não. Por que?

16 - Você concorda com a seguinte frase: "A dose correta para administração de um opioide é a que alivia a dor do paciente"?

a) Sim.

b) Não.

c) Não tenho certeza sobre esta afirmação.

17- Para as afirmações abaixo, responda verdadeiro (V) ou falso (F):

() A duração habitual da analgesia da morfina 1-2 mg IV é de 4-5 horas.

() Combinar analgésicos que agem de maneira diferente (por exemplo, combinar um opioide com um antiinflamatório não esteroide) pode resultar em um melhor controle da dor com menos efeitos colaterais do que utilizar um único agente analgésico.

() Devido a um sistema nervoso em formação, crianças menores de dois anos de idade têm diminuição da sensibilidade à dor e memória limitada das experiências dolorosas.

() A morfina tem um limite máximo de dose (ou seja, em uma dose acima desta NÃO pode ser obtido um maior alívio da dor).

() Se a origem da dor do paciente é desconhecida, os opiáceos não devem ser usados durante o período de avaliação da dor, pois este poderia mascarar a capacidade de diagnosticar corretamente a causa da dor.

() Os sinais vitais sempre são indicadores confiáveis da intensidade da dor do paciente.

18- A via de administração recomendada de analgésicos opioides para pacientes com dor breve e intensa, de início súbito, tais como trauma ou dor pós-operatória é:

a) intravenosa

d) oral

b) intramuscular

e) retal

c) subcutânea

*19- Um paciente com dor persistente relacionado com câncer tem recebido diariamente, de maneira adequada, analgésicos opioides por 2 meses. A probabilidade de o paciente desenvolver depressão respiratória clinicamente significativa é:

a) menos de 1%

d) 21-40%

b) 1-10%

e) mais de 41%

c) 11-20%

20- Como você reconhece a dor no paciente que você está prestando cuidado?

21 - Quais métodos para avaliação da intensidade da dor você conhece?

22 - Você acredita que as escalas para avaliar a intensidade da dor sejam confiáveis?

23 - Para as afirmações abaixo, responda verdadeiro (V) ou falso (F):

- Os pacientes que podem se distrair (da dor) geralmente não têm dor severa.
- Os pacientes podem dormir, apesar da dor intensa.
- Crianças com menos de 11 anos de idade não podem relatar dor de modo confiável, sendo assim o profissional de saúde deve depender exclusivamente da avaliação dos pais da criança.
- Crenças espirituais dos pacientes pode levá-los a pensar que a dor e o sofrimento são necessários.
- Os pacientes devem ser encorajados a suportar tanta dor quanto possível antes de usar um opióide.
- A morfina acelera a morte.

24 - A razão mais provável para um paciente pedir o aumento da dose do medicamento para dor é:

- a) O paciente está experimentando um aumento da dor.
- b) O paciente está sofrendo de ansiedade ou depressão maior.
- c) O paciente está solicitando uma atenção mais pessoal.
- d) Os pedidos do paciente estão relacionados ao vício.

*25 - Correlacione as colunas de acordo com a escada analgésica da OMS (Organização Mundial da Saúde):

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| a) dor leve | <input type="checkbox"/> Fentanil |
| b) dor moderada | <input type="checkbox"/> Tramadol |
| c) dor intensa | <input type="checkbox"/> Dipirona |

*26 - Analgésicos para a dor pós-operatória devem ser inicialmente administrados:

- a) todo o dia em um horário fixo .
- b) somente quando o paciente solicita o medicamento .
- c) só quando o profissional de saúde percebe que o paciente sente desconforto moderado ou maior.

27 - Após a interrupção abrupta de um de opióide, abstinência manifesta-se pelo seguinte:

- a) Sudorese, bocejos, diarreia e agitação .
- b) Controle comprometido sobre o uso da droga, uso compulsivo, e desejo.
- c) A necessidade de doses maiores para alcançar o mesmo efeito.
- d) A e B estão corretas.

28- A presença dos pais na unidade em que a criança está internada:

- a) Facilita a avaliação da dor.
- b) Dificulta a avaliação da dor.
- c) Não faz diferença.

29 – A instituição possui protocolo específico para o manejo da dor?

- a) Sim.
- b) Não.

30 - Quais sinais vitais você frequentemente registra no prontuário?

31- A equipe utiliza abordagens não farmacológicas para o manejo da dor? (por exemplo: massagens relaxantes, bolsa de água quente, sucção não nutritiva, aconchego do colo tanto do profissional como do pai ou mãe e a diminuição de estímulos auditivos e visuais; essas medidas são realizadas quando não houver contraindicação, respeitando as particularidades de cada criança).

- a) Sim.

Cite: _____

- b) Não.

Porque? _____

32 – Em qual situação abaixo você se sentiria mais confortável:

- a) Administrar um medicamento opioide em uma criança COM câncer que está experimentando dor intensa.
- b) Administrar um medicamento opioide em uma criança SEM câncer que está experimentando dor intensa.
- c) Me sinto confortável em ambas as situações.
- d) Não me sinto confortável em nenhuma das situações.

ANEXO 2 – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

https://apps2.hcpa.ufrgs.br/wgppg/interface/sistema.action

Usuário: Gabriel Rodrigues Martins d

Web GPPG

Administrativo Pesquisador Secretária Avaliador Áreas Ajuda Sair

Pesquisador >> Projetos >> Consultar Projeto - 11-0488 (APROVADO - APROVADO)

Projeto Colaboradores Áreas Apoio Arquivos Pareceres Histórico

Adicione

Lista de pareceres do projeto

Avaliador	Tipo	Entregue em	Última Alteração	Inativo em	Status
<input type="radio"/> Avaliador 1	Parecer CEP	27/09/2011 13:57	05/10/2011 08:41		Validado
<input type="radio"/> Avaliador 2	Parecer CEP	05/10/2011 11:49	17/10/2011 14:11		Validado
<input type="radio"/> Serviço de Pediatria	Parecer de área	21/09/2011 11:02			Validado
<input type="radio"/> Unidade de Assuntos Regulatórios de Pesquisa	Parecer de área	27/09/2011 13:12			Validado
<input type="radio"/> Financeiro GPPG	Parecer de área	03/10/2011 19:43			Validado

ANEXO 3 - NORMAS DA REVISTA *PAIN MEDICINE* PARA SUBMISSÃO DE TRABALHOS

Manuscript Submissions: All manuscripts should be submitted on-line using Manuscript Central. Manuscript Central can be accessed by logging onto <http://mc.manuscriptcentral.com/pme>. Please follow instructions to “create an account” located on the top right side of the page. You will only need to create an account one time. After you have created your account you can submit your article for consideration for publication in Pain Medicine by logging into the manuscript site using the user ID and password that you created.

Submission of a paper implies that it reports unpublished work, except in abstract form, and is not being submitted simultaneously to another publication.

Requirements for publication are consistent with the International Committee of Medical Journal Editors, which are published in: Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals, *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36–47. <http://www.icmje.org>

Manuscripts will be considered in the form of:

Original Research Article (approximately 10–40 pages): Present results of original clinical and translational research.

Corresponding Author Responsibilities:

- Serves as the primary contact on behalf of all coauthors.
- Ensures that the Conflict of Interest/Disclosure Section and the Acknowledgment Section of the manuscript is complete and up-to-date for all authors.
- Includes all persons who have contributed to the manuscript but are not authors and obtains permission from each person listed in the Acknowledgment section.
- If the paper is accepted for publication, obtains signatures from all authors on the copyright transfer agreement. If an author is not able to sign, then obtains their written permission to execute this agreement on their behalf.

Prior Presentation and Publication:

We will consider manuscript submissions covering study results that have been previously presented at a local, national, or international conference, and/or for which an abstract has been published or presented as a poster or platform session at societal meetings. If a manuscript is accepted and it is subsequently found that large parts or the entire study have been previously published, the journal may retract the article and include a notice of redundant publication.

Title Page: The first text page should contain: 1. Title; 2. Full names and affiliations for all authors, including highest academic degree; 3. Full postal address, telephone number, fax number, and e-mail address for the corresponding author, to whom the proofs will be sent followed by full disclosure information (see below); 4. Running title of no more than 6 words.

Abstracts: The abstract, on the page following the title page, must be 250 words or less, under the following headings, as appropriate: Objective, Design, Setting, Subjects, Methods, Results, and Conclusions (*JAMA* 1992;267:42–4). Abstracts are necessary for all papers. Up to six key words must be provided with the abstract. Letters, Commentary, Perspective and Editorial submissions should not include an abstract.

Drug names: Use generic names only in referring to drugs. If the trade name is necessary, e.g., in bio-availability studies, indicate it in parentheses.

Abbreviations: Keep abbreviations to the minimum, and define each at its first use. Do not use abbreviations in the abstract.

References: References for Pain Medicine should follow the Vancouver (or numerical) system. Identify with Arabic numerals inside parentheses. A full list of references should be provided in numerical order, sequentially as they appear in the text. Do not alphabetize.

Examples:

Journal article:

1. Author AB, author CD. Title of paper. *J Title Abbrev* 1994; **00**: 000-00. (In press.)

Article in edited book:

2. Author AB, Author CD, Author EF. Chapter title. In: Editor AB, Editor CD, eds. Title of Book. Place: Publisher, 1994: 000-00.

Book:

3. Author AB. *Book Title*, 5th edn. Place: Publisher, 1994.

Ethical Review Board Approval: All research must have the appropriate ethical review board approval for your institution (e.g. IRB). This information must be included in the Methods section of the manuscript.

Acknowledgment Statement: List all individuals who have substantially contributed to the work in this manuscript but who do not fulfill the authorship criteria. Also include their specific contribution (eg. Data collection, editing, etc). These individuals must agree to their names being listed in the acknowledgements.

TABLES, FIGURES AND ILLUSTRATIONS

All tables, figures and illustrations should be clearly legible. They should be numbered consecutively as they appear in the text. All figures and illustrations must include legends typed double-spaced.

Tables and Figures: Must be double-spaced, on separate pages. Title all tables and figures, and number them in order of their citation in the text (e.g., Table 1, Table 2, etc.; Figure 1, Figure 2, etc.). Any notes or legends should appear at the bottom of the table or figure. Please be sure that the legend and notes enable the reader to understand the table or figure without need for referencing the text of the article.

Illustrations: All illustrations should be able to be reduced to 50–66% of their original size with no loss of clarity or legibility. Figure legends should be typed, double-spaced. Cite each figure in the text by its number. Figures should be numbered consecutively as they appear in the text. If a figure has been previously published, permission must be received in writing for its use regardless of authorship or publisher. Acknowledgment of the original source must be included at the end of the legend.

Manuscript Checklist:

____ 1. Submit manuscript, table(s), figure(s) and Copyright Transfer Agreement Form on-line via Manuscript Central

____ 2. Put references in proper format in numerical order, in the order they appear in the text, making sure each is cited in the text. DO NOT

ALPHABETIZE

____ 3. Provide an abstract (250 words or less) with appropriate headings.

____ 4. Include complete consent forms for patient photographs: See the "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals"

(www.icmje.org; section II.E.1).

____ 5. Include permission forms for previously published illustrations and tables.

____ 6. Designate a corresponding author and provide an address, telephone number, fax number, and e-mail address.

____ 7. Include disclosure information and acknowledgment of support in a section on the title page following the corresponding author information.