

Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas

Practices and conducts that relief pain and distress in hospitalized children

Esther Almeida da Silva¹
Josué Lopes Corrêa Neto¹
Maria Cecília Figueiredo¹
Anadergh Barbosa-Branco¹

RESUMO

No intuito de compreender os aspectos associados à dor e ao seu tratamento, o trabalho objetiva identificar, na literatura científica, as práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. Para tanto, realizou-se revisão bibliográfica abrangente e não-sistemática em *sites* científicos e literatura especializada. Identificou-se uma gama de técnicas e práticas empregadas no manejo da dor, voltadas para o seu alívio e enfrentamento. Discutiram-se ainda tópicos sobre a interdisciplinaridade no tratamento, bem como os desafios enfrentados pela equipe de saúde e familiares.

Palavras-chave: alívio da dor, crianças hospitalizadas, multidisciplinaridade, educação em saúde.

¹ Faculdade de Ciências da Saúde,
Universidade de Brasília, Brasília,
DF, Brasil.

ABSTRACT

In the purpose to understand the aspects associated to pain and its treatment, the article aims to identify, in scientific literature, the practices and conducts that relieve the pain and the suffering in hospitalized children. To make this study, it was realized wide-ranging and non-systematic bibliographic revision in scientific sites and specialized literature. It was identified a great deal of techniques and practices employed in management of pain for its relief and confrontation. Besides, it was discussed topics about multidisciplinary treatment, as the challenges faced by the health squad and the family.

Key words: relief of pain, hospitalized children, multidisciplinary, health education.

Correspondência:
Anadergh Barbosa-Branco. Laboratório de
Saúde do Trabalhador/Agência de Correios
UnB – Caixa Postal: 4526, Cep 70904-970,
Universidade de Brasília-UnB, Brasília, DF,
Brasil. E-mail: laboratorios@unb.br

Recebido em 18/setembro/2006
Aprovado em 25/janeiro/2007

INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno universal que acompanha a humanidade ao longo de sua evolução. Todos, de certa forma, já a experienciaram algum dia, de modo que ela se torna real na vivência humana. A origem etimológica da palavra dor vem do grego *poinê*, que significa punição ou penalidade¹. Atualmente, a dor é compreendida como sendo uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a um dano real ou potencial e descrita em termos desse dano².

A dor é também uma realidade social. Embora sua fisiologia seja comum a todos os povos, há questões culturais que permeiam o modo pelo qual a sociedade vivencia a doença e a forma de apresentar a dor na comunidade. O que é expresso como dor suportável, tratável ou ainda o que é legítimo fazer ou omitir em nome da dor, também é dado por padrões culturais. Disso infere-se que a percepção da dor encontra-se intimamente relacionada com os aspectos de cada sociedade, o que leva a uma resignificação da mesma a partir da construção sociocultural vivenciada³. A dor não se circunscreve apenas ao campo da experiência somática, pois ela também é tida por seu valor cultural, que é aprendida ao longo da evolução ontogênica do indivíduo. A cultura desempenha um papel de grande relevância na expressão e na vivência do processo algíco⁴.

No caso da hospitalização ou da realização de procedimentos invasivos em criança, a dor pode ser potencializada, quando há um despreparo da equipe de saúde para lidar com situações que envolvam sofrimento e agressividade. Muitas vezes, os profissionais agem com indiferença no tratamento, o que complexifica a situação. Além de constituir uma experiência traumática, a hospitalização pode tolher a criança de seu ambiente familiar e de suas atividades cotidianas, maximizando a dor, a limitação física, bem como comportamentos de passividade, sentimentos de culpa, punição e medo da morte⁵.

Dessa forma, visando à minimização da dor em crianças hospitalizadas, observa-se na literatura a promoção de mecanismos como sedação e analgesia⁶, recreação terapêutica⁷, exposição gradativa em atividades sociais e exercícios físicos, reforço diferencial de comportamentos adaptativos, relaxamento, *biofeedback* e treino de distratibilidade social⁸.

Dor: história, conceito, classificação e aspectos psicossociais

Ao longo da vida, a dor se manifesta de várias formas, seja por processos inflamatórios, doenças, intervenções cirúrgicas dentre outros fatores, assim afirmando seu grau de importância para o organismo humano, pois sua ocorrência é um indicativo de que há algo errado com o mesmo. Em certas civilizações como a grega, a questão da dor era discutida em torno do natural e do antinatural, de modo que a natureza remetia-se à ordem e a enfermidade à dor e ao caos. Ademais, a dor era entendida como um castigo divino ou como a presença de maus espíritos. Na antiguidade, filósofos como Aristóteles e Galeno, já relatavam as peculiaridades dos aspectos emocionais e sensoriais da dor³. Hoje, sabe-se que a dor é percebida pelo complexo sistema sensorial nociceptivo, no qual o estímulo doloroso iniciado nos terminais sensoriais pode ser modificado antes de sua percepção³.

Atualmente, a dor se constituiu como campo de estudo próprio e, para tanto, foi fundada a International Association for the Study of Pain – IASP, com o objetivo de integrar as múltiplas disciplinas subjacentes aos entendimentos da dor, como a psicologia, fisiologia, anatomia e química do sistema nervoso e, a partir daí, desenvolver estratégias adequadas para o seu manejo e controle. A dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial lesão de tecido ou descrita em termos de tal lesão”².

A dor é uma experiência subjetiva, portanto, suas particularidades relacionam-se também à idiosincrasia do organismo. A discussão contemporânea contempla as características individuais e as variáveis psicossociais como mediadoras dessa experiência⁹. O conceito de dor abrange três aspectos: o sensitivo-discriminativo (sensação física); o afetivo-motivacional (emocional) e o cognitivo-avaliativo (pensamento)⁴. A dor é percebida a partir de um impulso agressivo externo ao organismo, que gera impulsos nervosos, os quais são captados e conduzidos por nervos periféricos primários, denominados nociceptores, que sucessivamente se conectam pelas sinapses a outras classes de neurônios em uma complexa rede neural na espinha, seguindo até o tálamo e o córtex cerebral, onde a percepção da dor ocorre¹⁰.

As variações de dor podem decorrer de sua localização, qualidade (formigamento, ardor, queimação), intensidade, frequência e duração, natureza (orgânica ou psicogênica) e etiologia. Tais critérios

são empregados na classificação da dor e se distinguem em²:

- **Dor aguda** - duração relativamente curta, decorre de lesões teciduais, processos inflamatórios ou moléstias. Usualmente extingue-se quando sua causa é apropriadamente diagnosticada e a terapêutica prescrita pelo especialista é corretamente seguida pelo paciente. Como exemplos, citam-se os pós-operatórios e as aplicações de injeções;
- **Dor crônica** - duração longa, variando de meses a anos. Recorrentemente, associa-se a processos de adoecimento crônico. Essa dor pode decorrer de lesões anteriormente tratadas. A artrite reumatóide e a dor fantasma (dor em um membro amputado) são exemplos típicos da mesma;
- **Dor recorrente** - é uma dor aguda, que ocorre em episódios de curta duração, mas tem uma característica crônica, pois sua freqüência é recorrente ao longo do tempo. Pode vigorar ao longo de toda vida de seu portador, apesar de não se relacionar a um processo específico. O exemplar desse tipo é a enxaqueca, na qual o paciente sofre de forte dor de cabeça intercalada por períodos livres de qualquer dor.

Um importante aspecto a ser considerado no diagnóstico da dor é a situação psicossocial de cada paciente, a fim de se obter maiores entendimentos acerca das inter-relações desenvolvidas ao longo do processo de adoecimento. A compreensão da dor perpassa situações de idade, de sexo, de contexto cultural, desenvolvimento emocional experiências pregressas, padrões de comportamentos familiares, dentre outros¹¹.

O processo de imprimir valor cultural às experiências humanas se dá de maneira gradual e, fundamentalmente, por sistemas sociais, tais como: família, escola, instituições religiosas, modos de produção, instituições de trabalho. Valores, crenças e atitudes relacionados à saúde são majoritariamente adquiridos na infância pelo processo de aculturação, que, por sua vez, influencia de maneira precípua a aquisição de valores, crenças, atitudes e comportamentos relativos à dor⁴.

Por fim, embora a dor seja um evento privado a quem a sente, ela pode ser comunicada e compartilhada por meio da expressão de comportamentos ou pela ausência da expressividade. Comumente, a reação inicial à dor se dá de forma involuntária e instintiva com afastamento imediato da fonte alérgica. Dentre as reações voluntárias destacam-se a

remoção do estímulo doloroso, a terapêutica empregada nos sintomas, bem como a intervenção de terceiros. Assim, identifica-se que as reações voluntárias viabilizam a comunicação da expressão de dor e a interação dessas com fatores sociais e culturais¹².

Dor e infância

Os pacientes acometidos por doenças e internados em hospitais deparam com sentimentos que se manifestam de diferentes formas, incluindo ansiedade, tristeza, medo, angústia, dentre outros. Além disso, há ainda o interrompimento do seu curso de vida, afastando o sujeito de um lugar estável, desestruturando o modo de vida que demandou inúmeros investimentos. Assim, entende-se que o sofrimento psíquico do paciente advém não apenas do adoecimento físico, mas também da fragilização emocional ocorrida durante a internação, abrangendo tanto a fase de indefinição diagnóstica, quanto à de potenciais pioras na evolução do quadro clínico. A situação de doença e a expectativa de internação conduzem a criança e a família a experimentar momentos de desconforto e perturbações emocionais como a regressão e o retraimento¹³.

Inúmeras reações psicológicas são desencadeadas no paciente com dor. A ansiedade natural é potencializada quando a dor é acompanhada de falta de entendimento e por insegurança no tratamento. Quase todas as crianças apresentam alguma reação à experiência da hospitalização ou à realização de procedimentos invasivos. A título de exemplo, destacam-se como as queixas mais freqüentes a ansiedade, a depressão, o apego exagerado ao(s) cuidador(es), a diminuição da auto-estima, a recusa ou não-adesão ao tratamento e o mau rendimento escolar¹⁴.

O desenvolvimento cognitivo infantil influi na percepção da dor de três maneiras. As crianças menores compreendem diferentemente a natureza, o tratamento e a etiologia da dor. A existência de tratamentos específicos, como a terapia cognitiva, demanda níveis de atividades cognitivas inexistentes ou pouco desenvolvidas nas crianças. Independentemente do nível desenvolvimental, muitas vezes, as crianças encontram-se mal-informadas sobre a origem da dor, o seu significado para elas, bem como sobre o que podem fazer para enfrentá-la. Como a compreensão da dor se modifica nas diferentes fases do desenvolvimento, é imprescindível que o tratamento clínico atenda a essas mudanças, o que, por sua vez, inclui orientações acerca da dor ou de procedimentos invasivos¹⁵.

Um tópico importante a ser considerado na dor infantil refere-se ao desenvolvimento social. O contexto familiar influi de maneira significativa na vivência da dor pela criança. A doença na infância reforça os vínculos de dependência e de necessidade de proteção entre a criança e seus cuidadores. A possibilidade de ruptura dos vínculos afetivos na infância levou os hospitais a encorajarem as mães a permanecerem com seus filhos durante as internações e a participarem de seu cuidado, buscando-se assim, a valorização da subjetividade e da existência de um mundo interno operante na criança¹⁴.

No que tange à hospitalização e à realização de procedimentos invasivos¹⁶, existe um despreparo da equipe para lidar com a situação de dor, sofrimento e agressividade apresentada nos comportamentos reativos das crianças. A medida e a valoração da dor são alguns dos problemas mais difíceis de se encarar por aqueles que prestam atenção à saúde pediátrica³.

Um profissional de saúde que não consegue avaliar a dor em crianças, de alguma maneira, está ferindo a não-maleficência, um dos princípios da bioética. A não-maleficência¹⁷ refere-se à prevenção de danos intencionais, de modo a visar o bem do paciente. Tal princípio é o mais citado, contudo é o que apresenta maior dificuldade de entendimento. Geralmente, ele é transgredido quando a criança não é orientada ou preparada para procedimentos invasivos que provoquem dor.

Outro princípio da bioética, costumeiramente, ferido no tratamento infantil é a autonomia. Esta se relaciona à capacidade de deliberar sobre seus objetivos e ações, assim sendo a autonomia preconiza o respeito às escolhas e opiniões pessoais. Todavia, tal princípio pode encontrar-se restringido, dependendo da fase de desenvolvimento em que a pessoa se encontra (infância, adolescência, velhice, por exemplo), por perda parcial ou completa da mesma, em virtude de doenças orgânicas ou mentais, ou por condições sociais que limitem a liberdade¹⁷. Diferentemente do adulto que pode expressar, implorar, reclamar ou ordenar que sua dor seja cessada; as crianças, principalmente, as que não conseguem falar ainda, comunicam seu sofrimento através do choro. Muitas vezes, esse choro não é respeitado, pois é tido como malcriação pelos profissionais e tratado com indiferença³.

Na maioria das vezes, os questionamentos em relação à dor são dirigidos unicamente aos cuidadores, desconsiderando os aspectos idiossincráticos

da criança. Tal conduta priva o profissional da compreensão e do relato direto do infante, quando este pode os fornecer. Isso muitas vezes ocorre, pois os profissionais crêem que as crianças não expressam e não comunicam a dor que sentem do mesmo modo que os adultos. Além disso, há uma crença bastante difundida de que o sofrimento alógico das crianças é de caráter psicogênico. Isso se deve a várias razões, dentre elas o desconhecimento da etiologia da dor. Recorrentemente, os profissionais de saúde usam tal argumento para atenuar o desconforto decorrente da incerteza diagnóstica que enfrentam¹⁵.

Práticas e condutas para o alívio da dor

O controle da dor é precípua na assistência ao paciente, quer seja este cirúrgico ou não, isto porque a ocorrência de estímulos dolorosos por um período extenso causa maior sofrimento ao paciente, além de propiciar complicações no tratamento. Para um adequado manejo da dor, faz-se necessário o emprego de uma abordagem multimodal, que abranja tanto técnicas farmacológicas quanto não-farmacológicas¹⁸. As intervenções biológicas e psicossociais são fatores importantes que visam à minimização do desconforto no tratamento da dor, à melhora da função e à adaptação do indivíduo para o desempenho das atividades¹⁹. As estratégias de manejo da dor visam ao desenvolvimento de repertórios de auto-regulação, desse modo propiciando decréscimo na frequência de comportamentos de dor, manifestos ou encobertos, e recrudescimento de respostas adaptativas⁸.

Dentre algumas estratégias trabalhadas no manejo da dor, destacam-se:

- **Reforço diferencial do comportamento adequado:** consiste no reforço de qualquer melhora ocorrida no comportamento do paciente, o que pode ser realizado por meio de incentivos, elogios, atenção dirigida ao mesmo. Pode ser realizado tanto pela equipe de saúde quanto pelos familiares. No que tange aos familiares, para que estes possam empregar tal técnica, eles devem ser adequadamente orientados e motivados a participar do tratamento⁸;
- **Desenvolvimento de habilidades sociais e treino assertivo:** técnica comportamental que visa à manifestação de sentimentos e opiniões, sem inibição ou agressividade excessiva. Orienta-se o paciente a delimitar as situações de incapacidades sociais das mais simples e pouco ansiógenas às mais complexas e bastante estressoras, trabalhando-se inicialmente as primeiras. O pacien-

te treina com o terapeuta maneiras alternativas de enfrentar a situação, abrangendo aspectos da comunicação verbal e não-verbal. O treino é seguido de discussões acerca das possíveis conseqüências do comportamento assertivo, bem como de sua conveniência ou não, dependendo de cada situação. Posteriormente, o paciente é estimulado a experienciar formas assertivas de comunicação nas situações do cotidiano⁸;

- **Relaxamento:** age nas respostas físicas como tensão muscular, elevação da pressão arterial, nos batimentos cardíacos, na frequência respiratória e no fluxo de adrenalina que acompanham os episódios de dor intensa. Sua ação se dá por meio da amenização destas respostas e pelo aumento do limiar de tolerância à dor. Como conseqüência, há conciliação do sono, aumento da possibilidade de controle sobre a dor, assim como redução de comportamentos ansiogênicos⁸;
- **Biofeedback:** baliza-se no pressuposto de que a dor é composta de respostas fisiológicas subjacentes, de modo que a pessoa pode aprender a identificar, discriminar e controlar essas respostas. O processo ocorre por meio da detecção, da amplificação e processamento de respostas biológicas, tais como ondas cerebrais, taxa cardíaca, pressão sanguínea e tensão muscular, por aparelhagem eletrônica que são retroalimentados para o paciente, que aprende a controlar as respostas corporais. Recorrentemente, tal técnica é associada com o emprego do relaxamento. A aplicação isolada do relaxamento, em termos de comparabilidade, apresenta resultados semelhantes aos de *biofeedback* e que o relaxamento apresenta como vantagens o seu aspecto menos oneroso e a disponibilidade para ser ensinado em grupo²⁰;
- **Distração:** baseia-se no desenvolvimento de repertório de comportamental incompatível com a dor, quer sejam os comportamentos manifestos ou encobertos. Usualmente, é empregada para minimização da dor percebida e ocorre por meio do engajamento em atividades de desfocalização da dor, tais como: exercícios de leitura, assistir TV, ouvir música, realizar alguma atividade lúdica – como, por exemplo, os Drs. da Alegria - compartilhar experiências entre pares, imaginar atividade ou situação prazerosa, dentre outras. Esse recurso mostra-se mais eficaz para dores de baixa intensidade²¹;
- **Musicoterapia:** utilização da música e/ou de seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia), por um profissional qualificado, com um cliente

ou grupo, em um processo destinado a facilitar e promover comunicação, relacionamento, aprendizado, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, a fim de atender às necessidades físicas, mentais, sociais e cognitivas. A Musicoterapia objetiva a desenvolver potenciais e/ou restaurar funções do indivíduo e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida, por meio da prevenção, reabilitação ou tratamento. A música como instrumento terapêutico é aplicada no tratamento de transtornos mentais, principalmente nos quadros depressivos e ansiogênicos. Estudos na área de medicina clínica têm demonstrado que a música possui propriedades analgésicas e ansiolíticas e vem sendo usadas em unidades de tratamento intensivo, assim como em procedimentos diagnósticos como endoscopia e em operações maiores, nas fases pré e pós-operatórias diminuindo a necessidade de medicamentos em muitos casos²²;

- **Meios Físicos:** O calor, o frio, a eletricidade e as ondas eletromagnéticas promovem o alívio sintomático da dor. O efeito analgésico deve-se entre outros fatores à ativação do sistema supressor da dor e ao relaxamento muscular. Conforme a necessidade e particularidade de cada caso são utilizados: *termoterapia* – que consiste no emprego do calor superficial por condução (parafina, compressa quente); *eletroterapia* – a utilização de corrente elétrica promove analgesia porque melhora a circulação local e exerce, por efeito contra irritativo, ativação do sistema supressor de dor; *cinesioterapia* – atua como relaxamento de estruturas tensas ou contraturas e o fortalecimento muscular; *massoterapia* – a massagem clássica, a massagem das zonas reflexas, a massagem transversa profunda, a do tecido conjuntivo e a dos pontos clássicos da acupuntura, proporciona relaxamento muscular, alívio da dor, do edema e da estase linfática; *manipulação vertebral* – realiza torção rápida das articulações, respeitando sua amplitude normal de movimentação¹⁹;
- **Acupuntura:** tem por objetivo o tratamento de enfermidades pela aplicação de estímulos na pele, por meio de agulhas em pontos específicos, denominados acupontos. O acuponto é uma região epitelial na qual há alta concentração de terminações nervosas sensoriais²³. A acupuntura proporciona relaxamento muscular, efeito antiinflamatório, assim como liberação de substâncias analgésicas (endorfina e serotonina). A acupuntura a laser constitui-se na estimulação dos acupontos sem o agulhamento e é uma alternativa

bastante empregada em crianças e pacientes que não desejam usar agulhas²⁴;

- **Biblioterapia:** contempla a leitura de histórias através de textos literários, parte do pressuposto que toda experiência poética é catártica e que a liberação da emoção produz uma reação de alívio da tensão com valor terapêutico. Dessa forma, a literatura torna-se sedativa e lúdica. A biblioterapia tem sido utilizada em hospitais, prisões, asilos e no tratamento de problemas psicológicos em crianças, jovens, adultos, deficientes físicos, doentes crônicos e adictos. Constitui-se em uma atividade interdisciplinar, podendo ser desenvolvida em parceria com a biblioteconomia, a literatura, a educação, a medicina, a psicologia e a enfermagem. Tal interdisciplinaridade confere-lhe um lugar de destaque no cenário dos estudos culturais. É um lugar estratégico que permite buscar aliados em vários campos e um exercício aberto a críticas, contribuições e parcerias²⁵;
- **Psicoterapia de apoio:** perpassa o desenvolvimento de estratégias de manejo da dor, de forma que esta não monopolize a vida do paciente, trabalha-se com a identificação, percepção, avaliação e transformação de pensamentos disfuncionais, do excesso de generalização, da desqualificação dos progressos do tratamento. Aborda também os benefícios secundários decorrentes do papel de sofredor e de incapaz, muitas vezes mantidos pelo paciente. Há também o trabalho desenvolvido com os familiares para se evitar o reforço de comportamentos regressivos e/ou de ganhos secundários¹¹. Aponta-se como sua finalidade o reforço dos aspectos saudáveis do paciente; a redução do desconforto psíquico e do comportamento desadaptativo; o auxílio quanto à independência, em relação à condição clínica, bem como promoção de autonomia quanto às decisões relativas ao tratamento²⁶.
- **Hipnose:** embora não seja um aspecto universal, alguns pacientes apresentam capacidade de bloquear a dor pela hipnose. Mais do que um uso exclusivo, ela pode ser utilizada como procedimento auxiliar pré-anestésico, levando frequentemente a uma diminuição da dose de anestésico necessária a procedimentos cirúrgicos de maneira geral. A hipnose é indicada particularmente na obstetrícia, em que se diminui a dose de anestésicos visando à saúde do bebê. Em certas formas de dor persistente, como o câncer, ela pode ser empregada como tratamento coadjuvante¹³. A hipnoterapia é empregada tanto para dores aguda quanto para dores crônicas e sua ação se dá sobre

o deslocamento da atenção para fora das sensações corporais. Usualmente, é empregada concomitantemente com o relaxamento, a sugestão e a visualização¹¹. Há aspectos desconhecidos sobre a natureza do fenômeno hipnótico e isso levou a formulação de diversas teorias, com distintas explicações. Contudo, nenhuma destas abrange completamente tal fenômeno. Desse modo, a ausência de um modelo científico, que balize seu entendimento e funcionamento, obstaculiza sua aplicação e aceitação junto aos serviços de saúde física e psíquica²⁷.

- **Farmacoterapia:** o tratamento farmacológico contempla os sedativos e analgésicos. Citam-se como exemplos: os *barbitúricos* – que promovem sedação ou sono, em decorrência de ação no sistema nervoso central (SNC); os *benzodiazepínicos* – que ocasionam sedação e hipnose, redução da ansiedade e relaxamento da musculatura esquelética; os *opiáceos* – que promovem analgesia e depressão respiratória, bem como sonolência ou euforia. Em virtude de causarem analgesia em dose inferior à necessária para sedação, usualmente, não são empregados isoladamente para sedação. De acordo com esses autores, todas as medicações sedativas podem acarretar complicações, desse modo a equipe deve estar preparada, caso haja alguma intercorrência²⁸. Aponta-se ainda o uso de *antidepressivos* - nos casos de dores neuropáticas, cefaléias, dores de caráter contínuo; *anticonvulsivantes* – para dores neuropáticas e centrais; *neurolépticos* – que potencializam a ação analgésica de outros fármacos, especialmente morfina e outros opióides, além de propiciar efeito antiemético e sedativo¹¹.

Enfim, as práticas e condutas anteriormente apresentadas visam à minimização do desconforto no tratamento da dor, à melhora da adesão e à adaptação do indivíduo para o desempenho das atividades. O emprego de uma ou mais tem por objetivo auxiliar o tratamento, bem como promover qualidade de vida ao paciente.

A interdisciplinaridade no tratamento da dor e a educação em saúde

A dor recebe menor atenção e é tratada menos intensamente nas crianças do que nos adultos. Algumas atitudes sociais e pessoais acerca da dor consideram que o sofrimento em decorrência da mesma relaciona-se a uma penitência e/ou à formação de caráter, pois a capacidade de sentir dor seria sinal de fortaleza e o contrário seria sinal de fraqueza. Além disso, há também a crença de que sua origem seja psicogênica, no intuito de chamar

atenção de seus cuidadores¹. Essa mentalidade vem mudando, de modo que se tem pensado a dor na infância não apenas no aspecto curativo, mas também no preventivo.

A multidisciplinaridade perpassa o trabalho com a dor. A proximidade e a associação de distintas formações, em especial na saúde, contribuem para a compreensão da complexidade dos problemas²⁹. Todavia, para pensar e atuar em saúde não basta apenas congregarmos múltiplos profissionais. É necessário haver um nível de interação entre os profissionais envolvidos no processo, a fim de proporcionar reciprocidade e enriquecimento coletivo na troca de informações²⁹.

O emprego simultâneo de procedimentos farmacológicos e não-farmacológicos vem se tornando uma alternativa no tratamento e na minimização da dor infantil. Assim, entende-se que, à luz da complexidade da dor e das idiosincrasias do paciente, faz-se necessário o desenvolvimento de atendimentos interdisciplinares para sanar ou minimizar as multicausalidades e os impactos ocasionados pela mesma. Por conseguinte, observa-se o surgimento de clínicas de dor com esse propósito⁶.

As clínicas de dor têm representado um avanço significativo na assistência ao paciente, isto porque, os seus objetivos visam ao manejo dos quadros depressivos e ansiogênicos desencadeados pela algia, ao emprego de estratégias mais adaptativas de enfrentamento à dor, à redução da percepção da mesma, à maior adesão ao tratamento e melhor utilização do sistema de saúde; assim como, ao menor desempenho do papel de doente, tornando o paciente também um agente do tratamento. O tratamento do paciente com dor requer uma atuação interdisciplinar, para tanto é imprescindível o emprego de distintas técnicas, a fim de minorar o sofrimento¹¹.

Vale destacar também que os programas de educação e de tratamento da dor propõem a execução de programas educativos e de orientações interdisciplinares, que possibilitem transmitir aos pacientes informações sobre etiologia, nosologia e fisiopatologia da dor, contribuindo para o compartilhamento de informações e de experiências entre os usuários e profissionais da área de saúde. Ademais, esses programas objetivam modificar as atitudes e crenças dos pacientes com condições clínicas complexas, de modo que recebam informações sobre o tratamento e se apropriem destas. Com isso, os usuários sentem-se estimulados a rever seus conceitos e atitudes em relação à dor, a

aprender novas estratégias para lidar com a mesma e a assumir comportamentos mais adaptativos¹⁹.

O trabalho das clínicas da dor não se restringe apenas à área de saúde. É uma proposta muito mais ampla, visto que contempla processos transformativos que subsidiam ações educativas. As práticas de saúde tornam-se um importante instrumento de transformação, por promoverem a interação dos diversos segmentos (usuários, gestores, equipe de atendimento) dos serviços de saúde. Elas reproduzem a configuração social, a realidade sociopolítica de nossa sociedade. Desse modo, as mesmas constituem-se também enquanto espaço de trabalho, além de uma prática social de grande responsabilidade à transformação coletiva³⁰.

É pela educação que o homem se constitui como membro de uma sociedade e é por esta que a sociedade integra o educando ao seu processo socio-histórico vigente, a fim de imbuir neste a conduta e a aceitação do bem comum, que também é entendido com fins coletivos³¹. No caso da saúde, recorrentemente, a maioria das práticas de educação é marcada pela verticalização, na qual um tutor do conhecimento detém o saber e deposita naqueles que não o têm, ou seja, os usuários dos serviços não são vistos como detentores de um saber, mesmo que popular, mas sim como os depositários do saber dito científico, o qual virá salvá-los de sua ignorância. Muitas vezes, a própria transmissão do conhecimento encontra-se dissociado da vivência social da população trabalhada³².

A perspectiva de trabalho interdisciplinar no tratamento da dor abrange a humanização na assistência à saúde. No atual panorama sociohistórico em que vivemos, não há como negligenciar o movimento de trocas interpessoais que perpassa as relações humanas. Tais trocas englobam relações no plano político e econômico, relações de complementaridade e de reciprocidade, assim como conflitos e diferenças³³.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A dor constitui-se numa experiência multidimensional, em virtude de abranger componentes fisiológicos, psicológicos e sociais¹⁸. Falar de dor é falar de uma vivência que todos experienciam. Embora seja desagradável senti-la, ela tem acompanhado o homem ao longo de toda sua evolução. Muitas vezes, ela é compreendida como um castigo ou, até mesmo, uma retaliação por parte de quem a sente³. Apesar de a dor apresentar um caráter

adaptativo, o que a torna vital na identificação de situações perigosas, ela também pode gerar incapacidade, principalmente nos casos de dor crônica e/ou recorrente, que podem persistir ao longo da existência do indivíduo⁸. Embora haja inúmeras atribuições a sua vivência, entende-se que a dor acarreta um comprometimento do bem-estar e da felicidade humana³.

A assistência à saúde infantil, especialmente no que concerne ao tratamento da dor, não pode restringir-se apenas ao modelo de atuação calcado na patologização do paciente, medicalização dos problemas, hierarquização da relação profissional-paciente. Tal assistência demanda a participação dos familiares, bem como do próprio infante, a depender da sua fase de desenvolvimento. Na primeira infância, a criança depende de cuidadores que provenham suas necessidades vitais e sociais e isso, na maioria das vezes, fica a cargo da família. É por meio das experiências familiares pregressas que a criança aprende crenças e atitudes que as remetem às formas de enfrentamento adaptativas ou não à dor. À medida que a criança cresce, desenvolve maior autonomia em relação aos genitores, assim como relações extrafamiliares de dependência com colegas, bem como com o meio populacional, em relação aos valores e modelos adotados socialmente¹⁵.

O cuidado da dor perpassa por uma multidiversidade na própria assistência à saúde, isto porque contempla profissionais de distintas especialidades. Vêm-se empregando práticas e condutas não apenas voltadas à medicalização e à domesticação dos corpos, mas, fundamentalmente, visando ao desenvolvimento de autonomia e de apropriação do saber em saúde³⁴. Tal situação se reflete desde um simples procedimento de curativo até núcleos reflexivos com intuito de formular ações sociais mais amplas³⁵. Com isso, desemboca-se em outro movimento, ou seja, o de humanização e de resgate da saúde pessoal e coletiva.

A preparação da equipe de saúde não deve restringir-se apenas às atividades hospitalares, mas estender-se junto à população em visitas domiciliares, em parcerias com comunidades locais, grupos de atendimento com caráter de consulta coletiva, palestras. É preciso que a equipe esteja preparada para identificar situações-problema, tais como realmente acontecem e são enfrentadas pelos pacientes. É imprescindível que a formação dos profissionais seja continuamente acompanhada, de modo a potencializar a educação continuada. Ademais e não menos importante, é necessário

que haja um espaço de discussão para os conflitos insurgentes na própria equipe, pois os mesmos são característicos desse tipo de trabalho. Muitas vezes, a equipe de saúde ver-se-á solitária no embate contra muitos e importantes problemas de saúde coletiva³⁵.

No caso da educação em saúde, as atividades são entendidas como educativas ou deseducativas a depender da forma como são realizadas. Os aspectos que a caracterizam como deseducadora são o tratamento autoritário e grosseiro que desvalorizam os pacientes, a culpabilização destes por parte dos profissionais, a medicalização de problemas que gera a idéia de que tudo é questão de mais ou melhores medicamentos, bem como as limitações do próprio atendimento. Quando os pacientes e/ou seus familiares percebem que não são compreendidos em suas queixas, nem devidamente avaliados, eles passam a criticar o profissional de saúde, responsabilizando-o pela incapacidade de atendê-los bem. Por outro lado, os profissionais de saúde passam a se sentir cobrados, ameaçados e julgados em seu serviço³⁵. Isso gera um problema de comunicação que pode ser trabalhado por meio do diálogo e da interação entre equipe de saúde e usuários. Para tanto, é imprescindível o acolhimento, a escuta e a qualificação das queixas e do sofrimento velado nestas, de modo que os pacientes e familiares não se tornem apenas pessoas poliqueixosas ante a avaliação dos profissionais de saúde.

Por fim, no que tange as práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas, o presente trabalho constituiu-se em uma pequena amostra quanto às inúmeras propostas apontadas pela literatura pesquisada. Ao invés de eleger uma única técnica para minimizar a dor e o sofrimento, vale destacar que ao pensar a saúde na infância, bem como nas demais fases do desenvolvimento, torna-se necessário buscar a complementaridade dessas práticas e condutas no tratamento, de modo a humanizá-lo, assim propiciando qualidade de vida aos pacientes. Por fim, é importante salientar a necessidade de desenvolvimento de outros trabalhos voltados à dor na infância e seu tratamento, com a finalidade de subsidiar maiores informações para a área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Schechter NL. Dores recidivantes na criança: supervisão e abordagem. In: Clínicas Pediátricas da

- América do Norte. Interamericana, Rio de Janeiro. 1984; v. 5: 995-1017.
2. International Association for the Study of Pain (IASP). Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/defsoopen.html>. Acessado em 28 / jan / 2006.
 3. Collao C, Behn V. El dolor en el niño desde una perspectiva ética. *Revista Cubana Enfermería*. 2003; 19(2): 170-5.
 4. Pimenta CAM, Portnoi AG. Dor e cultura. In: Carvalho, MMMJ. Dor – um estudo multidisciplinar. São Paulo: SUMMUS Editorial. 1999; 159 – 73.
 5. Mitre RMA, Gomes R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência Saúde coletiva*. Rio de Janeiro. 2004; v. 9: nº 1: 147-54.
 6. Druyet Castilho D, Gutierrez Noyola A, Ruiz Suarez, LO. Sedación e analgesia em urgências pediátricas. *Rev. Cubana Méd. Gen. Integral*. 2003;mar-apr: v. 19: nº 2.
 7. Martins MR, Ribeiro CA, Borba RIH, et al. Protocolo de preparo da criança pré-escolar para punção venosa, com utilização do brinquedo terapêutico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2001; mar-abr: v. 9: nº 2: 76-85.
 8. Murta SG. Avaliação e manejo da dor crônica. In: Carvalho MMMJ. Dor – um estudo multidisciplinar. São Paulo: SUMMUS Editorial. 1999; 175 – 94.
 9. Brannon L, Feist J. *Health psychology: an introduction to behavior and health*. Wadsworth; Belmont: CA: 1992: 110-38.
 10. Guimarães SS. Introdução ao estudo da dor. In: Carvalho MMMJ. Dor – um estudo disciplinar. São Paulo: SUMMUS Editorial. 1999; 13-30
 11. Fortes S. O paciente com dor. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre. Artmed Editora. 2002; 339-51.
 12. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1994; caps 1 e 7.
 13. Figueiredo JH, Giglio JS, Botega NJ. Tratamentos psicológicos: psicoterapia de apoio, relaxamento, medicação. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre. Artmed Editora. 2002; 405-18.
 14. Jacintho ACA, Celeri EHRV, Straus L. Interconsulta em psiquiatria infantil. In: Botega NJ. *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergência*. Porto Alegre. Artmed Editora. 2002; 445-55.
 15. McGrath PJ, Craig KD. Fatores psicológicos e do desenvolvimento na dor das crianças. In: *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. Interamericana. Rio de Janeiro. 1989; v. 4: 865-79.
 16. Oliveira SSG, Dias MGBB, Roazzi A. O lúdico e suas implicações nas estratégias de regulação das emoções em crianças hospitalizadas. *Psicologia: reflexão e crítica*. Porto Alegre. 2003; v. 16: nº1: 1-13.
 17. Goldim JR. Psicoterapias e bioética. In: Cordioli AV. *Psicoterapias: abordagens atuais*. Porto Alegre. Artes Médicas. 1998; 119-33.
 18. Chaves LD, Pimenta CAM. Controle da dor pós-operatória: comparação entre métodos analgésicos. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. 2003; mar-abr: 11(2): 215-9.
 19. Lin TY, Stump P, Kaziyama HHS, Teixeira, MJ, Imamura M, Greve JMA. Medicina física e reabilitação em doentes com dor crônica. *Rev.Med. São Paulo*. 2001; 80(ed.esp.pt.2): 245-55.
 20. Turner JA, Chapman CR. Psychological Interventions for chronic pain: a critical review – relaxation and biofeedback. *Pain*. 1982; 12: 1-21.
 21. McCaul KD, Malloti JM. Distraction and coping with pain. *Psychological Bulletin*. 1994; 95: (3): 516-33.
 22. Leão ER, Silva MJP. Música e dor crônica músculoesquelética: o potencial evocativo de imagens mentais. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. 2004; mar-abr: 12(2): 235-41.
 23. Scognamillo-Szabó MVR, Bechara GH. Acupuntura: bases científicas e aplicações. *Ciência Rural*. Santa Maria. 2001; v. 31: nº 6: 1091-99.
 24. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Disponível em: http://www.dor.org.br/dor_tratamentos.asp. Acessado em: 28 / jan / 2006.
 25. Caldin CF. A leitura como função terapêutica. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar>. Acessado em: 30 / jan / 2006.

26. Cordioli AV, Wagner CJP, Cechin EM. Psicoterapia de apoio. *In*: Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre. Artes Médicas. 1998; 159-70.
 27. Carvalho MMMJ. A hipnoterapia no tratamento da dor. *In*: Carvalho MMMJ. Dor – um estudo disciplinar. São Paulo. SUMMUS Editorial. 1999; 223-47.
 28. Zeltzer LK, Jay SM, Fisher DM. Tratamento da dor associada a procedimentos pediátricos. *In*: Clínicas Pediátricas da América da Norte. Interamericana. Rio de Janeiro. 1989; v. 4: 995-1019.
 29. Chaves, MM. Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 1998; jan-abr: 22(4): 7-18.
 30. Flores O. Práticas educativas em saúde: vertentes de ação numa perspectiva transformadora. Texto didático.
 31. Pinto AV. Forma e conteúdo da educação. *In*: Sete lições sobre educação de adultos. 7ª edição. São Paulo. Cortez: Autores Associados. 1991.
 32. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. *In*: A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo. Hucitec. 2001; cap.2.
 33. Fleury RM. Multiculturalismo e interculturalismo nos processos educacionais. *In*: Candau VM, et. al. Ensinar e aprender: sujeitos, saberes e pesquisa. Rio de Janeiro. DP&A. 2000; 67-81.
 34. Freire, P. A educação e o processo de mudança social. *In*: *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
 35. Vasconcelos, EM. Educação Popular nos Serviços de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.
-