

# ORIENTAÇÃO DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Direcção-Geral da Saúde  
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

NÚMERO: 014/2010

DATA: 14/12/2010

**ASSUNTO:** Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor na criança; avaliação; escalas de avaliação

**PARA:** Todos os profissionais de saúde que tratam crianças.

**CONTACTOS:** Direcção de Serviços de Prevenção e Controlo da Doença; Coordenador da Comissão Nacional de Controlo da Dor: [helenam@dgs.pt](mailto:helenam@dgs.pt); [jmromao2@gmail.com](mailto:jmromao2@gmail.com)

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de Dezembro, esta Direcção-Geral recomenda o cumprimento das orientações técnicas abaixo descritas referentes à avaliação da dor nas crianças dos 0 aos 18 anos.

## I – AVALIAÇÃO DA DOR NAS CRIANÇAS

As crianças diferem na forma como respondem a eventos dolorosos. Aos factores de variabilidade individual somam-se os factores relacionados com o contexto da dor, pelo que a avaliação deve ser sempre multifacetada.

### 1. Orientações gerais:

Considera-se como norma de boa prática na avaliação da dor:

- a) Acreditar sempre na criança que refere dor;
- b) Privilegiar a auto-avaliação a partir dos 3 anos, sempre que possível;
- c) Dar tempo à criança para expressar a sua dor;
- d) Ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade;
- e) Dialogar com a criança (a partir dos 3 anos) / pais / cuidador principal, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor;
- f) Realizar a história de dor na admissão da criança ao hospital e na primeira consulta;
- g) Manter o mesmo instrumento em todas as avaliações da mesma criança, excepto se a situação clínica justificar a mudança;
- h) Utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento;
- i) Em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação.

### 2. Orientações específicas:

#### 2.1. História da dor:

Consiste na colheita de informação que permita orientar a avaliação e o controlo da dor utilizando todas as fontes de informação documentais disponíveis, aliada à observação e entrevista dos pais /cuidador principal e da criança a partir dos 3 anos. Esta colheita deve ser realizada logo que possível considerando os seguintes parâmetros:

- a) Características da dor (localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados);
- b) Factores de alívio e de agravamento;
- c) Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- d) Formas de comunicar /expressar a dor;
- e) Experiências anteriores traumatizantes e medos;
- f) Habilidades e estratégias para enfrentar a dor e outros problemas de saúde;
- g) Comportamento da criança e ambiente familiar;
- h) Efeitos da dor na vida diária;
- i) Impacto emocional e socioeconómico.

## 2.2. Avaliação da intensidade da dor:

Consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite.

Esta avaliação deve ser feita de forma regular e sistemática a todas as crianças, desde o primeiro contacto: no caso da criança internada, a avaliação deve ser feita, pelo menos, uma vez em cada turno de trabalho (8 horas).

O registo deve ser complementado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspectos considerados úteis para interpretar a dor na criança, uma vez que a maioria destas escalas avalia a intensidade da dor.

De acordo com a idade, e por ordem de prioridade, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos<sup>1</sup>:

### Recém-nascidos

- a) EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né). De referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais;
- b) NIPS (Neonatal Infant Pain Scale). Mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo;
- c) PIPP (Premature Infant Pain Profile). Útil para a avaliação da dor em procedimentos;
- d) N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale). Útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

### Menores de 4 anos ou crianças sem capacidade para verbalizar

FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

### Entre 4 e 6 anos

- a) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised). Válida a partir dos 4 anos;
- b) Escala de faces de Wong-Baker. Válida a partir dos 3 anos.

---

<sup>1</sup> Escalas de avaliação da dor em anexo

## A partir de 6 anos

- a) EVA (Escala Visual Analógica);
- b) EN (Escala Numérica);
- c) FPS-R (Faces Pain Scale – Revised);
- d) Escala de faces de Wong-Baker.

## Criança com multideficiência

FLACC-R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised)

Outros instrumentos de avaliação podem ser utilizados para situações muito particulares, desde que válidos, fiáveis, sensíveis, específicos e com utilidade clínica.

Todos os serviços prestadores de cuidados de saúde devem elaborar, para cada instrumento de avaliação que utilizam, um algoritmo de tratamento em função da intensidade da dor. Considera-se como critério de boa qualidade de cuidados no controlo da dor que a intensidade da dor se mantenha inferior a 3/10 (dor ligeira).

## II – FUNDAMENTAÇÃO

A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo. A avaliação da dor nas crianças reveste-se de particularidades que obrigam a considerá-la separadamente de outros grupos etários.

A investigação na área da Neurobiologia demonstra que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes na vida fetal a partir das 20 semanas de gestação e totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Em contrapartida, as vias de controlo descendente são ainda imaturas, daí resultando, nos recém-nascidos pretermo, uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos.

As experiências precoces e repetidas de dor no período neonatal parecem exercer influência sobre as experiências posteriores de dor, quer no que respeita à sensibilidade dolorosa, quer no que respeita à forma de lidar com o stress.

Apesar de ser possível avaliar e tratar a dor das crianças, existe um hiato entre o conhecimento existente e o que é efectivamente posto em prática. Um estudo publicado em 2008, realizado no Hospital for Sick Children de Toronto, sobre a prevalência da dor nas crianças hospitalizadas, mostra que, nas 24 horas precedentes ao inquérito, apenas 27% das crianças tinham registo da avaliação da dor, apesar de 64% das crianças entrevistadas relatarem ter tido dor moderada ou intensa.

O Programa Nacional de Controlo da Dor (PNCDor), aprovado por Despacho da Ministra da Saúde de 8 de Maio de 2008, prevê, nas suas estratégias de intervenção, a criação e divulgação junto dos profissionais de saúde de orientações técnicas e a implementação de programas eficientes de

avaliação e tratamento, com o objectivo da melhoria efectiva da qualidade de vida dos doentes com dor.

A Circular Normativa nº 09/DGCG, de 14 de Junho de 2003, equipara a dor a 5º sinal vital e considera como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde.

Assim, a emanação da presente Orientação teve em consideração que:

1. A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua percepção e expressão, sem indicadores específicos e que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde.
2. A avaliação da dor permite identificar e reconhecer a criança com dor, objectivar um fenómeno por natureza subjectivo, uniformizar a linguagem dentro da equipa de saúde facilitando a tomada de decisões homogéneas, adaptar de forma personalizada o seu controlo e avaliar a eficácia das intervenções e sua correcção em tempo útil.
3. A gestão adequada da dor nos serviços de saúde é, actualmente, considerada pelas entidades acreditadoras, a nível internacional, como padrão de qualidade, e passa pela necessidade de implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças.
4. O controlo da dor, cujo sucesso depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, é um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças consignado, entre outros, na Carta da Criança Hospitalizada.

## BIBLIOGRAFIA

- Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa n.º 9\_ DGS/DGCG 2003.
- Fitzgerald M. The development of nociceptive circuits. *Nat Rev Neurosci* 2005 Jul;6(7):507-20.
- Grunau RE, Holsti L, Peters JWB. Long-term consequences of pain in human neonates. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2006 Aug;11(4):268-75.
- Kelly AM. Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management & Practice* 2003;15(3):231-6.
- Ordem dos Enfermeiros CdE. Dor: guia orientador de boa prática. 2008. s.l., Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira da Silva T, Justo da Silva L. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. *Acta Medica Portuguesa* 2010;23(3):437-54.
- Taddio A, Katz J. The effects of early pain experience in neonates on pain responses in infancy and childhood. *Paediatr Drugs* 2005;7(4):245-57.
- Taylor EM, Boyer K, Campbell FA. Pain in hospitalized children: a prospective cross-sectional survey of pain prevalence, intensity, assessment and management in a Canadian pediatric teaching hospital. *Pain Res Manag* 2008 Jan;13(1):25-32.
- von Baeyer CL, Spagrud LJ. Systematic review of observational (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. *Pain* 2007 Jan;127(1-2):140-50.



Francisco George  
Director-Geral da Saúde

**ANEXO**  
**ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR**

## ECHELLE DE DOULEUR ET D'INCONFORT DU NOUVEAU NÉ (EDIN)

<b>IDENTIFICAÇÃO</b>				DATA														
				HORA														
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>														
<b>ROSTO</b>	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobranceiras franzidas / lábios contraídos / queixo franzido / queixo trémulo.	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada														
<b>CORPO</b>	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel														
<b>SONO</b>	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece dificilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece														
<b>INTERACÇÃO</b>	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação														
<b>RECONFORTO</b>	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada														
<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>																		

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.  
 Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13..

## NIPS (Neonatal Infant Pain Scale)

DESCRIÇÃO	
<b>Expressão facial</b>	
0 – Relaxada	Face serena, expressão neutra
1 - Careta	Músculos faciais tensos, sobranceiras, queixo e maxilares enrugados (expressão facial negativa – nariz, boca e sobranceira).
<b>Choro</b>	
0 – Ausente	Sereno, não chora.
1 – Choramingo	Choramingo brando, intermitente.
2 – Choro vigoroso	Gritos altos, agudos, contínuos, que vão aumentando de intensidade. (NOTA: O Choro silencioso pode ser detectado se o RN estiver entubado e é evidenciado por um movimento óbvio facial e local.
<b>Respiração</b>	
0 - Relaxada	Padrão normal para o RN.
1 – Mudança na respiração	Inspiração irregular, mais rápida do que o normal, sufocante, que impede a respiração.
<b>Braços</b>	
0 – Relaxados/Controlados	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos dos braços
1 – Flexionados/Estendidos	Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Pernas</b>	
0 – Relaxadas/controladas	Ausência de rigidez muscular, movimentos ocasionais e esporádicos das pernas.
1 – Flexionadas/Estendidas	Pernas tensas, esticadas e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida.
<b>Estado de vigília</b>	
0 – Dorme/calmo	Calmo, tranquilo, a dormir ou acordado e estável.
1 - Agitado	Alerta, inquieto e agitado

Lawrence J, Alcock D, Mcgrath P, Kay J, Macmurray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Network 1993; 12: 59-66.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

## PREMATURE INFANT PAIN PROFILE (PIPP)

PROCESSO	INDICADORES	0	1	2	3
	<b>Idade gestacional (semanas)</b>	≥ 36	32 -35 e 6 dias	28 – 31 e 6 dias	< 28
<b>Observar RN 15 segundos e anotar FC e saturação de oxigénio basal</b>	<b>Estado de alerta</b>	Activo /acordado Olhos aberto Movimentos faciais	Quieto / acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Activo /dorme Olhos fechados Movimentos faciais	Quieto / dorme Olhos fechados Sem mímica facial
<b>Observar RN 30 segundos</b>	<b>FC máxima</b>	↑ 0 – 4 bpm	↑ 5 – 14 bpm	↑ 15 – 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	<b>SO<sub>2</sub> mínimo</b>	↓ 0 – 2,4 %	↓ 2,5 – 4,9 %	↓ 5,0 – 7,4 %	↓ ≥ 7,5 %
	<b>Testa franzida</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Olhos espremidos</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)
	<b>Sulco naso-labial</b>	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10-39% do tempo)	Moderado (49-69% do tempo)	Máximo (≥ 70% do tempo)

Stevens B, Johnston CC, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain 1996; 12: 13-22.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação da dor no período neonatal. Acta Pediat Port 2005; 36(4): 201-7.

## FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

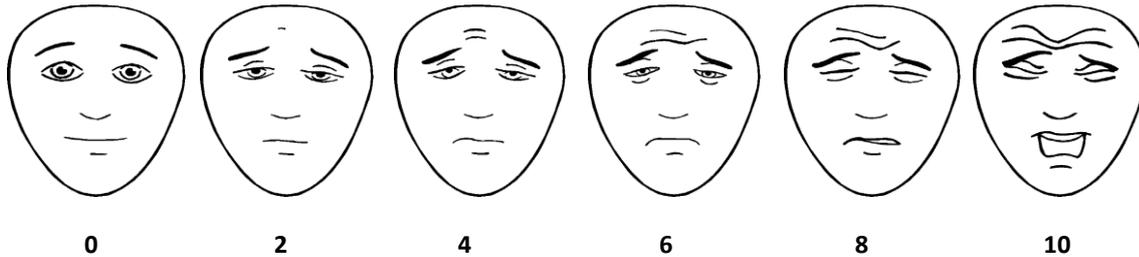
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>			DATA												
			HORA												
	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>												
<b>FACE</b>	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas												
<b>PERNAS</b>	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas												
<b>ATIVIDADE</b>	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos												
<b>CHORO</b>	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.												
<b>CONSOLABILIDADE</b>	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar												
<b>Pontuação total</b>															

© The Regents of the University of Michigan

Merkel SI, Yopel-Lewis T, Shayevitz J, Malvi S. The FLACC: A behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatr Nurs.*1997; 23(3): 293-7.

Batalha LMC, Reis GMR, Costa LPS, Carvalho MDR, Miguens APM. Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. *Referência* 2009:10:7-14.

## ESCALA DE FACES Revista

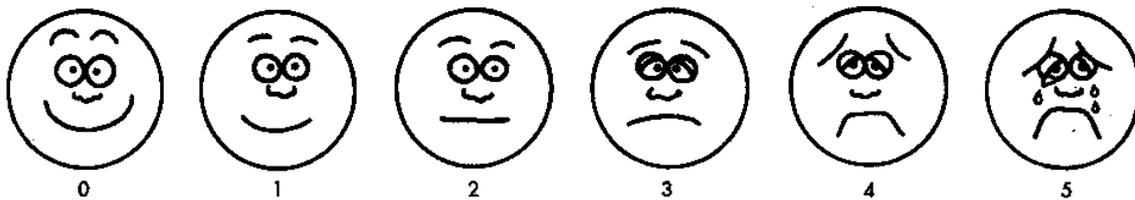


Nas instruções que se seguem, diga “magoar” ou “doer”, de acordo com o que lhe parece correcto para determinada criança.

“Estas caras mostram o quanto algo pode magoar. Esta cara [aponte para a face mais à esquerda] não mostra dor. As caras mostram cada vez mais dor [aponte para cada uma das faces da esquerda para a direita] até chegar a esta [aponte para a face mais à direita] – que mostra muita dor. Aponta para a cara que mostra o quanto te dói [neste momento].”

Hicks et al., 2001; Bieri et al., 1990: <http://painsourcebook.ca/pdfs/pps92.pdf>

## ESCALA DE FACES WONG-BAKER



### Instruções:

Explique às crianças que cada face representa uma pessoa que está feliz porque não tem dor, ou triste por ter um pouco ou muita dor.

**Face 0** está muito feliz porque não tem nenhuma dor.

**Face 1** tem apenas um pouco de dor.

**Face 2** tem um pouco mais de dor.

**Face 3** tem ainda mais dor.

**Face 4** tem muita dor.

**Face 5** tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provocar o choro.

Peça à criança que escolha a face que melhor descreve como ela se sente.

## FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY Revised (FLACC-R)

<p><b>Face</b></p> <p>0 = Nenhuma expressão em especial ou sorriso</p> <p>1 = Caretas ou sobranceiras franzidas de vez em quando, introversão ou desinteresse; aparenta estar triste ou preocupada</p> <p>2 = Caretas ou sobranceiras franzidas frequentemente; tremor frequente/constante do queixo, maxilares cerrados; face parece ansiosa; expressão de medo ou pânico</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Pernas</b></p> <p>0 = Posição normal ou relaxadas; tonificação normal &amp; movimentação dos membros inferiores e superiores</p> <p>1 = Inquietas, agitadas, tensas; tremores ocasionais</p> <p>2 = Pontapeando ou com as pernas esticadas; aumento significativo da espasticidade, tremores constantes ou movimentos bruscos</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Atividade</b></p> <p>0 = Quieta, na posição normal, move-se facilmente; respiração regular, rítmica</p> <p>1 = Contorcendo-se, movendo-se para trás e para a frente, movimentos tensos ou cuidadosos; ligeiramente agitada (ex. cabeça para trás e para a frente, agressão); respiração pouco profunda, estabilizada; suspiros intermitentes.</p> <p>2 = Curvada, rígida ou fazendo movimentos bruscos; agitação grave; bater com a cabeça; a tremer (sem arrepios); suster a respiração, arfar ou respirar fundo, grave contracção muscular</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Choro</b></p> <p>0 = Sem choro/ verbalização</p> <p>1 = Gemido ou choramingo, queixa ocasional; explosão verbal ou “grunhidos” ocasionais</p> <p>2 = Choro continuado, gritos ou soluços, queixas frequentes; explosões repetidas, “grunhidos” constantes</p> <p>Comportamento individualizado:</p>
<p><b>Consolabilidade</b></p> <p>0 = Satisfeita e relaxada</p> <p>1 = Tranquilizada por toques, abraços ou conversas ocasionais. Pode ser distraída.</p> <p>2 = Difícil de consolar ou confortar afastando o prestador de cuidados, resistindo aos cuidados ou às medidas de conforto</p> <p>Comportamento individualizado:</p>

© The Regents of the University of Michigan

Malviya S, Yopel-lewis T, Burke C, Merkel S, Tait A. The revised FLACC observational pain tool: improved reliability and validity for pain assessment in children with cognitive impairment. *Pediatric Anesthesia* 2006;16(3):258-265.