

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Fernanda da Silva Flores

**DOR EM CRIANÇAS COM DANO CEREBRAL E RELAÇÃO ENTRE
INSTRUMENTOS AVALIATIVOS ESPECÍFICOS**

Porto Alegre
2019

Fernanda da Silva Flores

**DOR EM CRIANÇAS COM DANO CEREBRAL E RELAÇÃO ENTRE
INSTRUMENTOS AVALIATIVOS ESPECÍFICOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul,
apresentado como requisito final para obtenção
do título de Enfermeira.

Orientadora: Dra. Márcia Koja Breigeiron

Porto Alegre

2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, em primeiro lugar, por proteger a mim e minha família durante essa caminhada. Tenho certeza das tuas bênçãos ao me ver hoje uma mulher dedicada e forte.

Agradeço a minha família por todo amor, esforço e dedicação comigo. Pai, Mãe, Guilherme e Khalan vocês são minha base. A minha afilhada linda, Maria Eduarda.

Agradeço a todos os professores que passaram na minha trajetória acadêmica. Em especial, as professoras Silvana Zarth e Helena Becker Issi por me oportunizarem fazer parte do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e sempre me incentivarem. Também, a professora Márcia Koja Breigeiron por todos os ensinamentos enriquecedores que me forneceu durante a graduação, não é à toa que a escolhi como professora orientadora. Meu amor pela enfermagem e a pediatria se tornou ainda mais forte por ter exemplos de professoras como vocês.

Agradeço de coração a toda equipe da Internação Pediátrica 10 Norte. Principalmente as Enfermeiras e aos Técnicos de Enfermagem. Obrigada por terem depositado em mim tanta confiança, também pelo carinho e amizade que construímos. Foram muitos ensinamentos nesse lugar, o reconhecimento e apoio de vocês fez toda diferença para me incentivar a me dedicar cada vez mais. Agradecimento especial e de coração, a minha Enfermeira preceptora Vivian de Aguiar Ardenghi, me admira muito sua humildade, humanização e profissionalismo com as crianças e suas famílias.

Agradeço também a equipe de enfermagem da Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. Principalmente a Enfermeira Sabrina Pinheiro. Levarei comigo seus conselhos e guardarei todas nossas conversas com muito carinho. Precisamos de mais enfermeiras referências e pensantes como você.

Por último, não menos importante, as Enfermeiras Simone Pasin e Betina Bittencourt por também fazerem parte desse lindo projeto.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
2 OBJETIVOS	7
3 REVISÃO DA LITERATURA	8
4 MÉTODO	11
4.1 Tipo de estudo.....	11
4.2 Local da Pesquisa.....	11
4.3 População e amostra.....	12
4.4 Coleta dos dados.....	13
4.5 Análise dos dados.....	13
4.6 Aspectos éticos.....	14
REFERÊNCIAS	15
ARTIGO	17
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	18
APÊNDICE B – Instrumento de Características Sociodemográficas.....	19
ANEXO A – Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Revised (FLACCr)....	20
ANEXO B – Inventário do Comportamento de Dor na Deficiência Neurológica (ICDDN).....	21
ANEXO C – Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	22
ANEXO D – Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....	23
ANEXO E – Termo de Compromisso de Utilização de Dados.....	24

1 INTRODUÇÃO

A internação hospitalar é vista como uma condição incômoda na vida de qualquer ser humano. Entretanto, na infância possui repercussões especiais, pois as crianças se deparam com um ambiente novo, repleto de restrições, rotinas e com pessoas desconhecidas. Além disso, no ambiente hospitalar, as crianças são expostas a procedimentos ocasionadores de medo e dor (SOUZA et al., 2011).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), a dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos de tal dano. Pode ser classificada em aguda, crônica ou recorrente. Trata-se de uma manifestação subjetiva, que envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais (SANTOS; MARANHÃO, 2016).

O Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente dispõe sobre os Direitos da Criança e Adolescente Hospitalizados, afirmando, no artigo 7, que o paciente tem “direito a não sentir dor quando existem meios para evitá-la” (SANTOS; MARANHÃO, 2016).

Na criança ou no adolescente com dano cerebral, a dor apresenta-se como um sintoma recorrente devido a incapacidades físicas das quais os mesmos estão acometidos. O paciente com dano cerebral, conforme a anormalidade funcional ocasionada pela disfunção do Sistema Nervoso Central (SNC), pode apresentar progressão de contraturas musculares, o que leva a deformidades ósseas e manifestações musculoesqueléticas, alterações na articulação e na coluna espinhal, esofagite, refluxo gastroesofágico, comprometimento da fala e infecções de repetição (PASIN, 2011). Devido a esses comprometimentos físicos, as crianças que recebem esse diagnóstico exigem cuidados específicos por tempo integral, podendo levar a internações hospitalares recorrentes. No contexto de internações frequentes, em muitos casos, devido à dificuldade das famílias para a manutenção do tratamento, essas crianças podem ser colocadas na condição de institucionalização (SILVA, 2012).

Em 2000, a *Joint Commission: Accreditation on Healthcare Organizations* determinou, como indicador de qualidade da assistência, a inclusão da dor como quinto sinal vital. A dor deve ser sempre avaliada e registrada pela equipe de enfermagem, juntamente com os demais sinais vitais, para que se padronize sua avaliação, bem como a intervenção a ser realizada e os resultados atingidos. A avaliação da dor na criança com ou sem dano cerebral tem como objetivo a melhora do tratamento (SANTOS; MARANHÃO, 2016).

A avaliação da dor pela equipe de enfermagem é subjetiva, sendo que a escolha de um método apropriado para a aferição da dor deve ter como base a fase de desenvolvimento

comportamental da criança e sua condição clínica (LIMA, 2014). O autorrelato é considerado o padrão ouro para avaliação de estados subjetivos de dor (PASIN, 2011).

No entanto, a maioria das crianças com dano cerebral não tem capacidade de manifestar a dor verbalmente ou avaliar se o tratamento analgésico está adequado (PASIN, 2011). Sendo assim, para esses casos, o enfermeiro deve averiguar junto aos pais e cuidadores como e quando esses pacientes expressam sua dor, pois são os mesmos que estão habituados com o comportamento da criança. Desta maneira, é de suma importância elencar um instrumento de avaliação de dor para pacientes com dano cerebral para que, mediante sua aplicação, sejam desencadeadas ações efetivas para redução da dor e promoção de bem-estar (CANDIDO; TACLA, 2015)

Dentre os instrumentos estruturados para avaliação da presença de dor à beira do leito em crianças com dano cerebral, destaca-se a Escala *Faces, Legs, Activity, Cry e Consolability* (FLACC), a qual foi revisada em 2006 (FLACCr) (BUSSOTTI; GUINSBURG, PEDREIRA, 2015).

A FLACCr apresenta modificações nos descritores de avaliação, a fim de adequá-la ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo. Além disso, a atualização da escala considera que a enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria e questionar se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor de seus filhos. Para tanto, o instrumento considera a expressão facial, movimento das pernas, atividade, choro e a consolabilidade dos avaliados. Tais comportamentos são indicativos específicos de dor em crianças com múltiplas deficiências devido ao dano cerebral. A escala apresenta cinco categorias de avaliação com escores somados entre zero e 10 pontos, categorizados da seguinte forma: zero pontos (ausência de dor); 1 a 3 pontos (dor leve); 4 a 6 pontos (dor moderada) e 7 a 10 pontos (dor intensa) (BATALHA; MENDES, 2013; BUSSOTTI; GUINSBURG, PEDREIRA, 2015).

Outro instrumento que também pode ser utilizado é o Inventário de Comportamentos da Dor na Deficiência Neurológica (ICDDN), traduzido e validado a partir do instrumento *Pediatric Pain Profile* (PPP). Esta escala é composta por 20 itens e foi desenvolvida para ser aplicada por cuidadores e profissionais. Cada um dos 20 itens recebe uma pontuação relacionada à intensidade da dor, que varia entre 0 e 3. O escore total varia de 0 a 60 pontos. O escore final ≥ 14 pontos, após o somatório de todos os itens da escala, sugere a presença de dor (PASIN et al, 2013).

Entretanto, percebe-se na prática clínica que não são utilizados instrumentos específicos para avaliação de dor no paciente pediátrico com dano cerebral. Essas crianças são avaliadas

com o mesmo instrumento daquelas que são hígdas e responsivas. Os instrumentos FLACCr e ICDDN mostraram-se como instrumentos adequados e voltados para essa população específica, além de possuírem fácil aplicação e considerarem os pais na avaliação (PASIN,2011; MALVIYA et al, 2006). No entanto, são pouco utilizados na realidade de hospitais brasileiros.

Para tanto, o interesse e a motivação pelo assunto surgiram ao serem percebidas lacunas no cuidado prestado às crianças com dano cerebral, como por exemplo, a falta de instrumentos/escalas padronizadas para avaliar a presença da dor pela equipe de enfermagem nessa população específica.

Diante disso, o presente estudo tem como questão norteadora: A Escala FLACCr e o ICDDN devem ser de uso concomitante ou de escolha na avaliação da dor em criança com dano cerebral?

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a dor de crianças com dano cerebral por meio da Escala FLACCr e do ICCDN.

2.2 Específicos

- Caracterizar o perfil demográfico e clínico das crianças.
- Avaliar a dor por meio da Escala FLACCr.
- Aplicar instrumento ICCDN com o cuidador de referência.
- Relacionar os escores obtidos pela Escala FLACCr e pelo Instrumento ICCDN.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Dano cerebral é a destruição ou degeneração de células do cérebro que pode ocorrer devido a uma vasta gama de condições clínicas. Esta disfunção do SNC leva ao comprometimento cognitivo, que engloba qualquer tipo de dificuldade ou deficiência mental. A incapacidade intelectual em crianças consiste em três fatores: função intelectual, potencialidades (forças) e limites (fraquezas) funcionais em idade inferior a 18 anos, no momento do diagnóstico. Os distúrbios neurológicos podem ser encefalopatia, retardo mental, distúrbios metabólicos, autismo e lesão cerebral (HOCKENBERRY; WILSON, 2017).

A criança com incapacidade intelectual apresenta um comprometimento funcional em pelo menos duas das dez diferentes áreas de habilidades sociais: comunicação, cuidados pessoais, vida no lar, habilidades sociais, lazer, saúde e segurança, independência, desempenho escolar, uso de recursos comunitários e atividade, ou ter comprometimento em um ou mais domínios adaptativos (HOCKENBERRY; WILSON, 2017).

As crianças com dano cerebral, devido a suas incapacidades físicas e cognitivas, são mais propícias a dor recorrente, sem a sua devida expressão (PASIN, 2011). Em decorrência de suas incapacidades, essas crianças experienciam processos dolorosos com frequência, quer sejam referentes às inúmeras internações e, portanto, a diversos procedimentos reconhecidos como causadores de dor, quer seja pelo grau de comprometimento neuromusculoesquelético, causando restrição dos movimentos e inadequações posturais (BUSSOTI; PEDREIRA, 2013).

Na avaliação da dor pediátrica, o autorrelato consiste na capacidade que a criança tem de comunicar o grau de dor, os sintomas e fatores de alívio. No entanto, as crianças que não têm capacidade de comunicação verbal ou com algum grau de comprometimento neurológico não apresentam um autorrelato efetivo. Assim sendo, a avaliação da dor pelos cuidadores de referência torna-se fundamental (LINHARES; DOCA, 2010). Entende-se como cuidador de referência a pessoa responsável pelo cuidado diário à criança e com conhecimento dos comportamentos apresentados pela mesma nas diversas situações da vida diária (PASIN, 2011). Os pais são capazes de avaliar a dor de seus filhos, seja relacionada aos procedimentos ou à condição clínica propriamente dita, e contribuem, de maneira importante, na condução da terapêutica necessária (BUSSOTI; PEDREIRA, 2013).

A dor é uma experiência subjetiva. Assim como pode ser relatada, também é possível interpretá-la, pois ela expressa sinais indicativos de sua presença por meio de alterações comportamentais e fisiológicas (LINHARES; DOCA, 2010).

Para a interpretação da dor deve ser feita a observação direta do comportamento da criança, do relato dos pais, dos dados clínicos e informações sobre o ambiente social em que a criança vive (NAIR; NEIL, 2013).

Indicadores comportamentais da dor são mudanças que ocorrem na conduta da criança, principalmente naquelas que não tem capacidade de verbalizar o que sentem. A observação da magnitude, duração e/ou frequência da vocalização (choro ou gemidos), de expressões faciais de sofrimento, de movimento e posturas corporais (inclinação do corpo, posição de sentado ou deitado), de atividades de vida diária e de vida prática (sono, alimentação, movimentos, recreação) e do estado de humor são exemplos de indicadores comportamentais (TEIXEIRA et al, 2011). Além disso, as crianças podem apresentar comportamentos como padrões de brincar e de sono inconsistentes, alterações na expressão facial, hipoatividade, ausência de cooperação, irritação, espasticidade, rigidez, menor frequência de sono, dificuldade para ser atendido ou acalmado, agitação ou inquietação (WONG, 2017).

Nos indicadores fisiológicos estão incluídos: aumento da frequência cardíaca e/ou pressão arterial sistêmica, pele marmoreada ou pálida, necessidade para maior demanda de oxigênio, sudorese e redução da saturação de oxigênio arterial (NAIR; NEIL, 2013).

Avaliar a dor em crianças requer conhecimento técnico-científico e habilidade prática. É um processo complicado para os profissionais que prestam assistência, principalmente quando a avaliação da dor é realizada em crianças com dano cerebral, especialmente com comprometimento do sistema cognitivo e da fala. Diante desta complexidade, a utilização de instrumentos de avaliação de dor validados e confiáveis é uma prática recomendada (BUSSOTTI; GUINSBURG, PEDREIRA, 2015).

Quantificar a dor é de suma importância para melhor compreendê-la. Dessa forma, é possível selecionar o melhor método analgésico, avaliar se houve melhora ou piora da dor e, também, se a terapêutica utilizada foi efetiva. Além disso, o processo doloroso deve ser tratado independente de sua intensidade. Quando não tratada, a dor pode aumentar, tornando mais difícil o seu controle. A criança não deve ser estimulada a tolerar a dor ou esperar que ela diminua sozinha, sendo que seus relatos e expressões precisam ser sempre considerados (CANDIDO; TACLA, 2015).

Os instrumentos observacionais existentes, assim como o simples relato do cuidador, podem ser pouco específicos para a avaliação de dor em crianças com dano cerebral, principalmente quando as crianças ficam sob os cuidados de pessoas que não conhecem seus comportamentos (HAUER, 2010).

Entre os instrumentos estruturados para avaliação da presença de dor à beira do leito em crianças com dano cerebral, destaca-se a Escala FLACCr. Desenvolvida em 1997, a Escala FLACCr é utilizada por profissionais de saúde com o intuito de avaliar a dor por meio de parâmetros comportamentais em crianças não verbais ou com prejuízo de fala, consequentemente impedidas de relatar sua dor. Em 2006 os autores realizaram modificações nos descritores de avaliação, a qual ficou intitulada FLACC *revised* (FLACCr). A FLACCr apresenta modificações nos descritores de avaliação, a fim de adequá-la ao atendimento de crianças com comprometimento cognitivo. Além disso, a atualização da escala considera que a enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria e questionar se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor de seus filhos. A FLACCr apresenta cinco categorias de avaliação com escores somados entre zero e 10 pontos, categorizados da seguinte forma: zero pontos (ausência de dor); 1 a 3 pontos (dor leve); 4 a 6 pontos (dor moderada) e 7 a 10 pontos (dor intensa) (BATALHA; MENDES, 2013; BUSSOTTI; GUINSBURG, PEDREIRA, 2015).

O ICDDN é um instrumento para avaliação da dor em indivíduos com dano cerebral. Este instrumento é utilizado em conjunto com os cuidadores que estão familiarizados com a criança (SILVA, 2012). O ICDDN é composto por 20 itens, sendo que cada um dos 20 itens recebe uma pontuação relacionada à intensidade da dor, que varia entre 0 e 3. O escore total varia de 0 a 60 pontos. O escore final ≥ 14 pontos, após o somatório de todos os itens da escala, sugere a presença de dor (PASIN et al, 2013).

Ambos os instrumentos, FLACCr e ICDDN encontram-se validados para o idioma português do Brasil (PASIN et al., 2013; BUSSOTTI; GUINSBURG; PEDREIRA, 2015). No entanto, são pouco utilizados na realidade dos hospitais brasileiros, ou seja, as crianças com esse perfil acabam sendo avaliadas da mesma forma que as crianças responsivas. Caso não seja estabelecida uma forma de avaliação com instrumentos específicos corretos para essa população a dor pode acabar sendo subjugada e subtratada (SPEER, CHAMBLE, TIDWELL, 2016).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

O presente estudo refere-se a uma pesquisa de abordagem quantitativa, com delineamento transversal e prospectivo.

A pesquisa quantitativa enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis a experiência humana. O estudo transversal é um estudo epidemiológico em que o fator e o efeito são observados num mesmo momento histórico. Na pesquisa prospectiva, o estudo é conduzido a partir do momento presente e caminha em direção ao futuro (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

4.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no HCPA em duas Unidades de Internação Pediátrica (10° Sul e 10° Norte) e em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico (UTIP). Estas Unidades atendem crianças e adolescentes de 0 a 18 anos, tanto em aspectos clínicos quanto cirúrgicos.

O HCPA é uma instituição pública, vinculada à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), integrante da Rede de Hospitais Universitários do Ministério da Educação (MEC), sendo considerado um referencial público em saúde, proporcionando atendimento de excelência, produzindo conhecimento, gerando e formando recursos humanos de elevada qualificação (HCPA, 2018).

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Norte possui 31 leitos distribuídos em três enfermarias de cinco leitos, três enfermarias de quatro leitos e dois quartos semi-privativos, estes podendo ser utilizados ou não para isolamento. Atende em sua maioria crianças na faixa etária de 02 dias até 6 anos incompletos. Dentre os diagnósticos clínicos predominantes para internação de crianças, destacam-se: doenças respiratórias, distúrbios eletrolíticos, sepses, doenças pneumológicas, doenças do aparelho digestivo, distúrbios nutricionais, imunológicos e neurológicos, além de problemas ortopédicos, cirúrgicos e vítimas de negligência. A unidade conta com 13 enfermeiras, 33 técnicos de enfermagem e 18 auxiliares de enfermagem, totalizando 64 profissionais (HCPA, 2017).

A Unidade de Internação Pediátrica 10° Sul possui 34 leitos distribuídos em doze quartos semi-privativos, uma enfermaria com seis leitos, três leitos de isolamento, dois leitos privativos e dois leitos para pacientes da psiquiatria infantil. Atende crianças na faixa etária de

29 dias até 14 anos de idade. Dentre as causas predominantes para internação de crianças, destacam-se: problemas clínicos, cirúrgicos, digestórios, ortopédicos, psiquiátricos, pneumológicos, além de doenças crônicas. A unidade conta com 13 enfermeiras, 36 técnicos de enfermagem e 16 auxiliares de enfermagem, totalizando 65 profissionais (HCPA, 2017). Conforme o diagnóstico clínico e a equipe especializada, os pacientes podem se manter internados até 18 anos incompletos na referida unidade.

A Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico possui 12 leitos em funcionamento. A Unidade é distribuída em três áreas. A primeira área possui 3 leitos privativos em funcionamento, onde internam os pacientes de maior complexidade. A segunda área abrange uma sala com quatro leitos e dois boxes individuais. A terceira área abrange uma sala com dois leitos e um box individual. A faixa etária predominante da unidade é de 28 dias até 14 anos, atendendo também crianças menores de 28 dias e adolescentes até 18 anos. A Unidade conta com 19 enfermeiros e 49 técnicos de enfermagem (HCPA, 2017).

4.3 População e amostra

A amostra foi composta de crianças com até 12 anos incompletos e seus respectivos cuidadores de referência com idade ≥ 18 anos. Entende-se por cuidador de referência a pessoa responsável pelo cuidado diário à criança e com conhecimento pleno dos comportamentos apresentados nas diversas situações da vida diária, e de reconhecimento familiar para prestação dos cuidados à criança.

Foram incluídas no estudo crianças com dano cerebral, incapazes de se comunicar por meio da fala ou de outro dispositivo, e de ambos os sexos. A amostra foi por conveniência, com os pacientes internados durante o período de coleta. Os critérios de exclusão foram: uso de droga vasoativa e de analgesia endovenosa contínua, e ausência de um cuidador de referência.

Para o cálculo do tamanho amostral foi utilizado o programa *WinPepi*, versão 11.65, na qual considerou 10% de perda, coeficiente de correlação de 0,6, poder de 90%, 4% de margem de erro, sendo considera uma amostra de 26 crianças, conforme critérios de inclusão acima descritos. O número total de participantes desse estudo foi de 26 crianças e 26 cuidadores de referência (um cuidador/criança), compondo 52 sujeitos de pesquisa.

4.4 Coleta dos dados

Em um primeiro momento, o pesquisador fez o convite para participação do estudo, que foi concretizado com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), assinado em duas vias, pelo cuidador de referência da criança e pelo pesquisador, sendo uma via entregue ao cuidador de referência e a outra arquivada junto aos demais documentos do estudo.

A coleta dos dados foi realizada somente após capacitação técnica do pesquisador para aplicação dos instrumentos (Escala FLAACr e ICDDN). A aplicação dos instrumentos foi realizada em intervalo igual ou acima de uma hora da realização de quaisquer procedimentos técnicos.

A presença ou não de dor na criança foi avaliada por meio da aplicação da Escala FLACCr pela pesquisadora (ANEXO A). Na aplicação da FLACCr não houve o auxílio do cuidador, com o objetivo de verificar a concordância de dois instrumentos. Vale ressaltar, que a proposta original da FLACCr é que se considere a opinião do cuidador de referência.

Imediatamente após a FLAACr, em entrevista com o cuidador de referência, foi aplicado ICDDN (ANEXO B). A entrevista não foi gravada e teve duração máxima de 15 minutos. A aplicação da FLACCr e do ICDDN foi à beira do leito. A coleta dos dados sociodemográficos foi realizada diretamente em consulta do prontuário por instrumento elaborado pelos pesquisadores somente para este estudo (APÊNDICE B).

As escalas FLACCr e o ICDDN foram aplicados uma única vez nas crianças. Na aplicação do ICDDN, foi investigado com o cuidador de referência o comportamento da criança em um “bom dia” (comportamento típico de “bem-estar”, paciente tranquilo) e em um “mau dia” (comportamento típico de “mal-estar”, paciente intranquilo).

4.5 Análise dos dados

A análise e tratamento dos dados foi por meio do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 21.0. Para a descrição dos resultados obtidos, recorreu-se à estatística descritiva. Para a análise do grau de concordância entre os respondentes, na comparação dos instrumentos (Escala FLACCr e a ICDDN), foi utilizado o Coeficiente de Kappa. O Teste Exato de Fisher e o Coeficiente de Spearman foram utilizados para a análise da associação/correlação entre as variáveis categóricas. Os resultados foram considerados estatisticamente significativos para um valor de $p < 0,05$.

4.6 Aspectos éticos

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) sob o nº 36492 (ANEXO C). Além disso, o projeto faz parte de um projeto maior intitulado “Complementaridade de dois instrumentos validados de mensuração de dor em crianças e adolescente com comprometimento neurológico”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (CAAE sob o nº 08329518.7.0000.5327) (ANEXO D). A coleta dos dados iniciou imediatamente após aprovação nas respectivas comissões.

Os cuidadores de referência das crianças foram informados dos objetivos do estudo, bem como do tempo de entrevista para responder ao ICDDN, e dos benefícios em participar como a geração de conhecimentos na temática em estudo. Também foram informados de mínimo risco quanto ao desconforto em responder a entrevista, bem como a possibilidade de desistência em qualquer etapa do estudo. Tais informações encontram-se descritas no TCLE, assinado em duas vias idênticas, como já mencionado.

Foi assegurado o anonimato das informações prestadas e a possibilidade de desistir de participar da pesquisa sem prejuízos ao cuidado oferecido pela instituição. Os desconfortos decorrentes da participação dos responsáveis legais foram referentes ao tempo de resposta do ICDDN, que levou em torno de 10 a 15 minutos, como também ao sigilo das informações. Para tanto, foi colocado para os participantes que a entrevista ocorreria de forma individualizada e que os mesmos não serão identificados. Explicou-se que os instrumentos de coleta de dados seriam guardados em envelope, identificado por um número sequencial.

Os resultados deste estudo serão divulgados posteriormente para os profissionais de enfermagem das unidades em que o mesmo foi realizado, com o intuito de contribuir para a assistência de enfermagem.

Todos os instrumentos de coleta de dados ficarão arquivados por cinco anos e sob a responsabilidade das pesquisadoras.

Devido à especificidade do estudo, foi utilizado o Termo de Utilização de Dados (ANEXO C), conforme RN 01/97 (HCPA, 1997), assinado pelas pesquisadoras.

O estudo segue as normas e diretrizes que regulamentam a pesquisa com seres humanos, conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 2012).

REFERÊNCIAS

- BATALHA, Luis; MENDES, Vera. Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). **Revista de Enfermagem Referência**, Portugal, v.3, n. 11, p.7-17, 31 dez. 2013.
- BRASIL. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012: pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.
- BUSSOTTI, Edna Aparecida; GUINSBURG, Ruth; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Cultural adaptation to Brazilian Portuguese of the Face, Legs, Activity, Cry, Consolability revised (FLACCr) scale of pain assessment. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 4, p.651-659, ago. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0001.2600>.
- BUSSOTTI, Edna Aparecida; PEDREIRA, Mavilde da Luz Gonçalves. Pain in children with cerebral palsy and implications on nursing practice and research: integrative review. **Rev Dor. São Paulo**, São Paulo, v. 14, n. 2, p.142-146, maio 2013
- CANDIDO, Ligyana Korki de; TACLA, Mauren Teresa Grubisich Mendes. Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de qualidade. **Rev Enferm Ufrj**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p.526-532, 30 set. 2015. Universidade de Estado do Rio de Janeiro. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.10514>.
- HAUER, Julie. Identifying and Managing Sources of Pain and Distress in Children with Neurological Impairment. **Pediatric Annals**, Boston, v. 39, n. 4, p.198-205, 1 abr. 2010.
- HOCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. Elsevier, 2017. ISBN 8535268227.
- HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Apresentação**. Disponível em: <<https://www.hcpa.edu.br/institucional/institucional-apresentacao>>. Acesso em: 25 set. 2018
- HCPA. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Grupo de Enfermagem: relatório de atividades**, 2017.
- LIMA, Luciana Andrade. **Avaliação da dor: um desafio para a enfermagem pediátrica**. 2014. 26 f. Especialização (Monografia), Florianópolis, 2014.
- LINHARES, Maria Beatriz Martins; DOCA, Fernanda Nascimento Pereira. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 307-325, 2010.
- MALVIYA, Shobha et al. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. **Pediatric Anesthesia**, Michigan, v. 16, n. 3, p.258-265, mar. 2006.
- NAIR, Saeda; NEIL, Michael. **Dor Pediátrica: Fisiologia, Avaliação e Farmacologia**: Sociedade Brasileira de Anestesiologia. 2013. Disponível em: <http://grofsc.net/wp/wp-content/uploads/2013/07/Dor_pedi%C3%A1trica.pdf>. Acesso em: 25 set. 2018.

PASIN, Simone Silveira. **Validação transcultural do instrumento Pediatric Pain Profile para avaliação de dor em crianças com paralisia cerebral grave.** 82 f. Tese (Mestrado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

PASIN, Simone Silveira et al. Cross-cultural translation and adaptation to Brazilian Portuguese of the paediatric pain profile in children with severe cerebral palsy, *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 45, n. 1, p: 120-128, jan., 2013.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Rouquayrol Epidemiologia & Saúde.** 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.736p.

SANTOS, Jerusa Pereira; MARANHÃO, Damaris Gomes. Cuidado de Enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica. **Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**, São Paulo, v. 16, n. 01, p.44-50, jun. 2016.

SILVA, Francine Avila da. **Avaliação da dor em crianças com paralisia cerebral grave e relação entre características clínicas e demográficas.** 2012. 36 f. Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

SOUZA, Lenice Dutra de et al. A família na unidade de pediatria: percepções da equipe de enfermagem acerca da dimensão cuidadora. **Ciencia y Enfermeria**, v. 17, n. 2, p.87-95, jul. 2011.

SPEER, Kathy; CHAMBLEE, Tracy; TIDWELL, Jerithea. An Evaluation of instruments for identifying acute pain among hospitalized pediatric patients: a systematic review protocol. **JBIR Database System Rev Implement Rep**, Texas, v.13, n.12, p.25-36, 2016.

TEIXEIRA, Manoel Jacobsen et al. Síndrome dolorosa pós-laminectomia. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 3, p.286-291, maio 2011.
[Http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302011000300010](http://dx.doi.org/10.1590/s0104-42302011000300010).

ARTIGO ORIGINAL SOB O TÍTULO

DOR EM CRIANÇAS COM DANO CEREBRAL: CONCORDÂNCIA ENTRE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E CUIDADORES

RESUMO

Introdução: A dor é sintoma recorrente na criança e no adolescente com dano cerebral. A Escala *Faces, Legs, Activity, Cry and Consolability revised* (FLACCr) e o Inventário de Comportamentos da Dor na Deficiência Neurológica (ICDDN) são instrumentos de avaliação de dor para crianças com dano cerebral. **Objetivo:** Avaliar a dor em crianças com dano cerebral por meio da Escala FLACCr e do ICDDN, relacionando os escores obtidos. **Método:** Estudo prospectivo, realizado em unidades pediátricas de um hospital geral. Amostra de 26 crianças, internadas de março a agosto de 2019, e seus cuidadores. Crianças com dano cerebral, incapazes de se comunicar por meio da fala ou por outro dispositivo foram incluídas. A FLACCr foi aplicada por observação da criança pelo profissional, e o ICDDN em entrevista do profissional com o cuidador. Coeficiente de Kappa foi utilizado para análise do nível de concordância entre as respostas dos profissionais e cuidadores (<0,10: ausência de concordância, <0,40: concordância fraca, 0,40-0,75: concordância boa e >0,75: concordância excelente). Estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição envolvida (CAAE: 08329518.7.0000.5327). **Resultados:** Prevalência de crianças menores de cinco anos de idade (65%) e com paralisia cerebral (80,8%). Presença de dor pontuada em 50% das crianças pela FLACCr e em 34,6% das crianças pelo ICDDN. Concordância em 84,6% quanto a presença de dor nas crianças, ou seja, boa concordância entre os respondentes ($k=0,692$; IC 95% 0,437-0,967; $p=0,000$). **Conclusão:** Tanto a Escala FLACCr quanto o ICDDN mostram-se apropriados para avaliação da dor na amostra do estudo.

Descritores: Dano encefálico crônico; Dor; Enfermagem pediátrica

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é padronizar dois instrumentos correlacionados para avaliar a dor, como 5º sinal vital, em crianças e adolescentes com comprometimento neurológico. Esta pesquisa está sendo realizada no Serviço de Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), como parte do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) referente ao Programa Saúde da Criança do HCPA.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes: responder a um questionário padrão que abrange 20 perguntas em relação ao comportamento do paciente durante a internação hospitalar e autorizar a consulta de informações clínicas no prontuário do paciente.

Os desconfortos decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser referentes ao tempo de resposta do questionário, que leva em torno de 10 a 15 minutos. Para tanto, é ressaltado que o preenchimento dos instrumentos será individual, realizado pelo pesquisador. O questionário preenchido não será identificado, mas será guardado em envelope individualizado, juntamente com uma escala de dor a ser aplicada pelo pesquisador antes da sua entrevista. O envelope será identificado somente por um número sequencial, sem correspondência ao seu filho ou a você.

A participação na pesquisa não trará benefícios diretos aos participantes, porém, contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e, se aplicável, poderá beneficiar futuros pacientes.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao atendimento que o paciente recebe ou possa vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo a respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente e os profissionais envolvidos no cuidado do paciente não terão acesso à identificação dos resultados coletados. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos mesmos.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com as pesquisadoras Betina Bittencourt, Simone Pasin e Márcia Koja Breigeiron e pelo telefone (51) 3359 7797, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 3359 7640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do pesquisador

Assinatura do pesquisador

Local e Data: _____

APÊNDICE B
INSTRUMENTO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Prontuário	
Idade	
Sexo	() feminino () masculino
Com quem reside	() família () institucionalizado Se mora com a família, qual o cuidador principal? () mãe () pai () irmão () outro _____
Doença de base	_____
Tempo de internação	() < 01 semana () >01 semana () <15 dias () <30 dias () >30dias
Medicamentos em uso	() antiinflamatórios () antibióticos () analgésicos fixos () anticonvulsivantes () outros
Procedimentos invasivos em menos 01h	() punções venosas () aspirações VAS/TQT () procedimento cirúrgico
Uso de tecnologia	() Traqueostomia () Sonda Nasoentérica/gástrica () Gastrostomia () Ventilação não-invasiva () Outro _____

ANEXO A

ESCALA FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY REVISED (FLACCR)

Categorias	Pontuação		
	0	1	2
F Face	Sem expressão particular ou sorriso	Presença ocasional de careta ou sobrancelhas salientes, introspecção, desinteresse. Parece triste ou preocupado	Sobrancelhas esporadicamente ou constantemente salientes, mandíbulas cerradas, queixo trêmulo. Face aparentando estresse: expressão assustada ou de pânico
P Pernas	Posição normal ou relaxada	Desconforto, inquietação, tensão. Tremores ocasionais	Chutes ou pernas soltas. Aumento considerável da espasticidade, tremores constantes ou sacudidas
A Atividade	Em silêncio, posição normal, movimentando-se facilmente	Contorcendo-se, movimentando o corpo para frente e para trás, tensão. Moderadamente agitado (por exemplo, movimento da cabeça para a frente e para trás, comportamento agressivo); respiração rápida, superficial, suspiros intermitentes	Corpo arqueado, rígido ou trêmulo. Agitação intensa, cabeça chacoalhando (não vigorosamente), tremores, respiração presa em gaspingou inspiração profunda, intensificação da respiração rápida e superficial
C Choro	Sem choro (acordado ou dormindo)	Gemidos ou lamúrias, reclamações ocasionais. Impulsos verbais ou grunhidos ocasionais	Choro regular, gritos ou soluços, reclamações frequentes. Repetidos impulsos verbais, grunhidos constantes
C Consolabilidade	Contente, relaxado	Tranquilizado por toques ocasionais, abraços ou conversa e distração	Difícil de consolar ou confortar. Rejeita o cuidador, resiste ao cuidado ou a medidas de conforto
Orientações para aplicação da escala			
<p>1- Cada uma das cinco categorias (F) Face; (L) Pernas; (A) Atividade; (C) Choro; (C) Consolabilidade é pontuada de 0-2, resultando num escore total entre zero e dez.</p> <p>2- Pacientes acordados: Observe por pelo menos 1-2 minutos. Observe pernas e corpo descobertos. Reposicione o paciente ou observe a atividade, avalie tonicidade e tensão corporal. Inicie intervenções de consolo, se necessário.</p> <p>3- Pacientes dormindo: Observe por pelo menos 2 minutos ou mais. Observe corpo e pernas descobertos. Se possível, reposicione o paciente. Toque o corpo e avalie tonicidade e tensão.</p> <p>4- A FLACC revisada pode ser utilizada para todas as crianças não verbais.</p> <p>As descrições adicionais (em negrito) são descritores validados em crianças com dificuldades cognitivas. A enfermeira pode revisar com os pais os descritores dentro de cada categoria. Pergunte a eles se há comportamentos adicionais que melhor indiquem a dor em seus filhos. Adicione esses comportamentos na categoria apropriada da escala.</p>			
<p>© 2002, The Regents of the University of Michigan. All Rights Reserved 09-09-2009 Bussotti EA, Guinsburg R, Pedreira MLG. Traduzido para a língua portuguesa. Brasil – São Paulo, junho de 2013.</p>			

ANEXO B
INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DE DOR NA DEFICIÊNCIA
NEUROLÓGICA (ICDDN)

Nome:		Nem um pouco	Um pouco	Bastante	Muito	Escore
Em um bom dia, ...						
1	Está alegre	3	2	1	0	
2	Está sociável ou interagindo	3	2	1	0	
3	Parece retraída ou deprimida	0	1	2	3	
4	Chora, choraminga, geme, resmunga ou grita	0	1	2	3	
5	Está difícil de consolar ou confortar	0	1	2	3	
6	Bate com a cabeça, machuca-se, morde-se	0	1	2	3	
7	Não quer comer ou é difícil alimentá-la (por sonda ou gastrostomia)	0	1	2	3	
8	Não dorme, tem sono agitado ou dificuldade para dormir	0	1	2	3	
9	Faz careta, franze o rosto ou aperta os olhos	0	1	2	3	
10	Franze a testa, parece preocupada ou tensa	0	1	2	3	
11	Parece assustada, com os olhos arregalados	0	1	2	3	
12	Range os dentes ou faz movimentos com a boca	0	1	2	3	
13	Está inquieta, agitada ou aflita	0	1	2	3	
14	Está tensa, rígida ou com espasmos	0	1	2	3	
15	Curva-se para frente ou puxa as pernas em direção ao peito	0	1	2	3	
16	Tende a tocar ou esfregar áreas específicas	0	1	2	3	
17	Resiste a ser mobilizada ou movimentada	0	1	2	3	
18	Afasta-se ou encolhe-se ao ser tocada	0	1	2	3	
19	Debate-se, balança a cabeça, retorce ou arqueia as costas	0	1	2	3	
20	Tem aumento dos movimentos involuntários ou estereotipados	0	1	2	3	
Escore total						

ANEXO C

COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM – UFRGS

Sistema Pesquisa - Pesquisador: Marcia Koja Breigeiron

Dados Gerais:

Projeto Nº:	36492	Título:	AVALIAÇÃO DA DOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO	
Área de conhecimento:	Enfermagem Pediátrica	Início:	01/04/2019	Previsão de conclusão: 01/03/2020
Situação:	Projeto em Andamento			
Origem:	Escola de Enfermagem	Projeto da linha de pesquisa: Estado nutricional em crianças e adolescentes		
Local de Realização:	não informado			

Não apresenta relação com Patrimônio Genético ou Conhecimento Tradicional Associado.

Objetivo:

Padronizar dois instrumentos correlacionados para avaliar a dor, como 5º sinal vital, em crianças e adolescentes com comprometimento neurológico.

Palavras Chave:

ADOLESCENTES
COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO
CRIANÇAS
DOR
ENFERMAGEM

Equipe UFRGS:

Nome: MARCIA KOJA BREIGEIRON
Coordenador - Início: 01/04/2019 Previsão de término: 01/03/2020
Nome: FERNANDA DA SILVA FLORES
Técnico: zzz Outra Função zzz - Início: 01/04/2019 Previsão de término: 01/03/2020

Avaliações:

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - **Aprovado** em 22/04/2019 [Clique aqui para visualizar o parecer](#)

ANEXO D
COMISSÃO DE ÉTICA EM PESQUISA – HCPA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPLEMENTARIDADE DE DOIS INSTRUMENTOS VALIDADOS DE MENSURAÇÃO DE DOR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTE COM COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

Pesquisador: Simone Silveira Pasin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08329518.7.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.265.771

Continuação do Parecer: 3.265.771

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Abril de 2019

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador(a))

ANEXO E
TERMO DE COMPROMISSO PARA A UTILIZAÇÃO DOS DADOS

Título do Projeto: DOR EM CRIANÇAS COM DANO CEREBRAL E RELAÇÃO ENTRE INSTRUMENTOS AVALIATIVOS ESPECÍFICOS	Cadastro no GPPG: 36492
---	-----------------------------------

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima.

Porto Alegre, 05 de novembro de 2018.

Nome dos Pesquisadores	Assinatura
Fernanda da Silva Flores	<i>Fernanda da Silva Flores</i>
Márcia Koja Breigeiron	<i>Márcia Koja Breigeiron</i>