

Avaliação da dor em crianças hospitalizadas

Pain assessment in hospitalized children

Evaluación del dolor de niños hospitalizados

Danila Maria Batista Guedes¹, Lisabelle Mariano Rossato², Natália Pinheiro Braga Sposito³, Débora Astolfo de Lima⁴, Bernardo dos Santos⁵, Everson Meireles⁶

Resumo

Objetivos: avaliar a dor das crianças hospitalizadas e verificar a associação entre gênero, faixa etária e diagnóstico médico das crianças e a escolha dos Cartões de Qualidade de Dor. Método: estudo transversal, com 48 crianças, entre seis e 12 anos, internadas na pediatria de um hospital público. Para análise dos dados utilizou-se o Coeficiente de Correlação Biserial, Teste Exato de Fisher e Teste Qui-quadrado. Resultados: os cartões mais escolhidos: Dolorida (56,3%), Enjoada (66,7%) e Forte (52,1%). A associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões revelou diferenças entre as crianças mais novas e as mais velhas, entre o gênero não houve diferença entre meninos e meninas; e alguns diagnósticos médicos não se relacionaram a nenhum Cartão. Conclusão: a associação entre idade, gênero e diagnóstico médico das crianças tem um impacto na prática clínica dos profissionais de saúde que devem levar em consideração essas variáveis, visando à qualidade no cuidado à criança com dor.

Abstract

Objectives: to evaluate the pain of hospitalized children and to verify the association between gender, age and medical diagnose of children and the choice of the Pain Quality Cards. Method: cross-sectional study, with 48 children, between six and 12 years of age, admitted to the pediatric unit of a public hospital. Data analysis was the Biserial Correlation Coefficient, Fisher's Exact Test and the Chi-square Method. Results: the choicest Cards for children were: Painful (56.3%), Nauseated (66.7%); and Strong (52.1%). The association between age and the choice of cards revealed differences between younger and older children, while among the gender there was no difference between boys and girls; and some medical diagnoses were not related to any Card. Conclusion: the association between age, gender and child's medical diagnoses has an impact on clinical practice of health professionals must take into account these variables, aiming at quality caring for children in pain.

Resumen

Objetivos: evaluar el dolor de los niños hospitalizados y verificar la asociación entre género, franja etaria y diagnóstico médico de los niños y la elección de "Tarjetas de Cualidad del Dolor". Método: estudio transversal, con 48 niños, entre seis y 12 años, internados en una enfermería pediátrica de un hospital público. Para análisis de los datos se utilizaron el Coeficiente de Correlación Biserial, Test Exacto de Fisher y Test Qui-cuadrado. Resultados: las tarjetas más elegidas fueron: Dolorida (56,3%), Mareada (66,7%); Fuerte (52,1%). La asociación entre franja etaria y la elección de las Tarjetas reveló diferencias entre los niños menores y los mayores, entre género no hubo diferencia entre niños y niñas; y algunos diagnósticos médicos no se relacionaron con ninguna tarjeta. Conclusión: la asociación entre edad, género y diagnóstico médico tiene un impacto en la práctica clínica de los profesionales que deben tener en consideración esas variables, teniendo como objetivo la calidad en el cuidado al niño con dolor.

Descriptores

Medição da dor; Enfermagem pediátrica; Estudos transversais.

Descriptors

Pain measurement; Pediatric nursing; Cross-sectional studies.

Palavras clave

Dimensión del dolor; Enfermería pediátrica; Estudios transversales.

¹Enfermeira, Mestre em Ciências, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

²Enfermeira, Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

³Enfermeira, Mestre em Ciências, Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁴Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁵Estatístico, Mestre em Estatística, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

⁶Psicólogo, Doutor em Psicologia, Professor Adjunto da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.

Autor Correspondente: Lisabelle Mariano Rossato - rossato@usp.br

Introdução

Dor, segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP), é “uma sensação ou experiência emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial ou descrita em termos de tal dano”. Em 2011, essa definição foi revisada pela IASP e à ela foi acrescentada uma nota, na qual esclarece que “a inabilidade de comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de o indivíduo a ter experienciado e sua necessidade de receber o tratamento adequado para o seu alívio”, abrangendo assim populações que não têm possibilidades de descrever a dor que sentem como as crianças.⁽¹⁾

Em crianças, é fundamental que a dor seja adequadamente identificada, avaliada e, sobretudo, tratada. No entanto, estas ações ainda são pouco realizadas pela equipe de saúde mesmo com o aumento de evidências científicas acerca dos benefícios que a utilização de instrumentos de avaliação da dor traz para a criança.^(2,3)

Alguns autores consideram que os diferentes estágios de crescimento e desenvolvimento, as experiências limitadas e a pouca fluência verbal da criança, dificultam a avaliação da dor pelos profissionais⁽⁴⁾. Frente a isso, ao avaliar a dor pediátrica, o profissional precisa levar em consideração os fatores relacionados a essa dor, o contexto no qual a criança está inserida e as características do desenvolvimento infantil, para poder utilizar os métodos de avaliação adequados a cada faixa etária.⁽⁵⁾

Com relação aos instrumentos para avaliação da dor pediátrica, existem dois grupos: os unidimensionais que avaliam a dor como uma qualidade simples e única, quantificando apenas sua intensidade, sendo utilizado em contextos nos quais a dor precisa avaliada pontualmente para que o manejo seja mais rápido, e os multidimensionais que avaliam e mensuram as diferentes dimensões da dor, avaliando aspectos sensoriais, afetivos e avaliativos a partir de diferentes indicadores de respostas e suas interações, como os Cartões de Qualidade da Dor.⁽⁶⁾

Este estudo possibilita dar voz às crianças para expressarem sua dor por meio da aplicação dos Cartões de Qualidade da Dor, um instrumento que além de avaliar quatro dimensões da dor (avaliativa, sensorial, afetiva e miscelânea), procura fortalecer a co-

municação entre a criança, a família e os profissionais de saúde sendo, por isso, escolhido para a realização deste estudo.

Nesse contexto, e com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a dor em pediatria, alguns questionamentos foram formulados: Quais os Cartões de Qualidade da Dor mais escolhidos pelas crianças para avaliar sua dor? Existe uma associação entre gênero, faixa etária e diagnóstico médico das crianças e a escolha dos Cartões de Qualidade de Dor?

O objetivo deste estudo foi avaliar a dor de crianças hospitalizadas e verificar a associação entre gênero, faixa etária e diagnósticos médicos das crianças e a escolha dos Cartões de Qualidade de Dor.

Método

Estudo transversal, realizado no período entre março e abril de 2015, em uma unidade de internação pediátrica de um hospital público do estado da Paraíba.

Foi recrutado um total de 48 crianças, que atenderam aos critérios de inclusão estabelecidos: criança entre seis e 12 anos de idade; estar internada na unidade de internação pediátrica; ser capaz de comunicar-se verbalmente; estar acompanhada por um responsável legal; ter sua participação assegurada pela assinatura do Termo de Assentimento e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelo responsável legal. Como critérios de exclusão delinearam-se: criança sem acompanhante; sem condições clínicas que permitissem sua participação; que estava sentindo dor no momento da entrevista e que apresentava comprometimento cognitivo, informado no prontuário, que impedissem o entendimento das questões do instrumento.

A amostra foi por conveniência, pois a seleção das crianças se deu de acordo com a rotatividade de internação na enfermaria pediátrica. Apesar de não probabilística, houve cuidado para manutenção da homogeneidade entre sexos e faixa etária.

Como instrumentos de coleta de dados, foram utilizados os Cartões de Qualidade da Dor e os formulários de utilização dos Cartões de Qualidade da Dor que possuem: os dados para identificação e período de internação da criança, a pergunta norteadora da entrevista -“O “Cebolinha” está com dor nesses cartões. Você já sentiu alguma dessas dores?” - e espaços para

as observações do entrevistador bem como o tempo necessário à aplicação do instrumento.

Criados em 1996 por Rossato e Pimenta,⁽⁶⁾ a partir do Questionário *McGill*, os Cartões de Qualidade da Dor objetivam em representações gráficas diferentes qualificar a dor da criança e do adolescente. Dos 78 descritores que compõem o Questionário *McGill*, selecionou-se 18 descritores que foram encaminhados ao cartunista Maurício de Sousa, criador de um dos desenhos mais famosos entre as crianças brasileiras, a Turma da Mônica, para que o cartunista desenhasse as ilustrações correspondentes ao tipo de dor figurado em cada cartão do instrumento, sendo um dos personagens da Turma da Mônica o escolhido pelas crianças para ilustrar os Cartões de Qualidade da Dor, o Cebolinha.

Os Cartões de Qualidade da Dor (Figura 1) propõem uma avaliação multidimensional da dor, distribuídos em quatro componentes da seguinte forma: componentes sensoriais (cartões 1-8), componentes afetivos (cartões 9-13), componente avaliativo (cartão 14) e componente miscelânea (cartões 15-18), além de qualificar a dor segundo o relato e escolha da criança e do adolescente auxiliando a avaliação de maneira fácil, rápida, prática e lúdica.

Primeiramente, foi realizado um contato com a criança e com os responsáveis legais para explicar os

objetivos da pesquisa, solicitar autorização para que a pesquisadora pudesse ler o prontuário da criança e convidá-los a participar. Após a concordância, o TCLE e o Termo de Assentimento eram apresentados, lidos e assinados.

Em seguida, a pesquisadora apresentava para a criança os Cartões de Qualidade da Dor e perguntava: "O "Cebolinha" está com dor nesses cartões. Você já sentiu alguma dessas dores?"

Após o preenchimento do formulário, a pesquisadora consultava nos prontuários os dados de identificação da criança, o histórico de internação, o quadro clínico e as condutas terapêuticas para tratamento da dor.

Os dados coletados foram organizados em planilhas do *software Excel* (*Microsoft Office 2007*) e, posteriormente, analisados pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 22.0.

As variáveis foram analisadas com estatística descritiva (frequências absolutas e relativas). A associação entre os Cartões de Qualidade da Dor e a faixa etária das crianças foi analisada com o Coeficiente de Correlação Bisserial e a associação entre os Cartões e o gênero foi analisada por meio do Teste Exato de Fisher. Para análise da associação entre os Cartões com os diagnósticos médicos das crianças, foi calculado o Coeficiente *Phi* do Teste Qui-quadrado. Para todas as análises, o nível de significância adotado foi de 5%.

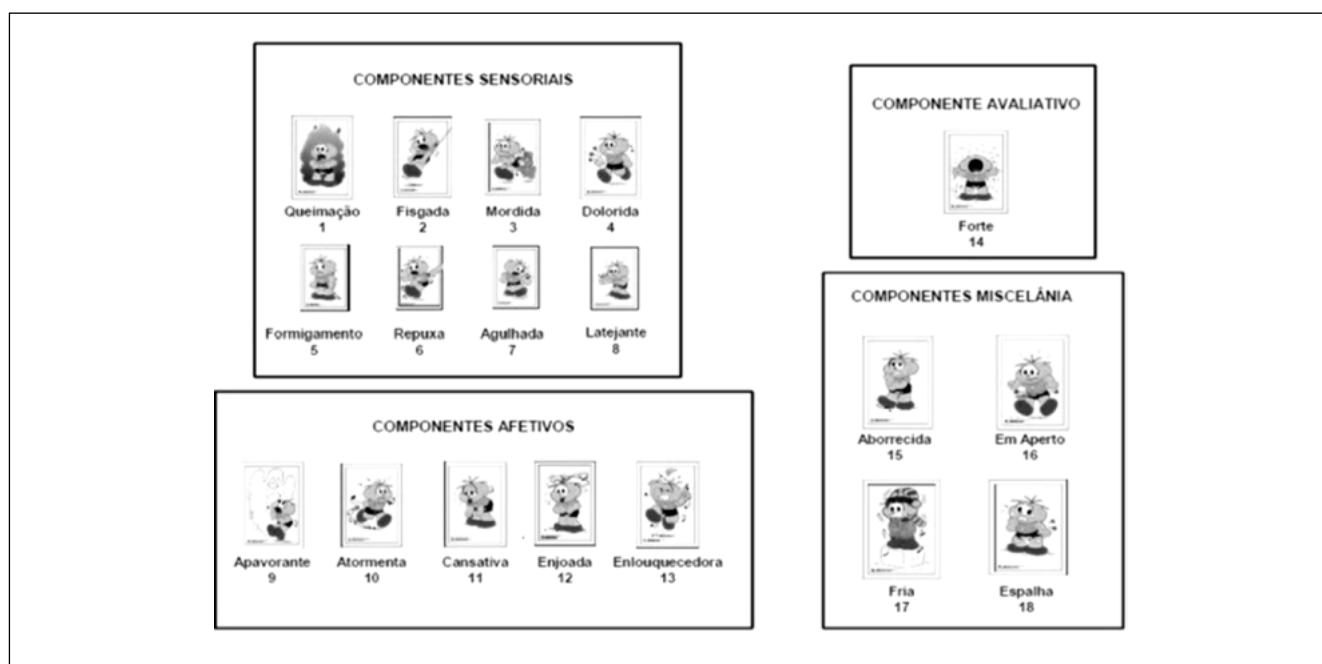


Figura 1 - Cartões de Qualidade da Dor

Conforme Resolução nº 466/2012,⁽⁷⁾ do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob número do parecer 884.462 e autorizado pela coordenação de pesquisa da instituição coparticipante deste estudo.

Resultados

Participaram do estudo 48 crianças, entre seis e 12 anos de idade, sendo que dessas, 19 eram meninas e 29 meninos. De acordo com a faixa etária, oito crianças estavam com seis anos de idade, oito com sete anos, cinco com oito anos, seis com nove anos, 11 com dez anos, cinco com 11 anos e cinco com 12 anos de idade.

Com relação aos diagnósticos médicos das crianças, observou-se grande variedade entre eles; contudo, os mais frequentes foram agrupados de acordo com o sistema do corpo humano afetado e/ou envolvido e o quadro clínico apresentado pelas crianças. Sendo assim, 14 crianças sofreram algum trauma ortopédico, dez apresentaram alguma intercorrência de urgência que as levaram à internação hospitalar, nove foram admitidas com dor abdominal, seis foram submetidas a procedimentos cirúrgicos, quatro diagnosticadas com problemas neurológicos, três estavam se recuperando de infecções bacterianas ou virais e duas crianças tinham complicações cardíacas/ respiratórias.

Com o intuito de avaliar a dor, os 18 Cartões de Qualidade da Dor foram apresentados às crianças para que elas escolhessem os cartões que julgaram mais adequados para representar seu processo doloroso.

Levando-se em conta a totalidade da amostra (N=48), os cartões mais escolhidos pelas crianças foram: Cartão 4 - Dolorida (56,3%), 12 - Enjoada (66,7%); e 14 - Forte (52,1%). Os cartões que obtiveram menores índices de escolha foram: Cartão 2 - Fisgada (4,2%) e 10 - Atormenta (10,4%). A tabela 1 traz a análise descritiva da escolha dos 18 Cartões de Qualidade da Dor pelas crianças.

A associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor revelou diferenças na escolha dos cartões entre as crianças mais novas e as mais velhas.

Tabela 1 - Análise descritiva da escolha dos Cartões de Qualidade da Dor

Cartões	Escolha dos Cartões de Qualidade da Dor		
	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)N	N
1 Queimação	11	22,9%	48
2 Fisgada	2	4,2%	48
3 Mordida	17	35,4%	48
4 Dolorida	27	56,3%	48
5 Formigamento	15	31,3%	48
6 Repuxa	9	18,8%	48
7 Agulhada	16	33,3%	48
8 Latejante	14	29,2%	48
9 Apavorante	15	31,3%	48
10 Atormenta	5	10,4%	48
11 Cansativa	19	39,6%	48
12 Enjoada	32	66,7%	48
13 Enlouquecedora	9	18,8%	48
14 Forte	25	52,1%	48
15 Aborrecida	9	18,8%	48
16 Em aperto	9	18,8%	48
17 Fria	17	35,4%	48
18 Espalha	14	29,2%	48

Partindo-se do fato que apenas os Cartões 11, 14 e 15 tiveram associações estatisticamente significativas ($p=0,013$, $p=0,001$ e $p=0,028$, respectivamente) o cálculo do coeficiente de Correlação Bisserial mostrou associação negativa (-0,472) entre a faixa etária e o Cartão 14, ou seja, quanto mais novas as crianças, mais elas escolheram o cartão “Forte”. Em referência aos Cartões 11 e 15, o coeficiente de correlação mostrou associações positivas com a idade (0,357 e 0,318, respectivamente), ou seja, quanto mais idade as crianças têm, mais elas escolheram os Cartões “Cansativa” e “Aborrecida”. A tabela 2 mostra a associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor.

A associação entre o gênero e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor, calculada pelo Teste Exato de Fisher, não apresentou nenhum teste significativo. Com base nos resultados obtidos neste estudo, pode-se interpretar que o gênero não está associado à escolha dos Cartões. De forma geral, infere-se que meninos e meninas escolheram os cartões da mesma maneira, ou ainda, que ambos apresentaram a tendência para escolher os mesmos cartões.

Para o Cartão 1 (Queimação): os meninos apresentaram chance duas vezes maior de escolher esse cartão que as meninas. A Razão de Chance para o Cartão 2 (Fisgada) não pôde ser calculada, devido ao

Tabela 2 - Associação entre a faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor

Cartões	Correlação Bisserial	Valor-p	N
1 Queimação	0,201	0,170	48
2 Fisgada	-0,252	0,084	48
3 Mordida	0,041	0,780	48
4 Dolorida	0,250	0,086	48
5 Formigamento	-0,012	0,937	48
6 Repuxa	-0,235	0,108	48
7 Agulhada	0,153	0,300	48
8 Latejante	0,174	0,236	48
9 Apavorante	-0,198	0,177	48
10 Atormenta	0,100	0,498	48
11 Cansativa	0,357	0,013	48
12 Enjoada	0,099	0,502	48
13 Enlouquecedora	0,235	0,108	48
14 Forte	-0,472	0,001	48
15 Aborrecida	0,318	0,028	48
16 Em aperto	0,069	0,640	48
17 Fria	-0,094	0,525	48
18 Espalha	-0,063	0,669	48

Valor-p significativo para Correlação Bisserial

fato de que nenhum menino escolheu esse cartão. O Cartão “Mordida” mostrou chance três vezes maior de ser escolhido pelos meninos do que pelas meninas, enquanto o Cartão 4 (Dolorida) e o Cartão 7 (Agulhada) tiveram chance aproximadamente 2,6 vezes maior de ser escolhidos pelo sexo masculino.

As meninas apresentaram 3%, 28%, 53% e 19% mais chance de escolher os Cartões 5 (Formigamento), 6 (Repuxa), 9 (Apavorante) e 11 (Cansativa), respectivamente. Por outro lado, os meninos tiveram 97%, 30% e 39% mais chance de escolher os Cartões “Latejante”, “Enjoada” e “Em aperto”, respectivamente.

Para o Cartão 10 (Atormenta), as meninas tiveram chance 2,53 vezes maior de escolhê-lo e chance 2,23 vezes maior chance de escolher os Cartões 13 (Enlouquecedora) e 15 (Aborrecida). Por fim, os Cartões “Forte”, “Fria” e “Espalha” apresentaram 4%, 10% e 17% mais chance de ser escolhidos, respectivamente, pelos meninos.

A associação entre os Cartões com os diagnósticos médicos das crianças, foi calculado o Coeficiente *Phi* do Teste Qui-quadrado. As associações positivas (valor do coeficiente *Phi* positivo) significam que as crianças acometidas por aquele diagnóstico médico escolheram mais o Cartão que teve associação estatisticamente significativa. Por outro lado, as associações negativas indicam que as crianças com aquele

diagnóstico médico escolheram menos determinado Cartão. Quando o valor de *Phi* se aproximou de zero, mais fraca foi a correlação, ou seja, a escolha do Cartão pelas crianças acontece de maneira independente do diagnóstico médico.

Os grupos de diagnósticos cardíacos/ respiratórios e as intercorrências de urgência não alcançaram valores estatisticamente significativos para nenhum cartão. Portanto, não foi estabelecer associações para esses diagnósticos. Dessa forma, esses diagnósticos médicos não estão relacionados a nenhum Cartão.

Os Cartões 2 (Fisgada), 4 (Dolorida) e 9 (Apavorante) apresentaram associações estatisticamente significativas para o grupo de diagnóstico neurológico ($p=0,030$, $p=0,017$ e $p=0,050$, respectivamente). Para os Cartões “Fisgada” (0,314) e “Apavorante” (0,285), os valores do coeficiente *Phi* foram positivos, indicando que as crianças com problemas neurológicos escolheram mais esses cartões. Entretanto, o Cartão 4 teve associação negativa (-0,342), mostrando que que as crianças com diagnósticos neurológicos escolheram menos o Cartão “Dolorida”.

As infecções bacterianas/virais tiveram associações estatisticamente significativas apenas para o Cartão 6 (Repuxa) ($p=0,028$), e o valor de *Phi* para esse Cartão foi positivo (0,317). Desse modo, infere-se que as crianças acometidas por infecções escolheram mais o Cartão “Repuxa”.

Os procedimentos cirúrgicos mostraram associações estatisticamente significativas nos casos dos Cartões 7 “Agulhada” ($p=0,005$) e do Cartão 9 “Apavorante” ($p=0,047$), e para esses cartões foram calculados os valores positivos de *Phi* (0,401 e 0,289, respectivamente), indicando que as crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos escolheram mais os Cartões “Agulhada” e “Apavorante”.

O Cartão 12, “Enjoada”, teve associação estatisticamente significativa com os diagnósticos de dor abdominal ($p=0,018$) e trauma ortopédico ($p=0,025$). Para o diagnóstico de dor abdominal, sua associação foi positiva (0,340), ou seja, as crianças com dor abdominal escolheram mais o Cartão “Enjoada”. A associação do Cartão 12 com o diagnóstico de trauma ortopédico apresentou associação negativa (-0,324), revelando que as crianças que sofreram algum trauma ortopédico escolheram menos o cartão 12.

Discussão

A aplicação dos Cartões de Qualidade da Dor mostrou que as crianças selecionadas para a amostra escolheram, em sua maioria, o Cartão 12, referente à dor Enjoada; o 4 - dor Dolorida; e o 14 - dor Forte. Resultado semelhante também foi encontrado em um estudo no qual esse instrumento também foi aplicado,⁽⁸⁾ quando além dos Cartões Dolorida, Enjoada e Forte, a maioria das crianças escolheu os Cartões Agulhada, Latejante e Queimação. Com relação aos cartões que obtiveram menores índices de escolha, os dois estudos encontraram o Cartão 2 - Fisgada.

Para uma avaliação mais precisa da intensidade da dor, o ideal é a utilização de escalas de dor direcionadas para cada faixa etária,⁽²⁾ pois as crianças têm maneiras peculiares de manifestar a dor. Portanto, para avaliá-la e quantificá-la, é necessário compreender os estágios de desenvolvimento e comportamentos próprios da infância, diferenciados nas variações de faixas etárias.⁽⁹⁾

Em 1969, o psicólogo suíço Jean Piaget foi o primeiro a explicar como o conhecimento do mundo de uma criança muda com a idade. Ele propôs três estágios de raciocínio: intuitivo, operacional concreto e operacional formal.⁽¹⁰⁾ Dessa maneira, a criança é capaz de fazer deduções lógicas, rotular e trabalhar com relações quantitativas entre coisas e pensamentos concretos, quando entra no estágio do pensamento lógico concreto, por volta dos sete anos de idade.^(10,11)

Um estudo realizado em um hospital público da cidade de São Paulo,⁽¹²⁾ com 31 crianças na faixa etária dos seis aos 12 anos de idade, revelou que as crianças mais novas (entre 6 e 7 anos) referiam dor de maior intensidade. Resultado semelhante foi encontrado em nosso estudo, visto que o cartão Forte, do componente avaliativo, foi escolhido pela maioria das crianças mais novas. Entre as crianças mais velhas (9 e 12 anos), os cartões dos componentes afetivo e miscelânea foram a escolha mais frequente.

Uma pesquisa⁽¹³⁾ sobre avaliação da dor de crianças e adolescentes utilizando os Cartões de Qualidade da Dor, relataram que a maioria das crianças escolares escolheu os Cartões Dolorida, Repuxa e Agulhada. Contudo, em outro estudo os pesquisadores⁽⁸⁾ não encontram correlação entre a

faixa etária e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor.

A avaliação da forma como as crianças interpretam sua doença e o estímulo doloroso é fundamental para o alívio efetivo da dor. Entre os muitos fatores que devem ser analisados no manejo adequado da dor na infância, destaca-se o fato de que a criança aprende a avaliar e entender o significado da dor, assim como manifestar comportamentos, a partir do processo de internalização da ideia de gênero.⁽¹⁴⁾

Gênero compreende uma série de significados culturais atribuídos às diferenças biológicas. Diz respeito aos atributos, funções e relações que transcendem a reprodução biológica e que por serem construídos social e culturalmente, são atribuídos aos sexos para justificar diferenças e relações de poder e opressão entre eles.⁽¹⁴⁾

Neste estudo, as análises estatísticas revelaram não existir diferenças entre as escolhas de meninos e meninas no processo de avaliação da dor, uma vez que ambos escolheram os mesmos descritores de dor. Resultados semelhantes sobre diferenças de gênero entre crianças com relação à dor aguda foram encontrados em dois outros estudos,^(13,15) nos quais não há diferenças entre meninos e meninas. Assim, as respostas encontradas no presente processo de avaliação da dor foram inconsistentes.

Após busca na literatura, percebeu-se que ainda há escassez de estudos que enfatizem a associação entre diagnósticos médicos e a avaliação de dor pela criança, apesar dessa temática ser fundamental para a prática clínica dos profissionais de saúde.⁽¹⁶⁾ A dor na criança hospitalizada pode ser causada pela doença e sua avaliação poderá estar relacionada ao diagnóstico médico.⁽¹⁷⁾

No presente estudo, analisou-se a associação entre os diagnósticos médicos e a escolha dos Cartões de Qualidade da Dor, evidenciando como a aplicação de um instrumento multidimensional na avaliação de dor pediátrica pode ser um elemento facilitador desse processo. As crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos escolheram com maior frequência os Cartões Agulhada e Apavorante. Esse achado permite inferir que as crianças associaram as agulhas, punções e incisões ao fato de estar hospitalizadas, e também ao medo desses procedimentos. Com relação ao Cartão Enjoada, a associação entre diagnóstico médico e escolha do Cartão

ficou ainda mais clara, pois este cartão foi o mais escondido entre as crianças com dor abdominal.

Conclusão

O fato de a dor ser subjetiva sempre será uma limitação para o estudo que objetiva avaliá-la. A utilização dos Cartões de Qualidade da Dor tornou possível não apenas avaliar a dor, mas também associar a escolha dos cartões de acordo com a idade, o gênero e o diagnóstico médico da criança. Esses resultados têm um impacto na prática clínica dos profissionais de saúde que podem levar em consideração essas variáveis no cuidado à criança com dor, visando à qualidade e à ética durante o processo de avaliação da dor, no qual as crianças têm autonomia sobre sua dor. Os instrumentos de avaliação de dor precisam ser implementados à rotina do profissional para que a criança possa se expressar e vivenciar o evento doloroso de forma menos traumática.

Referências

1. International Association for the Study of Pain [Internet]. Subcommittee on Taxonomy Pain terms: A current list with definitions and notes on usage. Washington, DC: IASP; 2011 [cited 2016 Nov 01]. Available from: <http://iasp-pain.org/Education/Content.aspx?ItemNumber=169&navItemNumber=576#Pain>.
2. Gonçalves B, Holz AW, Lange C, Maagh SB, Pires CG, Brazil CM. Care of children in pain admitted to a pediatric emergency and urgency unit. *Rev Dor.* 2013; 14(3):179-83. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132013000300005>.
3. da Silva FC, Santos Thuler CS, de Leon-Casasola OA. Validity and reliability of two pain assessment tools in Brazilian children and adolescents. *J Clin Nurs.* 2011; 20(13-14):1842-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03662.x.
4. Charry CL, Piola JS, Linhares MB, Silva JA. Validity and reliability assessment of the Brazilian version of the Faces Pain Scale-Revised. *Psychol Neurosci.* 2014; 7(1):55-9.
5. Costa EB, Lima SS, Ferrari R. Pain in pediatric patients: the role of nursing care with the child in pain. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde.* 2012; 3(3):1179-88.
6. Rossato LM, Pimenta CA. Desenvolvimento dos Cartões de Qualidade de Dor [mimeografado]. 1996.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (DF): MS; 2012.
8. Rossato LM, Magaldi FM. Multidimensional tools: application of Pain Quality Cards in children. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2006; 14(5):7902-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500010>.
9. Dantas LV, Dantas TS, Santana-Filho VJ, Azevedo-Santos IF, de Santana JM. Pain assessment during blood collection from sedated and mechanically ventilated children. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2016; 28(1):49-54. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160013>.
10. Piaget J, Inhelder B. *Memory and Intelligence.* New York: Basic Books; 1973.
11. Borghi CA, Rossato LM, Damião EB, Guedes DM, Silva EM, Barbosa SM, et al. Living with pain: the experience of children and adolescents in palliative care. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48(n. esp):68-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600010>.
12. Morete MC, Mariano LR, Vilar PO, Marques TC, Fernandes M. Pain assessment in school-age children facing peripheral venous puncture. *Rev Dor.* 2010; 11(2):145-9.
13. Munhoz M, Rossato LM. Utilização de instrumentos de avaliação da dor em crianças e adolescentes. In: XVII Mostra de Monografias de Conclusão de Curso da Escola de Enfermagem da USP; 2013. São Paulo (SP). Anais.
14. Moura LA, Oliveira AC, Pereira GA, Pereira LV. Postoperative pain in children: a gender approach. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):833-8. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400006>.
15. Myers CD, Tsao JC, Glover DA, Kim SC, Turk N, Zeltzer LK. Sex, gender, and age: contributions to laboratory pain responding in children and adolescents. *J Pain.* 2006; 7(8):556-64. doi: 10.1016/j.jpain.2006.01.454.
16. Blakemore S. Measuring pain in children. *Emerg Nurse.* 2015; 23(8):17. <http://dx.doi.org/10.7748/en.23.8.17.s23>.
17. Silva MS, Pinto MA, Gomes LM, Barbosa TL. Pain in hospitalized children: nursing team perception. *Rev Dor.* 2011; 12(4):314-20.