



Abordagem e tratamento da dor aguda na criança

ABORDAGEM E TRATAMENTO

Editor: *Raul Marques Pereira*

Autores: *Ricardo Silva, Nivalda Pereira, Pedro Pereira*

Especialistas em Medicina Geral e Familiar

ANATOMIA, ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

O **tratamento da dor** é um direito humano fundamental e, em particular no caso das crianças, todo o esforço deve ser feito para prevenir ou minimizar a dor e o sofrimento e mitigar a tensão física ou emocional, devendo evitar-se qualquer procedimento que não seja indispensável. Apesar das mudanças de paradigma relativamente à dor pediátrica nos últimos 30 anos esta é ainda sub-reconhecida e subtratada, principalmente em recém-nascidos, lactentes e em crianças com alterações neurocognitivas.

A dor não tratada, ou insuficientemente tratada na infância predispõe para a dor na idade adulta, impactando o potencial académico, social e físico e originando uma sobrecarga financeira para o agregado familiar.

O tratamento inadequado da dor aguda pode levar a comportamentos que visam evitar dor ou de medo. Estes comportamentos podem despoletar ciclos de dor, stress emocional e incapacidade funcional, que podem levar ao desenvolvimento de síndromes de dor crónica e a uma maior predisposição para complicações dos tratamentos.

Dada a natureza individualizada da dor, a auto-avaliação das características deve ser o *gold standard* na avaliação, uma vez que a dor pode ser subavaliada por terceiros e a avaliação com base no reporte de cuidadores pode ser influenciada pelas suas preocupações.

É fundamental a avaliação multidimensional da dor para que se considere não só a localização, qualidade, contexto e intensidade da dor, mas também o seu impacto na qualidade de vida, a incapacidade, os níveis de stress e os sentimentos de ansiedade e depressão que origina, bem como as suas implicações no sono.

EPIDEMIOLOGIA

Em geral, observa-se uma elevada prevalência de dor em crianças devido a baixas taxas de registo de avaliação de dor e, conseqüentemente, de tratamento. Contudo, tem sido realizado um esforço na sensibilização de profissionais de saúde para a avaliação da dor em Portugal. Um estudo retrospectivo que considerou doentes até aos 18 anos, internados em nove serviços pediátricos de quatro hospitais portugueses em 2011, revelou que 12,5% das crianças sentia uma dor ligeira, 5,6% uma dor moderada e 1,9% uma dor intensa.



Apresentação clínica

Tabela 1. Manifestações clínicas típicas e escalas de avaliação de acordo com grupo etário. Adaptado de Oliveira et al.

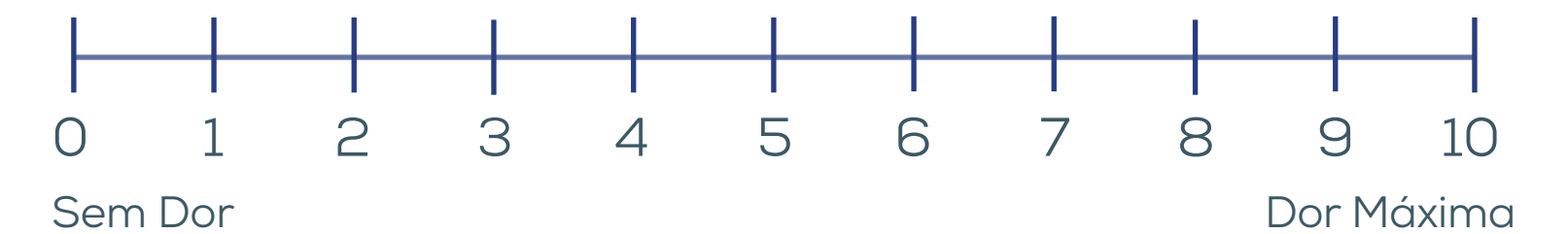
	Recém-nascidos	1-3 anos	3-6 anos	Idade escolar	Adolescentes
Manifestações	<ul style="list-style-type: none"> • “O corpo fala” • Expressão facial de desconforto • Choro intenso • Respostas corporais • Modificação no comportamento • Aumento FR e FC 	<ul style="list-style-type: none"> • “Idade do grito” • Choro e gritos • Grande ansiedade • Usa palavras para a dor (ai, ui, dói) • Expressão facial de dor • Agitação, agressividade • Proteção da zona dolorosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Pensamento mágico sobre a dor • Expressa dor • Alterações comportamentais: agitação ou agressão • Preocupação com perda de parte do corpo (e.g., ferida) • Medo de agulhas e de procedimentos médicos • Dor como “punição” 	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve a sua dor • Pode associar a dor à causa • Necessidade de explicações • Imobilidade e rigidez, posição fetal, proteger/tocar a área dolorosa, cerrar os punhos, isolamento... • Pode ficar irritável, zangada, triste, deprimida ou agressiva; alteração do padrão de sono 	<ul style="list-style-type: none"> • “Porquê a mim?” • Necessita de manter a autoestima e o controlo • Pode esconder queixas de dor por vergonha • Difícil descodificação facial • Beneficia do ensino de técnicas de controlo da dor • Risco de sensação de abandono e depressão
Escalas de avaliação	FLACC (<i>Face, Legs, Activity, Crying, Consolability</i>) R-FLACC / NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>)				
				Escala de Faces de Wong-Baker	
				FPS-R (<i>Faces Pain Scale - Revised</i>)	
			Escala Visual Analógica - Escala Numérica		

FC: frequência cardíaca; FR: frequência respiratória.

Quadro 1. Versão portuguesa da escala *Face, Legs, Activity, Cry, consolability* (FLACC).
Adaptado de Batalha LMC, dos Reis GMR et al.

Indicador	Descrição
Face	0. Nenhuma expressão particular ou sorriso. 1. Careta ocasional ou franzir de sobrancelhas, alheio, desinteressado. 2. Constante franzir de sobrancelhas, maxilares cerrados, queixo trémulo.
Pernas	0. Posição normal ou relaxadas. 1. Inquietas, agitadas, tensas. 2. Aos pontapés ou com as pernas encolhidas.
Atividade	0. Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente. 1. Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso. 2. Arqueado, rígido ou com movimentos bruscos.
Choro	0. Ausência de choro (acordado ou adormecido). 1. Gemidos ou lamentos, queixas ocasionais. 2. Choro persistente, gritos ou suspiros, queixas frequentes.
Consolabilidade	0. Contente, relaxado. 1. Encorajado por toques ocasionais, abraços, conversas. Distrai-se. 2. Difícil de consolar ou confortar.

A. Escala Numérica de 0 a 10



B. Escala de Descritores Verbais

Sem Dor Dor Ligeira Dor Moderada Dor Intensa Dor Máxima

C. Escala Visual Analógica



D. Escala de faces Wong-Baker

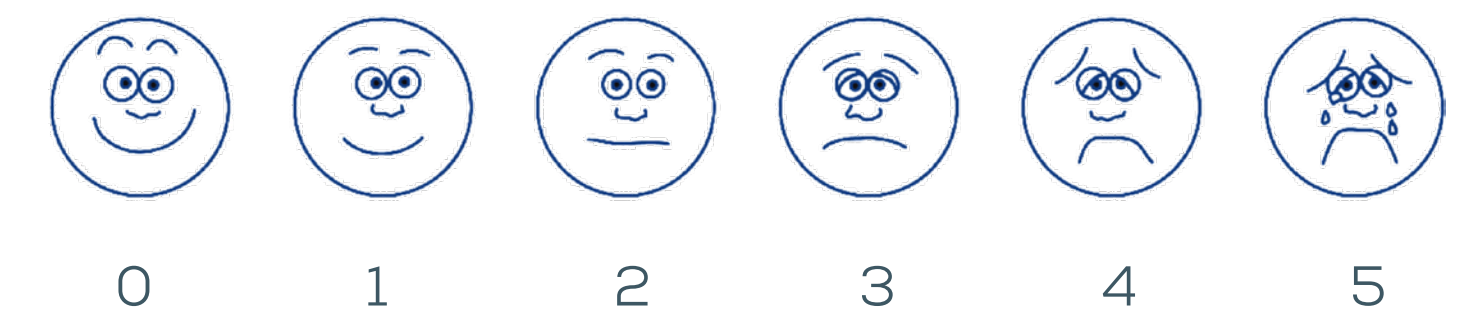


Figura 1. A. Escala numérica de 0 a 10. B. Escala de descritores verbais. C. Escala visual analógica. D. Escala de faces de Wong-Baker: face 0- está muito feliz porque não tem nenhuma dor; face 1- tem apenas um pouco de dor; face 2- tem um pouco mais de dor; face 3- tem ainda mais dor; face 4- tem muita dor; face 5- tem uma dor máxima, apesar de que nem sempre provoca o choro. Adaptado de "Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças".

Tratamento

- A dor é definida pela *International Association for the Study of Pain* como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas, também, um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão.
- Tem um impacto significativo no indivíduo e na família se não for reconhecida ou tratada corretamente, sendo isto especialmente frequente na população pediátrica.
- Idealmente, o tratamento envolve a colocação do indivíduo no centro de um trabalho multidisciplinar. Desta forma, e de acordo com a avaliação clínica, poderão ser utilizadas intervenções não farmacológicas e/ou farmacológicas.

Farmacológico

- Nas intervenções farmacológicas deverão ter-se em conta alguns fatores tais como o peso, a idade ou a resposta terapêutica diferente que ocorre em idade pediátrica.
- Os procedimentos realizados nas crianças são a causa mais frequente de dor associada aos cuidados de saúde. A analgesia associada a determinados procedimentos, com ou sem sedação, permite uma melhoria na prestação de cuidados de saúde. Na Tabela 2 estão presentes um conjunto de procedimentos e as respetivas intervenções farmacológicas recomendadas.
- A escada analgésica de 3 degraus da Organização Mundial de Saúde tem sido substituída nas crianças por uma estratégia bifásica.
- O paracetamol e anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) são os fármacos considerados de primeira linha, que se devem associar para tratamento da dor moderada. Os AINEs têm propriedades analgésicas e anti-inflamatórias, ambas úteis no manuseamento da dor crónica, do pós-operatório, ou de dor leve a moderada. A utilização de outros AINEs para além do ibuprofeno pode ser considerada e apesar de não existirem tantos estudos pediátricos com estes AINEs, o seu uso com eficácia e segurança é suportado pela evidência existente.



- Para a dor aguda moderada a grave, não aliviada pelos analgésicos de primeira linha, há a indicação para o uso de opioides. O uso de doses baixas de analgésicos opioides fortes, para tratamento de dor moderada a grave, é preferível atendendo aos riscos associados aos opioides fracos na população pediátrica.

- Na Tabela 3 estão presentes orientações relativamente à utilização dos principais analgésicos não opioides, opioides e naloxona em idade pediátrica. Estão descritas as principais indicações tendo em conta a intensidade da dor, posologia, idade mínima recomendada para a utilização, intervalo entre tomas e algumas observações relativas a cada um dos fármacos. Deverá ser selecionada a via de administração menos invasiva, menos dolorosa e que cause menos dano.



Tabela 2. Intervenções farmacológicas recomendadas por procedimento. Adaptado de “Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica”.

Procedimento	Intervenções farmacológicas				Observações
	Analgesia			Sedação	
	Anestesia tópica	Infiltração local	Sistémica		
Limpeza de feridas simples	-	-	E 2)	-	E - Uso eventual S - Uso sistemático 1) Creme anestésico 2) Pode ser dispensada se criança colaborante 3) Lidocaína a 1-2% tamponada 4) Gel/spray lidocaína 2% 5) Gel/spray de lidocaína 2% na narina 5 minutos antes + lubrificar a sonda com spray/gel lidocaína 2% 6) Paracetamol (SOS) 4 a 6 horas após o ato vacinal
Introdução de sonda nasogástrica	S 7)	-	-	-	
Extração de corpos estranhos do nariz	S 5)	-	-	-	
Punção venosa periférica	S 1)	-	-	-	
Remoção de drenos e/ou suturas	-	-	-	E	
Sutura cutânea simples	-	S 4)	-	E	
Sutura ou limpeza de feridas complexas	-	E	S	S	
Tratamento de queimaduras	-	-	S	S	
Vacinação/Injeção intramuscular/Injeção subcutânea	E 1); 7)	-	-	-	
Drenagem de abscesso	-	-	S	S	

Tabela 3. Orientações para a utilização de analgésicos não opioides, opioides e naloxona em idade pediátrica. Adaptado de “Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica”.

Fármaco	Intensidade da dor	Posologia	Idade mínima	Frequência	Observações
Paracetamol	Ligeira a moderada	PO/PR: 10-20 mg/kg/dose (máx: 1 g/dose) IV: 10-15 mg/kg/dose (máx: 1 g/dose)	Recém-nascidos	6-8 horas	Sobredosagem pode levar a hepatite fulminante. Toxicidade renal.
Ibuprofeno	Ligeira a moderada	PO/PR: 4-10 mg/kg/dose (máx: 600 mg/dose)	3 meses	6-8 horas	Pode causar gastrite. Risco hemorrágico. Toxicidade renal.
Cetorolac	Ligeira a moderada	IV: dose inicial: 1 mg/kg/dose (máx: 60 mg/dose) IV: dose manutenção: 0,5 mg/kg/dose (máx: 30 mg/dose) IV: 2 a 16 anos: 0,25-0,5 mg/kg/dose (máx: 30 mg/dose)	16 anos (Off-label: 2 anos)	6-8 horas	Apenas por via parentérica. Toxicidade renal. Efeito analgésico semelhante aos opioides. Não exceder os 5 dias e os 120 mg diários.
Diclofenac	Ligeira a moderada	PO/PR: 1 mg/ kg/8-12 horas >12 anos e adultos 50 mg/ cada 8-12 horas (máx: 150mg/ dia) IM: 50-75 mg/ 12 horas (máx :150 mg/ dia e 2 dias)	PO/PR: 6 anos IM: 12 anos	PO/PR: 8-12 horas IM: 12 horas	Não pode ser usado por via IV. Potente efeito analgésico e anti-inflamatório. Pode causar toxicidade gastrointestinal e hemorragia. Tem efeito espasmolítico, sendo útil na cólica.
Metamizol	Ligeira a moderada	PO/IV/IM: 10-15 mg/kg/dose (máx: 2 g/dose)	6 meses	6-8 horas	Efeito analgésico próximo dos opioides. Toxicidade renal. Ação relaxante do musculo liso. Útil na cólica (digestiva ou geniturinária), cefaleia ou odontalgia intensa. Risco de hipotensão, anafilaxia e agranulocitose.
Naproxeno	Ligeira a moderada	PO/PR: 5 mg/kg/dose (máx: 500 g/kg/dose)	5 anos	8-12 horas	Utilizado como antipirético. Risco hemorrágico. Toxicidade renal. Solução oral indisponível em Portugal.
Tramadol	Moderada a grave	PO/PR/IV/IM: 1-1,5 mg/kg/dose (máx: 100 mg/kg/dose) Perfusão contínua: 10-30 µg/kg/hora (máx: 400 mg/dia) >12 anos: 50-100 mg/ dose (máx: 400 mg/dia)	6 meses Preferencialmente mais de 12 anos	6-8 horas	10-15 vezes menos potente que a morfina, mas menos efeitos colaterais. Evitado em convulsões ou TCE. IV: administração lenta e diluída. Evitar via IM. Contraindicado se hipersensibilidade ao tramadol, sob terapêutica com iMAOs nos últimos 15 dias, epilepsia não controlada, tratamento da síndrome abstinência de opiáceos.
Codeína	Moderada a grave	0,5-1 mg/kg/dose (máx: 60 mg/dose)	2 anos Preferencialmente mais de 12 anos	4-6 horas	Deve ser associado ao paracetamol pelo efeito sinérgico. Pode ser associado a AINEs. Evitar via IM. Contraindicado insuficiência respiratória, asma, diarreia tóxica, sob terapêutica com iMAOs nas últimas 2 semanas. Reportadas reações adversas após cirurgia de ORL. Problemas de segurança e eficácia por variabilidade genética.
Fentanil	Grave	IV lenta/SC/: 0,5-1 µg/kg/dose (máx: 50-200 µg/dose) IV perfusão: 1 µg/kg/hora	Recém-nascidos	IV: 1-2 horas	Muito útil no serviço de urgência pelas características (criança gravemente doente). Início de ação e pico muito rápido. Duração: 30-40 minutos. 100x mais potente que morfina. Naloxona ajuda na reversão. Alerta: Pode causar depressão respiratória e hipotensão (menos que a morfina). Cuidados nas dosagens (µg).
Morfina	Grave	IV/IM/SC: 0,1-0,2 mg/ kg/ durante 5 minutos (dose máximo/bólus: 10 mg) Perfusão Contínua: 0,05-0,2 mg/kg/dose PO libertação prolongada: 0,3-0,6 mg/kg/dose PO libertação rápida: 0,2-0,5 mg/kg/dose	Recém-nascidos	IV/IM/SC: 4-6 horas PO LP: 12 horas PO LR: 4-6 horas	15 minutos até efeito máximo. 3 a 6 horas de duração. Melhor via de administração é IV. Semi-vida mais longa e eliminação menor em recém-nascidos. Alerta: Recém-nascido usar 50% da dose (0,05-0,1 mg/dose) e em recém-nascidos prematuros usar 25% da dose (0,025-0,05 mg/dose).
Lidocaina+prilocaina creme (EMLA®)	Anestesia tópica da pele íntegra	0-3 M: 0,5 g (máx: 1 g/dia) 4-12 M: 0,5 g (máx: 2 g/dia) 1-6 A: 1-2 g (máx: 10 g/dia) 7-11 A: 1-2 g (máx:20 g/dia) >12 A: 2-3 g (máx: 50 g/dia)	Recém-nascidos	4h	O creme deverá ser utilizado sob penso oclusivo
Naloxona	Antídoto dos opioides	IV/IM/SC: 0,01-0,02 mg/kg/dose e doses subsequentes de 0,1 mg/kg/dose (máx: 2 mg/dose e 10 mg/dia)	Recém-nascidos	Pode ser repetido a cada 2-3 minutos	Não diluir

Não farmacológico

- Constitui um recurso primordial no controlo da dor da criança uma vez que **modifica o significado da dor**. Através da sua utilização, consegue-se uma reestruturação cognitiva, direcionada às cognições, expectativas, avaliações e construções que acompanham a vivência da dor, modificando as cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão.
- Envolve geralmente intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família.
- A sua **seleção** deve ter em conta a idade/desenvolvimento cognitivo da criança (capacidade de pensamento abstrato), as suas preferências, o contexto envolvente (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico), a sua história anterior, a situação específica (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva) e os recursos existentes. A sua utilização requer tempo, disponibilidade e preparação dos profissionais de saúde, da criança e da família.

- As estratégias não farmacológicas podem classificar-se como: **comportamentais** (relaxamento), **cognitivas** (fornecimento de informação antecipatória), **cognitivo-comportamentais** (distração e a imaginação guiada), **físicas, periféricas ou sensoriais** (calor superficial seco ou húmido, frio, toque/massagem superficial, sucção, posicionamento), **suportes emocional e ambiental** (luz, ruído, temperatura e decoração).



Quadro 2. Intervenções não farmacológicas de acordo com a idade. Informação retirada de “Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)” e “Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica”.

Recém-nascido	Idade pré-escolar	Idade escolar	Adolescente
<ul style="list-style-type: none"> • Presença dos pais • Contacto físico: embalo, colo, contacto pele a pele, abraço, massagem terapêutica • Estimulação oral: amamentação, sucção não nutritiva • Redução da luz e ruído ambiente • Preservação dos períodos mais prolongados de sono e repouso • Posicionamento adequado • Canções de embalar • Sacarose a 24% 	<ul style="list-style-type: none"> • Ouvir histórias (a mesma história muitas vezes) • Brinquedo favorito • Brincadeira lúdica e terapêutica • Bolas de sabão • Ouvir uma música familiar • Desenhar e colorir • Estratégias de relaxamento • Massagem • Carícia • Preparação/ fornecimento de informação antecipatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios • Imaginação guiada • Massagem • Música • Leitura • Desenhar e colorir • Brincadeira lúdica e terapêutica • Atividade favorita • Modelação • Frio e calor • Preparação/ fornecimento de informação antecipatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios • Imaginação guiada • Massagem • Música • Camisola favorita • Facultar telemóvel • Diário • Leitura e escrita • Desenhar e colorir • Frio e calor • Preparação/ fornecimento de informação antecipatória



Quadro 3. Modo de aplicação das intervenções não farmacológicas. Adaptado de “Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica”.

Intervenção	Modo de aplicação
Amamentação	Colocar o lactente à mama antes e durante o procedimento, mantendo-o durante alguns minutos após o final.
Brincadeira lúdica e terapêutica	Utilizar como recurso o brinquedo terapêutico para facilitar a expressão de sentimentos, suavizar o impacto de experiências desconhecidas e stressantes, permitir assimilar novas situações e compreender a necessidade dos procedimentos a realizar durante a hospitalização. Permite reduzir o nível de ansiedade e o medo associados à cirurgia e à realização de procedimentos invasivos.
Calor Superficial	Aplicar fonte de calor húmido ou seco (temperatura junto à pele 40-45°C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas.
Contenção com lençol ou contenção manual	Envolver o recém-nascido num lençol ou cobertor, com flexão dos membros e tronco, deixando as mãos livres para chegar à boca. A contenção manual é a utilização das mãos do profissional ou progenitor para segurar a cabeça, os braços e pernas do recém-nascido mantendo o tronco e os membros alinhados e em flexão.
Distração	Técnica que direciona a atenção para situações não relacionadas com o procedimento doloroso. Antes e durante o procedimento, desviar a atenção da criança através de atividades que envolvam a cognição (ver vídeo, imagens, contar histórias) ou o comportamento (cantar, soprar bolas de sabão), dependendo da idade e preferências da criança.
Frio superficial	Aplicar fonte de frio (temperatura junto à pele 15°C), localmente ou a montante do local doloroso, por períodos de 15 a 30 minutos com intervalos de 2 a 3 horas.
Glicose a 30% (ampolas) ou sacarose a 24% (preparação em farmácia hospitalar)	Administrar 2 mL de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento. Em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos. A solução de sacarose deve ser conservada no frigorífico durante um período não superior a 1 semana. É eficaz durante o primeiro ano de vida.
Imaginação guiada/hipnoanalgesia	Técnica em que se procura obter uma sensação de bem-estar e relaxamento através da indução de um estado de concentração, intensificado numa ideia ou imagem particular. Levar a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado, que envolva componentes visuais, auditivos, olfativos e gustativos.
Massagem	Efetuar estimulação cutânea através de manipulação com ou sem aplicação de óleos, durante 15 a 30 minutos. Permite aliviar a dor através de relaxamento e distração, além de ativar mecanismos inibitórios da dor.
Modelação/Simulação/ensaio comportamental	Antes do procedimento, proporcionar a observação de outra criança ou adulto a ser submetido a uma simulação do procedimento e a utilizar eficazmente estratégias de enfrentamento (por exemplo em vídeo ou numa demonstração com boneco).
Preparação	Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais.
Posicionamento	As mudanças de posição que promovem o conforto são estratégias reconhecidas como úteis no alívio da dor.
Reforço positivo	Antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (e.g., autocolantes, certificado) conforme combinado.
Relaxamento muscular/ Exercícios respiratórios	Utilizar uma combinação de relaxamento muscular progressivo e de exercícios respiratórios para reduzir o nível de vigília e ansiedade.
Sucção não nutritiva	Oferecer ao lactente a chupeta, como medida terapêutica. Deve ser reservada aos lactentes doentes e que já utilizam chupeta.

Referências

1. Academia Americana de Pediatria; Sociedade Americana da Dor. Avaliação e terapêutica da dor em lactentes, crianças e adolescentes. *Pediatrics* (Ed Portuguesa). 2001;9:463-7.
2. Batalha L. Dor em Pediatria: compreender para mudar 2010.
3. Batalha LMC, Costa LPS, Reis GMRd, Jacinto FMRC, Machado RF, Santos PMG, editors. Dor pediátrica em Portugal: resultados da sensibilização e formação 2014.
4. Batalha LMC, dos 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 - *Revista de Enfermagem*. 2009;11(10):7-14.
5. Brown ML, Rojas E, Gouda S. A Mind-Body Approach to Pediatric Pain Management. *Children* (Basel). 2017;4(6).
6. Campbell-Yeo M, Fernandes A, Johnston C. Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: part 2: mother-driven interventions. *Adv Neonatal Care*. 2011;11(5):312-8; quiz pg 9-20.
7. Chen E, Joseph MH, Zeltzer LK. Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *Pediatr Clin North Am*. 2000;47(3):513-25.
8. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da Dor nas crianças com doença oncológica. Circular Normativa 023/2012. Ministério da Saúde.
9. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Circular Normativa 022/2012. Ministério da Saúde.
10. Direção-Geral da Saúde. Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Circular Normativa 014/2010. Ministério da Saúde.
11. Fernandes A, Campbell-Yeo M, Johnston CC. Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: Part 1: sensorial interventions. *Adv Neonatal Care*. 2011;11(4):235-41.
12. Fetus Co, Newborn CoD, Section on Anesthesiology, Section on Surgery, Canadian Paediatric Society F, Committee N. Prevention and Management of Pain and Stress in the Neonate. *Pediatrics*. 2000;105(2):454-61.
13. Friedrichsdorf SJ, Goubert L. Pediatric pain treatment and prevention for hospitalized children. *Pain Rep*. 2020;5(1):e804.
14. Linhares MBM, Doca FNP. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*. 2010;18(2):307-25.
15. McGrath PJ. Science is not enough: the modern history of pediatric pain. *Pain*. 2011;152(11):2457-9.
16. Oliveira A, Pedro A, Fernandes A, Melancia C, Abadeso C, Lanzas D, et al. Desenhos da Minha Dor 2018. Available from: https://www.aped-dor.org/images/diversos/documentos/desenhos_da_minha_dor_fev_2018.pdf.
17. Robert M. Kliegman, Joseph St. Geme. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 21 ed. Philadelphia, PA: Elsevier; 2020.
18. Ruest S, Anderson A. Management of acute pediatric pain in the emergency department. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28(3):298-304.
19. Tobias JD. Acute pain management in infants and children-Part 1: Pain pathways, pain assessment, and outpatient pain management. *Pediatr Ann*. 2014;43(7):e163-8.
20. Young KD. Assessment of Acute Pain in Children. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*. 2017;18(4):235-41.



Esta é uma publicação da APMGF-Grupo de Estudos de Dor com o patrocínio da Grünenthal S.A., sendo que esta última não teve qualquer influência nos conteúdos da mesma.