

Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada *

Nursing team understanding and perception of pain in hospitalized children

Kenia Yurie Kanai¹, Wania Maria Zangirolamo Fidelis²

* Recebido da Sociedade Brasileira Israelita Hospital Albert Einstein, São Paulo, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A avaliação da dor é extremamente importante, pois sem sua medida, torna-se difícil determinar o tratamento mais adequado para a criança internada, porque a eficácia do tratamento depende da avaliação e mensuração confiável da dor. Os objetivos deste estudo foram identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem com relação aos instrumentos disponíveis para avaliar a dor e os sentimentos do profissional de enfermagem ao prestar assistência aos pacientes pediátricos internados, com queixas algícas.

MÉTODO: Após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição foram incluídos 9 enfermeiros e 9 técnicos de enfermagem, com no mínimo, um ano de experiência, que concordaram em participar deste estudo descritivo-exploratório, transversal, de nível II, utilizando os recursos da abordagem quantitativo-qualitativa, realizado na Unidade de Pediatria e Hospital Dia de um hospital geral, particular, de grande porte. Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro semiestruturado de entrevista composto por cinco questões, sendo uma fechada, sobre dados de identificação do participante e quatro abertas, sendo que duas delas eram sobre conhecimento dos instrumentos para avaliação da dor e as outras duas questões sobre a assistência à criança com dor e o sentimento do profissional de enfermagem frente à dor na criança.

RESULTADOS: Os enfermeiros apresentaram maior conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor do que os técnicos de enfermagem, porém não apresentaram maior conhecimento na aplicação e indicação dos instrumentos de avaliação da dor de acordo com a idade e condição clínica da criança, do que os técnicos de enfermagem. Com relação aos dados qualitativos referentes à entrevista sobre a avaliação dos sentimentos da equipe de enfermagem foram encontradas três categorias para relatar a importância de avaliar a dor na criança e três categorias em relação à experiência ao lidar com a dor na criança internada.

CONCLUSÃO: A maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que participou deste estudo não conhece todos os instrumentos disponíveis para avaliar a dor em crianças internadas e entre os sentimentos ao avaliar esses pacientes, destacaram a importância de avaliar a dor, a humanização, as possibilidades terapêuticas e a necessidade de desenvolver a percepção, e em relação à sua experiência ao lidar com a dor na criança internada destacaram a impotência, a racionalização do uso da medicação analgésica e a importância da comunicação com os familiares e com a criança.

Descritores: Criança, equipe de enfermagem, escala analógica da dor, limiar da dor, medição da dor.

1. Enfermeira. Atuação na Área de Unidade de Tórax do Hospital Israelita Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

2. Enfermeira. Pedagoga. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Especialista em Terapia Complementar de Reflexologia. Docente da Escola Técnica do Instituto de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, São Paulo, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Wania Maria Zangirolamo Fidelis

Rua Imaculada Conceição, 108/21 – Vila Buarque
01226-021 São Paulo, SP.

Fones: (11) 3667-5714 – (11) 9841-5044

E-mail: wzangirolamo@einstein.br

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain evaluation is paramount because without its measurement it is difficult to establish the most adequate treatment for hospitalized children. This study aimed at identifying nursing team understanding with regard to available tools to evaluate pain and nursing professional feelings when assisting hospitalized pediatric patients with pain complaints.

METHOD: After the Institution's Ethics and Research Committee approval, participated in this study 9 nurses and 9 nursing technicians with at least one

year of experience, who agreed in participating in this descriptive-exploratory, transversal level II study using quantitative-qualitative approach resources, which was performed at the Pediatrics and Day Hospital Unit of a major general and private hospital. A semi-structured interview schedule was prepared for data collection, made up of five questions being one closed about participants' identification data and four open questions. Of these, two of them are about understanding pain evaluation tools and the other two questions are about assistance to painful children and nursing team feelings when facing pain in children.

RESULTS: Nurses had better understanding of pain evaluation tools as compared to nursing technicians, however have not shown better understanding of the indication of pain evaluation tools according to children's age and clinical condition as compared to nursing technicians. With regard to qualitative data related to the interview about the evaluation of nursing team feelings when evaluating painful pediatric patients, three categories were found to report the importance of pain in children and three categories with regard to the experience of dealing with pain in hospitalized children.

CONCLUSION: Most nurses and nursing technicians participating in this study do not understand all available tools to evaluate pain in hospitalized children and among feelings when evaluating such patients they have stressed the importance of evaluating pain, humanization, therapeutic possibilities and the need to develop the perception. With regard to their experience in dealing with pain in hospitalized children, they have stressed the impotency, the rationalization of the use of analgesic drugs and the importance of communicating with relatives and with the children.

Keywords: Children, nursing team, pain, pain analogical scale, pain measurement, pain threshold.

INTRODUÇÃO

Até há pouco tempo pensava-se que a imaturidade do sistema nervoso seria capaz de poupar as crianças das sensações dolorosas. Historicamente, os pacientes pediátricos são submetidos aos mesmos procedimentos que os adultos e ainda hoje têm recebido intervenções com menos sucesso para o tratamento da dor^{1,2}.

Pelos conhecimentos atuais, as crianças apresentam uma compreensão da dor muito mais sofisticada do que se possa imaginar e, de acordo com essas evidências, pode-se observar que crianças de um ano e seis meses são capazes de expressar e localizar muito bem a dor. Infeliz-

mente, essa falha em estabelecer o tratamento adequado ocasiona persistência de sofrimento desnecessário nas crianças, principalmente nas mais vulneráveis como os recém-nascidos, lactentes e nas crianças criticamente doentes^{5,6}.

O desenvolvimento da criança pode determinar o método a ser utilizado na avaliação da dor. Até os dois anos de idade, a avaliação apresenta como critérios os aspectos comportamentais e fisiológicos. A partir desta idade, pode ser utilizado o relato da criança a respeito de suas próprias experiências para avaliar a intensidade ou a gravidade do quadro algico, sendo possível à utilização de outros instrumentos apropriados para essa idade^{3,4}.

A mensuração da dor é extremamente importante, pois sem sua medida, torna-se difícil determinar o tratamento mais adequado para a criança, ou quando deverá ser interrompido. A eficácia do tratamento e o seu seguimento dependem de avaliação e mensuração confiável da dor⁵. Entre os instrumentos disponíveis para a avaliação da dor na criança estão as escalas de intensidade unidimensionais como a escala numérica verbal, pela qual o paciente sugere um número para representar a intensidade da dor, sendo que zero significa ausência de dor e 10 a dor mais intensa possível. Pode ser aplicada em crianças com mais de sete anos⁷.

Outro instrumento utilizado para avaliar a dor é a escala de faces, que contém seis faces, sendo que a primeira face é um rosto sorridente, e as expressões vão se transformando até chegar ao último rosto que é muito triste (Figura 1). A criança deve ser bem orientada sobre

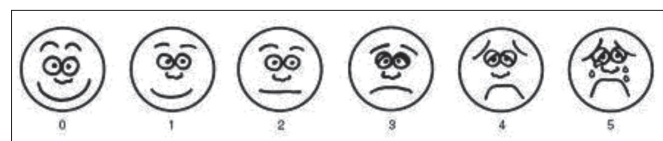


Figura 1 - Escala de faces (Wong-Baker Faces Rating Scale)¹⁵

Classificação da dor: 0 = Sem dor; 1 a 2 = Dor leve; 3 = Dor moderada; 4 = Dor forte; 5 = Dor insuportável

o significado de cada expressão facial e com isso pode escolher a face que mais representa a sua dor, geralmente aplicável em crianças entre dois e seis anos. É muito importante que a enfermagem esteja atenta para ver se a criança compreendeu a escala, pois um dos erros que podem ocorrer e invalidar o resultado é a criança não estar bem orientada, escolhendo de acordo com o seu humor, sendo que a mesma não sente dor⁵.

Existe também a escala comportamental NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo

a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório. A pontuação pode variar de zero ou um, e o escore total pode variar de zero a sete, em escala crescente de dor. Tem mostrado utilidade na avaliação da dor em crianças de zero a dois anos de idade, possibilitando diferenciar estímulos dolorosos de não dolorosos (Quadro 1)^{1,8,9}.

Mímica Facial	Choro	Padrão Respiratório
0 – Relaxada 1 – Contraída	0 – Ausente 1 – Resmungos 2 – Forte	0 – Rítmico e regular 1 – Diferente do padrão
Membros Superiores	Membros Inferiores	Nível de Consciência
0 – Relaxados 1 – Fletidos/ Estendidos	0 – Relaxados 1 – Fletidos/ Estendidos	0 – Dormindo 1 – Irritado
Classificação da Dor = Soma dos Pontos		
0 – Sem Dor		
1 a 2 – Dor Fraca		
3 a 5 – Dor Moderada		
6 a 7 – Dor Forte		

Quadro 1 - Escala da *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)¹⁵

As mudanças comportamentais são os indicadores de dor mais importantes e comuns na criança, principalmente naquelas que ainda não têm capacidade de verbalizar o que sentem ou as que apresentam dificuldade para se comunicar como as intubadas, traqueostomizadas, ou as que têm retardo mental. Neste momento, é importante envolver os pais durante a assistência prestada ao paciente pediátrico, pois pode ajudar o profissional da saúde a encontrar a fonte da dor ou desconforto se eles forem capazes de descrever claramente a mudança no comportamento da criança. Observar a criança sem dor serve de parâmetro para conhecê-la e facilitar a identificação na mudança de comportamento que possa indicar um quadro álgico¹⁰.

A escala objetiva de dor Hannallah é prática e possibilita avaliação fidedigna, usando cinco indicadores de dor, quatro comportamentais e um fisiológico, incluindo movimentação, verbalização (postura para as crianças menores), choro, agitação e pressão arterial sistólica. Uma pontuação maior ou igual a seis significa dor importante. É indicada para avaliar a dor aguda em crianças com intubação e sedação, principalmente em unidade de terapia intensiva (Quadro 2)¹¹.

O objetivo deste estudo foi analisar como a equipe de

Pontuação maior ou igual a 6 significa dor importante que justifica a indicação de analgesia, após avaliação criteriosa da equipe multiprofissional	
Pressão arterial sistólica 0 – Aumento de 10% da basal 1 – Aumento de 11% a 20% da basal 2 – Aumento de > de 21% da basal	Agitação 0 – Adormecido ou calmo 1 – Leve histérico
Choro 0 – Ausente 1 – Presente e consolável 2 – Presente e inconsolável	Verbalização (postura para crianças menores) 0 – Adormecido ou sem relatar dor 1 – Dor leve, sem flexão das extremidades 2 – Dor moderada e localizada
Movimentação 0 – Quietos 1 – Sem repouso 2 – Esperneando	

Quadro 2 - Escala objetiva de dor de Hannallah¹⁵

Crítérios sugestivos de presença de dor em pacientes com limitações cognitivas graves:

Na presença de dor, o paciente deverá ser monitorado.

Anotar as observações que sugerem presença de dor na evolução de enfermagem.

enfermagem avalia os pacientes pediátricos com dor e identificar os conhecimentos da equipe de enfermagem com relação aos instrumentos disponíveis para avaliar a dor e os sentimentos da equipe de enfermagem ao avaliar as crianças internadas com queixas dolorosas.

MÉTODO

Após aprovação pela Comissão Científica da Faculdade de Enfermagem do Hospital Israelita Albert Einstein (FEHIAE) e pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), processo CEP/Einstein nº 08/813 e CAAE 0038.0.028.000-08, realizou-se este estudo descritivo-exploratório, transversal, de nível II, utilizando-se os recursos da abordagem quantitativo-qualitativa, sendo que o método quantitativo consiste em dados estatísticos representados por fatos empíricos e eventos e a abordagem qualitativa em pensamentos, sentimentos e crenças dos pacientes.

O estudo foi realizado na Unidade de Pediatria e Hospital Dia de um hospital geral, particular, de grande porte. Foram incluídos enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, com no mínimo, um ano de experiência que

concordaram em participar da pesquisa e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para a coleta de dados foi elaborado um roteiro semi-estruturado de entrevista (Quadro 1) composto por cinco questões, sendo uma fechada, sobre dados de identificação do participante e quatro abertas, sendo que duas delas são sobre conhecimento sobre os instrumentos para avaliação da dor e as outras duas questões sobre a abordagem da criança com dor e o sentimento do profissional de enfermagem frente à dor na criança.

A entrevista foi realizada individualmente, e as falas foram gravadas, para permitir maior interação entre entrevistado e entrevistador, o qual estará centrado naquele que responde, sem se preocupar com a transcrição escrita no momento da entrevista. No início da interação foi explicada a intenção de usar o gravador, deixando que o sujeito da pesquisa optasse ou não pelo uso desse instrumento para gravar as respostas.

Para a análise dos dados coletados foi feita a leitura do material e a sistematização dos dados obtidos pela decodificação da entrevista feita com o roteiro semiestruturado. Nas questões dois e três foi feita a abordagem quantitativa e os resultados foram apresentados em tabelas. Para as questões quatro e cinco foi feita a análise qualitativa, que permitiu a identificação de categorias que emergiram dos temas e que se delinearão a partir do núcleo do pensamento e dos sentimentos dos participantes em relação ao tema. O número de entrevistados foi definido a partir do momento em que começou haver repetição e reincidência dos conteúdos emergentes no discurso.

O uso da entrevista semiestruturada permite obter informações para caracterizar o grupo estudado quanto aos seus determinantes sociais: idade, sexo, estado civil e outros, bem como aprofundar a comunicação no que diz respeito ao tema central da investigação.

Os dados de identificação profissional como idade, sexo, profissão e tempo de carreira foram submetidos à análise estatística descritiva (Quadro 3). Os dados qualitativos foram analisados conforme a análise de conteúdo de Bardin.

Foram consideradas as três etapas que caracterizam o método de análise do conteúdo: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (inferência e interpretação). A pré-análise é a fase de organização, e visa operacionalizar e sistematizar as idéias. A exploração do material é a etapa seguinte, onde se procede à análise propriamente dita, através de codificação, categorização e quantificação da informação. A categorização facilita a análise da informação o que proporciona um significado. Neste estudo, foi utilizada a categorização semântica, ou seja, agrupamento conforme o tema¹².

Quadro 3 – Roteiro semi-estruturado para coleta de dados: Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada.

1. Perfil do entrevistado:
 - 1.1. Sujeito:
 - 1.2. Idade:
 - 1.3. Sexo:
 - 1.4. Profissão:
 - 1.5. Quanto tempo você trabalha na pediatria e/ou no hospital dia?
2. Quais os instrumentos de avaliação da dor que você conhece?
3. De acordo com os instrumentos de avaliação da dor (escalas: numérica, faces, NIPS, Hanallah e sinais sugestivos de dor), para qual idade e condição clínica deverá ser aplicada cada uma?
4. Qual é a importância de avaliar a dor na criança?
5. Como é para você lidar com a criança com dor?

NIPS = Neonatal Infant Pain Scale

RESULTADOS

A amostra foi composta por 9 enfermeiros e 9 auxiliares de enfermagem, com idade variando entre 22 a 40 anos, sendo 15 do sexo feminino e 3 do masculino. O tempo de exercício da profissão mínimo foi de um ano, sendo que apenas dois dos sujeitos da pesquisa exerciam a profissão há mais de 7 anos como pode ser verificado no gráfico 1. A tabela 1 permite verificar que os enfermeiros apresentaram maior conhecimento dos instrumentos de avaliação

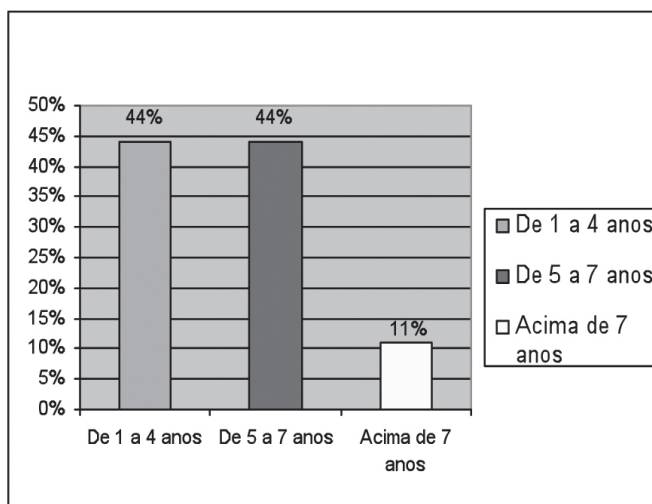


Gráfico 1 – Tempo de exercício da profissão.

Tabela 1 – Conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Escalas	Enfermeiros	%	Técnicos de Enfermagem	%
< 3	1	11	2	22
= 3	2	22	5	56
> 3	6	67	2	22
Total	9	100	9	100

ção da dor do que os técnicos de enfermagem, uma vez que apenas 11% dos enfermeiros conheciam menos que três escalas e 67% conheciam mais de três escalas, enquanto que entre os técnicos de enfermagem 22% conhecia menos que três escalas e 22% conheciam mais de três escalas.

Os dados da tabela 2 permitem verificar que os enfermeiros não apresentaram maior conhecimento a respeito da indicação dos instrumentos de avaliação da dor de acordo com a idade e condição clínica da criança, do que os técnicos de enfermagem, porque 56% dos enfermeiros conheciam mais de três indicações enquanto que 44% dos técnicos de enfermagem conheciam mais de três indicações. Por outro lado 22% dos enfermeiros conheciam três indicações enquanto que 44% dos técnicos de enfermagem conheciam três indicações; e 22% dos enfermeiros conhecia menos de três indicações contra 11% dos técnicos de enfermagem que conhecia menos de três indicações.

Tabela 2 - Indicação dos instrumentos de avaliação da dor de acordo com a idade e à condição clínica da criança. São Paulo, 2008.

Indicação	Enfermeiros	%	Técnicos de Enfermagem	%
> 3	5	56	4	44
= 3	2	22	4	44
< 3	2	22	1	11
Total	9	100	9	100

Com relação à análise qualitativa dos dados referentes à entrevista, sobre a análise dos sentimentos da equipe de enfermagem ao avaliar pacientes pediátricos com queixas algícas, foram encontradas três categorias para relatar a importância de avaliar a dor na criança:

1^a: humanização *versus* qualidade: “...é mais fácil cuidar...”.

2^a: possibilidades terapêuticas: “...hoje em dia não precisa sentir dor...”

3^a: desenvolver a percepção: “...a gente vendo consegue perceber...”.

Com relação à análise qualitativa quanto a experiência de lidar com a dor também foram encontradas três categorias, a seguir relacionadas:

1^a: enfrentamento *versus* impotência: “...para mim é bem difícil, eu sou pai...”;

2^a: racionalização *versus* medicação: “...a criança está com dor a gente faz a medicação.....tranquilizando a família...”;

3^a: comunicação (familiares e criança): “...tem que conversar bastante com a criança e informar...”.

DISCUSSÃO

A avaliação e o tratamento da dor na criança tem sido preocupação da equipe assistencial, tanto pela sua importância na qualidade dos cuidados oferecidos aos pacientes pediátricos, quanto pelo desafio de transpor preconceitos a respeito do seu controle. Frente a isso, a equipe de enfermagem tem se deparado com o problema na assistência prestada que é a medição e a avaliação da dor em pediatria. De acordo com a faixa etária, a experiência dolorosa apresenta aspectos afetivos, emocionais e sensoriais que irão interferir na interpretação da sua intensidade¹⁻³.

A dor é subjetiva e o auto-relato do paciente pediátrico constitui o padrão-ouro na avaliação. A descrição da dor deve caracterizar suas relações temporais, intensidade, localização, qualidade e fatores que a exacerbam ou a aliviam¹³.

A equipe de enfermagem, que passa a maior parte do tempo com o paciente pediátrico e mantém uma relação de proximidade com ele e seus familiares; é a primeira a perceber a dor da criança, em decorrência de mudanças nas atividades ou no comportamento, por isso a relevância e necessidade de avaliar a dor e promover uma assistência para seu alívio. Segundo os direitos da criança e do adolescente internado, toda a criança tem o direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la, mas para isso é necessário avaliar de forma adequada a dor^{1,2,10,14}.

Na seleção do instrumento de avaliação devem-se levar em consideração as condições clínicas da criança, idade, sexo, aspectos sócio-culturais e desenvolvimento cognitivo¹³.

Apesar de não estarem diretamente envolvidos na assistência da criança, os enfermeiros apresentaram maior conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor em pediatria do que os técnicos de enfermagem, embora a



maioria dos técnicos de enfermagem tenha um bom conhecimento das escalas para a avaliação da dor infantil, pois 78% conheciam três ou mais escalas, como podem ser observadas na tabela 1.

No entanto os dados da tabela 2 permitem verificar que os enfermeiros não apresentaram melhor conhecimento do que os técnicos de enfermagem quanto à indicação dos instrumentos de avaliação da dor de acordo com a idade e a condição clínica da criança.

Estes dados são relevantes uma vez que é de competência do enfermeiro supervisionar o trabalho do técnico de enfermagem, especialmente porque o conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor é essencial, já que para poder tratar de modo acertado a dor é essencial que seja realizada uma avaliação dinâmica e apropriada que possibilite o diagnóstico correto, assim como também é fundamental a reavaliação da resposta da criança ao tratamento. A avaliação da dor deve ser constante, individualizada e documentada, de tal forma que todos os envolvidos no cuidado do paciente tenham um entendimento claro do problema. O manuseio ideal da dor exige uma avaliação completa, para que possam ser empregadas intervenções mais eficientes^{13,14}.

No Brasil, ainda não existe nenhuma escala validada para avaliar a dor dos pacientes pediátricos que apresentam algum prejuízo da cognição, coma induzido ou não. Para isso, utiliza-se o termo “critérios sugestivos de presença de dor em pacientes com limitações cognitivas graves”, em que a equipe de enfermagem avalia a dor pelas alterações nos parâmetros comportamentais e fisiológicos. Ao avaliar esses parâmetros, a equipe de enfermagem deve documentar em sua anotação e/ou evolução, porém, não deve colocar um escore de dor, uma vez que a criança não consegue se comunicar para informar a intensidade de sua dor¹⁵.

Em relação ao relato da equipe de enfermagem sobre a avaliação dos sentimentos frente ao cuidado à criança com dor, conclui-se que para o profissional da enfermagem a importância de bem avaliar a dor é atentar para os sentimentos de humanização, qualidade da assistência, possibilidades terapêuticas e sentimentos de percepção^{1,14}.

Neste estudo foram identificadas três categorias para relatar a importância de avaliar a dor na criança. Em relação à primeira categoria identificada, **humanização versus qualidade**, a enfermagem precisa saber quando ocorre a dor e como ela afeta o paciente pediátrico para poder ajudá-lo. Para isso, se faz necessário utilizar meios como o respeito pela individualidade do paciente, o estabelecimento de relação empática, o desejo de sentir o mundo desse indivíduo como se fosse nosso e, finalmente, ouvir e

questionar com perguntas simples, e diretas, no sentido de ajudar e compreender a sua dor¹. Esta categoria era composta por 7 sujeitos, com destaque para: “... *humanização da assistência, e a dor como quinto sinal vital também*”, ou “*Importante para causar, proporcionar conforto, aliviar também o estresse dos familiares das crianças né...*”, e “*Para mantê-la o mais confortável possível... não saber expressar diretamente o que ela está sentindo, então a gente tem que avaliar bem...*”.

Relativamente à segunda categoria identificada, **possibilidade terapêutica**, as estratégias físicas indicadas são o uso do toque, massagem e contato físico, aplicação de calor e frio, mudanças de posição, atividade ou exercícios. Para isso, é necessário que a equipe de enfermagem tenha bom conhecimento sobre a avaliação da dor, além da analgesia eficaz¹³. Composta por 7 sujeitos, com destaque para: “...*extremamente importante... aceitação da criança em relação ao tratamento...hoje em dia não precisa sentir dor em nada, não tem o porquê*”, ou “...*é importante para gente saber avaliar qual conduta que a gente vai aplicar para aquela criança de acordo com a idade e de acordo com que ela possa estar sentindo*”, e “*para um tratamento adequado*”.

No que diz respeito à terceira categoria identificada, **desenvolver a percepção** é essencial a avaliação para que possa ser oferecido o tratamento devido ao cliente. Ao utilizar a avaliação para identificar os problemas e intervenções prévias, a enfermeira ou o médico subsidiam a sua prática¹⁰. E para que o profissional de enfermagem possa avaliar a dor na criança com maior segurança e eficiência é fundamental o desenvolvimento da percepção. Composta por 4 sujeitos, mas com enfoque para: “...*então você utiliza algum instrumento para medir...quanta dor que ela pode estar...*”, e “...*a gente consegue visualizar só a gente vendo consegue perceber que a criança realmente está com dor*”.

Ao tentar aprofundar no sentimento do profissional frente a esta questão, percebe-se que os mesmos não conseguem transpor os seus sentimentos reais, pois a maioria relata que ao ver a criança com dor, a assistência prestada ao cliente pediátrico passa a se tornar mais difícil devido à dificuldade do inter-relacionamento entre a equipe de enfermagem, a criança e a família, além do sentimento de impotência, identificação e a comparação com seus próprios filhos^{1,14}.

No estudo também foram identificadas três categorias relativas à experiência de lidar com a dor. Em relação à primeira categoria identificada, **enfrentamento versus impotência**, a avaliação do profissional de enfermagem em relação à dor da criança é desencadeada pela sensi-



bilidade, pois revive a própria experiência dolorosa ou de seu filho. Ao considerar estas vivências o enfermeiro se envolve com o cuidado à dor, porque não deseja que o outro sofra, passa a valorizar a situação vivenciada pela criança e sua família. Esta interação possibilita a construção de um relacionamento mais vinculado. O profissional poderá ter a sensação de que nenhuma ação poderá resultar em mudanças^{1,14}. Composta por 7 sujeitos, merecendo destaque: “É ruim, muito ruim, é chato... é horrível porque é como se fosse um filho meu ou eu senti a dor e não poder fazer nada, porque a gente pode medicar e nem sempre tem sinal positivo, mas é gostoso voltar e ver que a dor passou e isso é muito interessante”, ou “...para mim é bem difícil...eu sou pai, as vezes eu me coloco no lugar dos pais...”.

Relativamente à segunda categoria identificada, **racionalização versus medicação**, o uso de medicamentos é uma intervenção comum e empregada amplamente para o alívio da dor. O tratamento medicamentoso deve ser baseado em doses adequadas ao peso corpóreo, maturação, desenvolvimento fisiológico e condição clínica e sua importância se acentua quando considera que a adequada analgesia minimiza as alterações fisiológicas e neuroendócrinas resultante da dor⁸. Observa-se através das falas que a possibilidade terapêutica mobiliza mecanismos inconscientes como o da racionalização. Foram identificados 4 sujeitos, sendo destacados: “Isso faz parte do meu trabalho ...tanto com a medicação ou quanto com os outros itens para lidar com a dor, para mim é importante”, e “É bastante complicado eu acho porque quando a criança não fala fica mais difícil... ansiedade dos pais...se a criança está com dor a gente faz medicação... tranquilizando a família toda também”, e “Para mim é tranquilo, sanando a dor da criança eu fico tranquila...é faz parte do tratamento sanar a dor, do procedimento ou enfim do que ela estiver sentindo”, ou “É difícil, eu detesto ver criança sofrendo, sentindo dor, mas a gente faz o possível para evitar que ela sinta de todas as formas”.

Quanta à terceira categoria identificada, **comunicação com familiares e criança**, o tratamento da dor no cliente pediátrico é um processo interativo que envolve profissionais da saúde, pais e crianças. Ao cuidar da família, deve-se levar em conta que para um pai, ver seu filho sentindo dor já é um evento estressante. A confiança e as informações dadas pelo profissional da saúde ajudam a diminuir esse estresse. Ao identificar o plano terapêutico, considere os pais juntamente com a criança. O tratamento bem-sucedido da dor depende muito de uma interação efetiva entre o profissional da saúde, pais e crianças¹³. Identificaram-se 8 sujeitos, merecendo destaque: “É di-

ficil,...muitas vezes a dor dela aumenta de acordo também com a família, porque se a família é muito ansiosa... tem muita coisa que interfere na dor da criança, enfim é bem difícil, é bem mais difícil com a criança”, e “Acho que é mais difícil lidar com os pais...a gente medica de horário, intercalando medicamento com outro, né, desde que isso esteja em prescrição médica, né, caso contrário a gente espera a criança referir dor”.

Devem-se levar em consideração todos os aspectos que podem afetar a resposta da criança à dor, como ansiedade, uso de analgésicos, o seu significado para a criança, normas culturais, observação de outras crianças com dor, duração do quadro doloroso, dores anteriormente sentidas, cansaço, grau de ansiedade dos pais, comportamentos aprendidos, presença de profissionais de saúde, explicações anteriores sobre a dor, utilização de estratégias psicológicas para diminuir a queixa algica, nível de desenvolvimento cognitivo, limiar de dor, gravidade da doença ou lesão física e o comportamento familiar aprendido^{8,16}.

As escalas deverão ser aplicadas de acordo com a faixa etária e condição clínica, por profissionais conscientes que as crianças sentem dor, e que tenham atitude empática reconhecendo e trabalhando o seu sentimento de maneira que não interfira na assistência prestada ao seu cliente, além de explorar todas as possibilidades terapêuticas para que a criança não sinta dor^{1,14}.

Portanto a criança internada necessita de uma assistência de qualidade e humanizada, assim sendo é imprescindível que a equipe de enfermagem esteja atuando ativamente neste cuidado, tanto para a criança quanto para os familiares, mas para isso é necessário ter conhecimento da importância de avaliar adequadamente a dor, devendo o profissional da equipe de enfermagem conhecer as escalas que deverão ser aplicadas de acordo com a faixa etária e condição clínica do pequeno paciente.

CONCLUSÃO

A maioria dos enfermeiros e técnicos de enfermagem que participou deste estudo não conhece todos os instrumentos disponíveis para avaliar a dor em crianças internadas e entre os sentimentos ao avaliar esses pacientes, destacaram a importância de avaliar a dor, a humanização, as possibilidades terapêuticas e a necessidade de desenvolver a percepção, e em relação à sua experiência ao lidar com a dor na criança internada destacaram a importância, a racionalização do uso da medicação analgésica e a importância da comunicação com os familiares e com a criança.



REFERÊNCIAS

1. Rigotti MA, Ferreira AM. Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Cienc Saúde*, 2005;12:50-54.
2. Barbosa SMM. Temas atuais em opióides. Uso de opióides em pediatria [apostilado]. São Paulo: Cristália; 2006.
3. Torritesi P, Vendrusculo DM. Pain in children with cancer: models of evaluation. *Rev Lat Am Enfermagem*. 1998;6:49-55.
4. Silva YP, Silva JF, Costa LP, et al. Avaliação da dor na criança. *Rev Med Minas Gerais*. 2004;14:(Suppl3):592-596.
5. Sousa FA. Pain: the fifth vital sign. *Rev Lat Am Enfermagem*, 2002;10:446-447.
6. Amorim Filho BD. Dor na criança e no idoso: tratamento cirúrgico. In: 8º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 2007; São Paulo. Anais. São Paulo: SIMBIDOR; 2007;100-102.
7. Posso IP, Pires PWA, Birolini D et al. Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Divisão Clínica III. Divisão de Anestesia. A dor como 5º sinal vital. Controle da dor aguda no pós-operatório. São Paulo: Cristália; 2006; 56.
8. Bueno M. Pós-operatório no recém-nascido: avaliação e controle da dor. In: 8º Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor; 2007; São Paulo. Anais. São Paulo: SIMBIDOR, 2007;70-72.
9. Guinsburg R. A linguagem da dor no recém-nascido. *Diagn Tratamento*. 1996;1:37-44.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA; 2001;20.
11. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor na criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva. *Pediatria (São Paulo)*. 2006;28:251-261.
12. Bardin, L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1994.
13. Brown L, Forest L. Manejo da dor 1. Aspectos gerais da fisiologia, da avaliação e do tratamento [apostilado]. São Paulo: Associação Médica Americana, 2006;4-11.
14. Kazanowski MK, Laccetti MS. Dor na Criança. Kazanowski MK, Lacetti MS. In: *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005;151-163.
15. Hospital Israelita Albert Einstein. Avaliação e monitorização da dor [protocolo institucional]. [criado em 2006 Fev 6; atualizado em 20060206; responsável Cláudia Regina Laselva].
16. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, et al. Pain evaluation in neonatology. *Rev Bras Anesthesiol*, 2007;57:565-574

Apresentado em 19 de novembro de 2009.
Aceito para publicação 10 de fevereiro de 2010.

