
ARTIGO DE PESQUISA

DOR COMO 5º SINAL VITAL: AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO EM UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Pain as the 5th Vital Sign: Assessment and Reassessment in a Pediatric Oncology Unit

Dolor como el 5º signo vital: Evaluación y Reevaluación en una Unidad de Oncología Pediátrica

Laryssa Marinna Madeira de Andrade¹, Rinaldo de Souza Neves²

Resumo

A pesquisa teve como objetivos realizar avaliação e reavaliação correta e criteriosa da dor, verificar as manifestações físicas e psicológicas e identificar os diagnósticos de enfermagem associados em crianças e adolescentes. Trata-se de um estudo de caso. Os resultados apresentados na pesquisa mostraram que a dor da criança pode ser corretamente avaliada, apesar do desconforto e dos problemas que a dor pode provocar. A avaliação da dor evidencia a percepção das crianças e adolescentes sobre o desconforto físico e psicológico da experiência dolorosa e da eficácia da analgesia prescrita. Evidenciou-se que a avaliação e a reavaliação da dor são importantes no cuidado da criança e do adolescente com câncer. Apesar das dificuldades encontradas percebeu-se que a avaliação da dor é possível, sendo necessária a escolha de métodos que possam adaptar-se à idade da criança que está sendo acompanhada.

Descritores: Avaliação da dor; Enfermagem Pediátrica; Processos de Enfermagem

Abstract

The research aimed to perform evaluation and correct and careful reassessment of pain, check the physical and psychological manifestations and identify nursing diagnoses associated with children and adolescents. It's a case study. The results presented in the study show that the child's pain can be properly assessed despite the discomfort and pain can cause. Pain assessment shows the perception of children and teenagers about the physical and psychological discomfort of painful experience and effectiveness of prescribed analgesia. It has been shown that pain assessment and reassessment are important in the care of children and adolescents with cancer. Despite the difficulties encountered was realized that evaluation is possible, necessitating the choice of methods that may suit the age of the child being monitored.

Keywords: Pain Measurement; Pediatric Nursing; Nursing Process

Resumen

La investigación tuvo como objetivo realizar una evaluación y reevaluación del dolor correcta y cuidadosa, compruebe las manifestaciones físicas y psicológicas e identificar los diagnósticos de enfermería relacionados en niños y adolescentes. Se trata de un estudio de caso. Los resultados presentados en la encuesta muestran que el dolor del niño puede ser evaluado correctamente a pesar de la incomodidad y el dolor puede causar. La evaluación del dolor se muestra la percepción de los niños y adolescentes sobre el malestar físico y psicológico de la experiencia y la eficacia de la analgesia prescrita doloroso. Era evidente que la evaluación y la reevaluación del dolor son importantes en el cuidado de los niños y adolescentes con cáncer. A pesar de las dificultades encontradas se dio cuenta de que la evaluación del dolor es posible y necesaria para elegir los métodos que se adapten a la edad del niño que está siendo monitoreada.

Descriptores: Dimensión del Dolor; Enfermería Pediátrica; Procesos de Enfermería

¹ Pós-Graduada em Farmacologia pela Universidade Católica Dom Bosco - UCDB, Campo Grande (MS), Brasil. e-mail: marinna.andrade@gmail.com

² Doutor em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola Superior de Ciências da Saúde - ESCS, Brasília (DF), Brasil.

INTRODUÇÃO

O câncer infantojuvenil é considerado raro, quando comparado aos tumores que afetam adultos, e apresenta particularidades, fazendo que seja estudado separadamente das demais neoplasias. Geralmente, os tumores apresentam diferenças nos locais primários, nas origens histológicas, nos comportamentos clínicos e não possuem fatores de risco bem determinados já descritos na literatura, como associados na população adulta. Apresentam menores períodos de latência; em geral, crescem rapidamente e são mais invasivos; porém respondem melhor ao tratamento e são considerados de bom prognóstico⁽¹⁾.

Crianças e adolescentes com câncer referem dor relacionada à sua doença ou ao seu tratamento e mais de 70% delas, em algum momento, apresentam dor severa. Embora exista a preocupação com o alívio da dor, ela frequentemente não é reconhecida ou, quando reconhecida, pode ser tratada de modo inadequado, mesmo com recursos suficientes disponíveis⁽²⁾.

Em crianças com câncer, a dor pode ocorrer por diversos fatores: pelo próprio tumor, pelo tratamento antineoplásico, pelos procedimentos terapêuticos, além de fatores incidentais como traumatismo e dores comuns à infância⁽²⁾. O sofrimento pode ser cada vez maior, pois o estresse pode levar ao aumento da dor, assim tornando essa experiência um ciclo vicioso⁽³⁾.

A dor é definida como uma experiência emocional e sensorial desagradável associada a uma lesão tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão⁽⁴⁾, embora esse conceito não aborde alguns aspectos inerentes à faixa de idade infantojuvenil. A dor também pode ser definida como aquilo que a pessoa que sente diz que é, e existe sempre que a pessoa assim disser⁽⁴⁾, mostrando que devemos acreditar na dor que o paciente refere, independente de sua etiologia.

Desta forma, cabe ao profissional de saúde e sobretudo, à equipe de enfermagem avaliar e reavaliar a dor que a criança ou adolescente refere, pois, a queixa de dor é sempre um sinal de cuidado.

Para o tratamento da dor é necessário que os profissionais de saúde a considerem-na com um sinal vital importante que deve ser avaliado e reavaliado de

forma correta e contínua, em especial, em crianças e adolescentes, visando, à integralidade do cuidado. Sendo assim, foi denominada como 5º Sinal Vital com bases nas diretrizes estabelecidas pela Sociedade Americana de Dor (APS)⁽⁵⁾. Sua avaliação deve incluir intensidade, duração, características físicas, ritmo, fatores desencadeantes. O paciente e seu cuidador precisam ser estimulados a relatar qualquer alteração no padrão da dor.

A avaliação deve ser realizada por meio de instrumentos apropriados à fase de desenvolvimento cognitivo e comportamental da criança em sua condição clínica, da mesma, sendo o autorrelato a forma mais confiável de mensurar a dor⁽⁶⁻⁷⁾.

A Escala de Faces é um instrumento de mensuração da dor adaptado à realidade brasileira, com personagens populares entre as crianças e adolescentes que facilitam a abordagem do tema: a Mônica e o Cebolinha. *Maurício de Sousa* também ilustrou outro instrumento desenvolvido para avaliar a dor, os Cartões das Qualidades da Dor trata-se de um instrumento instrumento multidimensional de avaliação da qualidade da dor⁽⁸⁾, que permite que o avaliado indique o que está sentindo, proporcionando melhor sua compreensão. A localização pode ser indicada por meio do Diagrama corporal, um desenho do corpo com as características sexuais, faciais e étnicas não desenhadas⁽⁹⁾.

A equipe de Enfermagem é quem demanda mais tempo em contato com o paciente, por isso vem sendo apontada como principal avaliadora da dor e principal responsável em seu manejo, sendo capaz de proporcionar alívio do sofrimento e melhora da qualidade de vida⁽¹⁰⁾. O enfermeiro tem como centro do trabalho o processo de cuidado, exigindo dele conhecimento, percepção e observação que levam ao desenvolvimento de habilidades, ações de cuidados e levantamento de diagnósticos. O processo diagnóstico da dor e suas alterações pode ser orientado pela Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB's) de Wanda Horta.

Com base no exposto, questiona-se a importância de avaliar e reavaliar a dor. O objetivo da pesquisa foi realizar avaliação e reavaliação correta e criteriosa da dor, verificar as manifestações físicas e psicológicas e identificar os diagnósticos de enfermagem associados à queixa algica

da criança e do adolescente com câncer.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso. Esse tipo de estudo utiliza estratégias qualitativas e quantitativas para analisar o contexto, as relações e percepções a respeito da situação, buscando apreender e descrever a complexidade de circunstâncias em comum⁽¹¹⁾, foi desenvolvido na Unidade de Onco-Hematologia Pediátrica do Hospital de Base do Distrito Federal (HBDF).

A Unidade é composta por 14 enfermarias e 52 leitos, divididas entre clínicas de especialidades pediátricas e cirurgia pediátrica. É composta por duas enfermarias de quatro leitos cada, onde são internadas em média 26 crianças e adolescentes a cada mês, com idades entre 0 e 18 anos, para tratamento de intercorrências relacionadas ao tratamento das neoplasias e cuidados paliativos. Também são atendidas crianças em processo de investigação de câncer e tratamento da doença. O tempo médio de internação é de 4 dias, variando em tempo menor que 24 horas a 30 dias.

O estudo seguiu as recomendações constantes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A coleta dos dados foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação de Ensino em Ciências da Saúde (FEPECS) sob o parecer nº109/2012.

Foram acompanhadas 14 crianças e adolescentes na faixa etária de 3 a 14 anos, internadas no período entre julho e setembro de 2012, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de Câncer, estar na faixa etária de 3 a 14 anos, correspondente às faixas pré-escolares, escolar ou adolescente; estar apresentando queixa de dor no momento da coleta de dados, ser capaz de comunicar-se de forma clara; estar na presença de um responsável e aceitar participar da pesquisa.

Os dados foram obtidos por meio de exame físico e sinais vitais, da entrevista, do roteiro de observação e complementados com os dados disponíveis no Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no sistema *TrakCare*. Os responsáveis pelas crianças e adolescentes foram orientados sobre a pesquisa, que seus nomes não seriam divulgados e assinaram o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE).

O roteiro de entrevista da criança e adolescente foi construído com os dados de identificação (gênero e idade), diagnóstico médico, histórico atual, queixas, motivos da internação, sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiratória) e avaliação da dor (intensidade, qualidade, localização, motivo da dor, periodicidade e tempo de queixa). O roteiro de observação incluiu dados de manifestações físicas e psicológicas da dor.

A primeira avaliação ocorreu no momento da queixa álgica, e a reavaliação, aproximadamente 2 horas depois da primeira avaliação. O preenchimento do roteiro de entrevista/observação aconteceu mediante as respostas das crianças e adolescentes e após aferição dos sinais vitais e observação do comportamento. As perguntas foram conduzidas em voz alta e em caso de dúvida a pergunta foram repetidas.

A *Escala de Faces*⁽³⁾ foi utilizada para avaliar a intensidade da dor da criança/adolescente. Trata-se de duas escalas elaboradas com sequências de dois personagens (o personagem masculino Cebolinha e a personagem feminina Mônica) ilustrados com expressões faciais que vão de “sem dor” até “dor insuportável”. Cada Face representa um código alfanumérico: 0 = sem dor; 1 = dor leve; 2 = dor moderada; 3 = dor forte; 4 = dor insuportável. A criança foi motivada a indicar a intensidade da dor baseada na pergunta: “Quanto está doendo agora?”.

A qualidade da dor foi caracterizada avaliada por meio dos *Cartões das Qualidades da Dor*⁽¹²⁾, um instrumento multidimensional representado por 18 descritores subdividido em quatro componentes: Sensorial, Afetivo, Avaliativo e Miscelânea.

Para a localização da dor foi utilizado o *Diagrama Corporal*⁽¹⁰⁾, que representa a frente e as costas de um ser humano, com indicação dos lados direito e esquerdo, onde a criança apontou e pintou o local da dor. Ainda admitiu-se que a criança ou adolescente identificasse o local da dor no próprio corpo.

Foram também observados mediante, os Indicadores Comportamentais da Dor⁽¹³⁾ da criança e adolescente mediante a queixa e as alterações nas atividades de vida diária. Com base nesses dados foram

estabelecidas as Necessidades Humanas Básicas (NHBS) afetadas pela dor, e os Diagnósticos de Enfermagem pautados na taxonomia da *North American Nursing Diagnoses Association*⁽¹⁴⁾ (NANDA).

Após a aplicação da medida analgésica prescrita (medicamentosa ou não medicamentosa) o processo de avaliação da dor foi retomado a fim de reconhecer a efetividade do método analgésico empregado para o caso. As crianças e adolescentes que não receberam analgésicos também foram reavaliadas.

Os dados foram tabulados pelo do *Google Docs*[®] por meio de um formulário criado com base no instrumento de coleta de dados. Os resultados foram organizados em tabelas com porcentagem e número absoluto. A análise foi realizada pelo método estatístico simples com o objetivo de quantificar os dados relativos às respostas e observação da pesquisadora.

RESULTADOS

Foram acompanhadas 14 crianças e adolescentes com diagnóstico de neoplasia na Unidade de Onco-hematologia Pediátrica do HBDF. As dificuldades encontradas na unidade para acompanhamento dos participantes foram a não aceitação dos pais, das crianças e dos adolescentes em contribuir com a pesquisa, recusa em participar da segunda parte do estudo (reavaliação da dor) e número significativo de reinternações.

A caracterização da amostra é apresentada nos dados da Tabela 1. Alguns sujeitos do estudo apresentaram mais de um fator que motivou a internação hospitalar.

Na Tabela 1, observa-se o predomínio de crianças do gênero feminino. A média de idade foi de 8 anos, e a faixa de idade escolar obteve maior prevalência (57,1%) nas entrevistas. Os diagnósticos foram variados, sendo mais frequente a Leucemia (57,2%) dentre as demais patologias identificadas. A dor (57,1%) e a neutropenia febril (42,9%) foram os motivos de internação mais comuns.

Os resultados informados no item “motivo de internação” apontam a característica da clínica: as crianças e adolescentes entrevistadas não foram internadas por conta do tratamento neoplásico, ou seja, a causa da internação estava relacionada a uma intercorrência oncológica.

Tabela 1 – Caracterização das crianças e adolescentes avaliadas. Brasília, jul/set, 2012

	n	%
Gênero		
Feminino	12	85,8
Masculino	2	14,2
Faixa Etária		
Escolar	8	57,1
Pré-Escolar	4	28,6
Adolescente	2	14,3
Diagnóstico		
Leucemias	8	57,2
Linfomas	2	14,3
Osteossarcomas	2	14,3
Meduloblastomas	1	7,1
Tumor de Wilms	1	7,1
Motivo de Internação		
Dor	8	57,1
Neutropenia Febril	6	42,9
Febre não especificada	2	14,3
Plaquetopenia	2	14,3
Mucosite	2	14,3
Constipação	1	7,1
Vômitos	1	7,1

Os dados da tabela 2 apresenta o índice de crianças e adolescentes que responderam à avaliação da dor.

Tabela 2 – Distribuição da avaliação da dor entre crianças e adolescentes. Brasília, jul-set, de 2012.

	3 – 5 anos		6 – 11 anos		12 – 14 anos	
	n	%	n	%	n	%
Intensidade da dor						
Mensurada	2	50	7	87,5	2	100
Não Mensurada	2	50	1	12,5	-	-
Total	4	100	8	100	2	100
Qualidade da dor						
Identificada	-	-	7	87,5	1	50
Não identificada	4	100	1	12,5	1	50
Total	4	100	8	100	2	100
Localização da dor						
No Diagrama	3	75	7	87,5	1	50
Próprio corpo	-	-	1	12,5	1	50
Não respondeu	1	25	-	-	-	-
Total	4	100	8	100	2	100

As crianças na faixa etária pré-escolar (3-5 anos) apresentaram dificuldades em avaliar completamente a dor, pois a intensidade não foi apontada por duas (50%) das quatro crianças, a qualidade não foi identificada nas figuras do Diagrama Corporal⁽¹⁰⁾ por nenhuma delas e a localização foi marcada por três (75%) crianças.

Esse achado mostra que as crianças pré-escolares

têm maior facilidade em localizar o ponto da dor e dificuldade de qualificar a dor, sobretudo sua qualidade e intensidade. Neste sentido é necessário utilizar instrumentos de avaliação da dor com foco na localização da dor para as crianças pré-escolares.

A dor foi satisfatoriamente avaliada pelas crianças na faixa etária escolar (6-11 anos), pois a maioria (87%) apresentou resposta sobre a dor, sendo ela mensurada e qualificada por sete (87,5%) escolares e localizada no diagrama ou no próprio corpo por todos os participantes da pesquisa. Percebeu-se que as crianças escolares (87,5%) tiveram maior facilidade de localizar a dor no diagrama, seguido dos adolescentes e pré-escolares.

Os adolescentes (12-14 anos) conseguiram avaliar a dor, já que todos apontaram sua intensidade e localização, embora uma (50%) tenha apresentado dificuldades em identificar a qualidade em razão de sua condição de saúde.

Das crianças que não informaram a intensidade da dor, uma criança em idade escolar (6-11 anos) era deficiente visual e utilizou o termo “*dói muito*” para caracterizar a intensidade dolorosa. Duas crianças mostraram irritabilidade durante a mensuração. A falta de resposta à avaliação da dor também pôde ser associada à idade, já que metade das crianças em idade pré-escolar (3-5 anos) não quantificou a dor e nenhuma delas conseguiu qualificar a dor por meio dos *Cartões das Qualidades da Dor*⁽¹²⁾.

A localização da dor foi identificada por 13 (92,9%) crianças e adolescentes, e duas apontaram o local da dor no próprio corpo e 11 (78,6%) utilizaram o *Diagrama Corporal*⁽¹⁰⁾ para localizar a dor.

Desta forma, percebeu-se que o *Diagrama Corporal*⁽¹⁰⁾ foi um instrumento eficaz para avaliação da dor entre crianças e adolescentes.

Os *Cartões das Qualidades da Dor*⁽¹²⁾ identificados pelas crianças e adolescentes são apresentados nos dados da Tabela 3.

Ao todo foram identificados 13 cartões. Oito crianças e adolescentes conseguiram qualificar a dor pelos cartões, e os cartões *queimação*, *dolorida*, *atormenta*, *forte* e *em aperto* foram os mais identificados. Vale ressaltar que as crianças atribuíram mais de uma qualidade da dor que estavam sentindo.

Esse achado revela que entre crianças e adolescentes

há uma subjetividade muito grande em relação a avaliação da qualidade da dor. Percebeu-se uma distribuição de atributos pouco significativa para qualificar a dor em todos os componentes dos *Cartões de Qualidade da Dor*⁽¹²⁾.

Tabela 3 - Cartões das qualidades da dor (identificados pelas crianças e adolescentes. Brasília Jul. Set, 2012

Qualidade da Dor		
	n	%
Componentes Sensoriais		
Queimação	2	25
Fisgada	1	12,5
Dolorida	3	37,5
Repuxa	1	12,5
Agulhada	1	12,5
Latejante	1	12,5
Componentes Afetivos		
Apavorante	1	12,5
Enjoada	1	12,5
Atormenta	2	25
Componente Avaliativo		
Forte	2	25
Componente Miscelânea		
Em Aperto	2	25
Aborrecida	1	12,5
Espalha	1	12,5

A intensidade da dor mensurada por meio da *Escala de Faces*⁽³⁾ no momento da queixa e aproximadamente 2 horas após a primeira avaliação e descrita nos dados da Tabela 4.

Tabela 4 – Mensuração da intensidade da dor por meio da escala de faces no momento da queixa e após a analgesia. Brasília, jul-set, de 2012.

Intensidade	No momento da queixa		Após 2 horas	
	n	%	n	%
0 - sem dor	-	-	4	28,6
1 - dor leve	-	-	3	21,4
2 - dor moderada	1	7,2	2	14,4
3 - dor intensa	3	21,4	1	7,1
4 - dor insuportável	7	50	1	7,1
Sem resposta	3	21,4	3	21,4
Total	14	100	14	100

Nove (64,2%) crianças e adolescentes não souberam apontar o motivo da dor e todas tinham idades entre 3 e 11 anos. Três (21,4%) associaram a dor à realização de procedimentos invasivos, e em duas a dor foi causada por punção venosa. As adolescentes souberam

identificar a causa da dor.

Das crianças e adolescentes acompanhados, seis (42,8%) referiram que a queixa algica teve início há 2 dias ou menos. Sobre a periodicidade da dor, sete (50%) entrevistados afirmaram que a dor era contínua, ou seja, alegaram que a dor era ininterrupta, alterando somente a intensidade. Duas (14,3%) associaram o início da dor ao término do efeito da medicação analgésica e três (21,4%) alegaram que o início estava associado à alimentação.

Os resultados apontam para a importância da reavaliação da dor após a queixa algica, uma vez que a dor pode apresentar periodicidade contínua, mesmo depois de uma conduta terapêutica.

Durante a reavaliação sete (50%) crianças e adolescentes apontaram que ainda estavam apresentando dor, sendo esta variando entre dor leve e dor moderada. Dos participantes que queixaram “*dor insuportável*”, ilustrada pela última figura da escala, três (21,4%) ainda mencionaram dor após a reavaliação, e a intensidade da dor permaneceu inalterada em uma criança.

A frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial, além da observação da presença da sudorese foram também avaliadas. Os sinais vitais estavam alterados em cinco (35,7%) crianças e adolescentes acompanhados, mas voltaram aos valores normais após a reavaliação. Uma criança apresentou também sudorese. Este achado revela a importância da avaliação dos sinais vitais durante a queixa de dor em crianças e adolescentes.

Das crianças avaliadas, nove (64,3%) receberam a medicação após a queixa de dor e cinco (35,7%) não receberam os analgésicos prescritos. Uma (7,1%) criança relatou melhora da dor mesmo sem analgesia enquanto quatro (28,6%) afirmaram que ainda sentiam dor. A melhora foi apresentada por duas (14,3%) crianças que receberam analgésicos e seis (42,8%) crianças continuaram apresentando dor.

Com relação aos medicamentos, 11 (78,6%) crianças e adolescentes receberam prescrições com uma medicação analgésica, sendo esta um Anti-inflamatório não esteroide (AINE) com indicação de uso “SOS”, três (21,4%) crianças receberam prescrições com combinações de analgésicos e apenas duas (14,3%) com indicação de seu uso em horários definidos. Apenas uma criança estava

em uso de método não farmacológico de analgesia, a termoterapia.

Na análise dos prontuários, não foram encontradas descrições sobre a avaliação da dor realizada por enfermeiros da unidade. Apenas foram identificadas anotações dos Auxiliares de Enfermagem nos prontuários. As descrições registradas pelos médicos somente apontavam a presença ou ausência de dor e sua localização no momento da avaliação, que muitas vezes, aconteciam durante o período matutino.

Neste sentido, torna-se necessária a utilização de instrumentos de avaliação da dor por parte dos profissionais de enfermagem para oferecer suporte nos registros, assim como também contribuir na comunicação com outros profissionais de saúde sobre as alterações do quadro algico em crianças e adolescentes.

A dor também pôde ser identificada por comportamentos característicos do sintoma, pois foi observada irritabilidade em 11 (78,6%) crianças acompanhadas, sendo em seis (75%) crianças em idade escolar e em um adolescente. Os comportamentos característicos de choro e a expressão facial foram observados em seis (75%) das crianças acompanhadas em faixa escolar, o distúrbio do sono foi relatado por quatro crianças (50%) e a redução do lazer observada em cinco (35,7%) crianças. A redução do apetite foi o indicador com maior representatividade, observado e relatado por 13 (92,85%) entrevistados de todas as faixas etárias.

Considerando as NHBs alteradas da amostra dos participantes do estudo, percebeu-se que o sinal de dor foi caracterizado por anorexia, irritabilidade, choro, expressão facial e o distúrbio do sono.

Os dados da Tabela 4 contém informações sobre as NHBs afetadas pela dor e os Diagnósticos de Enfermagem.

As NHB afetadas pela dor, muitas delas subsidiadas pelos comportamentos indicadores de dor, auxiliaram o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem. A necessidade de percepção dolorosa foi identificada em todos os participantes do estudo, a necessidade de alimentação foi afetada em 13 (92,9%) crianças e adolescentes, seguidas pelas necessidades de recreação, afetada em nove (64,3%), a necessidade de mecânica corporal/locomoção/exercício e atividade em oito (57,1%)

e as necessidades de comunicação e sono e repouso, comprometidas em seis (42,9%) sujeitos.

Tabela 5 – Distribuição das Necessidades Humanas Básicas alteradas pela dor e Diagnósticos de Enfermagem. Brasília, jul-set, 2012

Necessidades Humanas Básicas	n	%
Percepção Dolorosa	14	100
Alimentação	13	92,9
Recreação	9	64,3
Mecânica Corporal/Locomoção/Exercício e Atividade	8	57,1
Sono e Repouso	6	42,9
Comunicação	6	42,9
Integridade Cutâneo-Mucosa	4	28,6
Eliminação	1	7,1
Diagnósticos de Enfermagem da NANDA		
Dor Aguda percepção	14	100
Conforto Prejudicado	14	100
Nutrição desequilibrada: Menos que as necessidades corporais	13	92,9
Padrão de Sono prejudicado	6	42,9
Mobilidade Física Prejudicada	6	42,9
Comunicação Verbal Prejudicada	6	42,9

A necessidade de integridade cutaneomucosa foi identificada, sobretudo pela presença de lesões na mucosa oral, e duas crianças acompanhadas apresentaram lesões que causaram dor.

DISCUSSÃO

A dor na criança ainda é cercada de mitos que inviabilizam ou desacreditam sua avaliação e podem impedir o correto tratamento. As crenças de que as crianças não sentem dor como os adultos e que a queixa não pode ser corretamente mensurada tem grande impacto no correto manejo do sintoma. Há também os receios quanto ao uso de medicações opioides, pelo risco de depressão respiratória, adição e dependência⁽¹⁵⁾. Embora esses mitos já tenham provas contrárias, eles ainda permanecem no meio hospitalar.

O controle da dor pode ser iniciado após a identificação da queixa, por vezes notado com base na descrição de sua ausência ou presença, mas para obtenção dos parâmetros de avaliação da eficácia da medida analgésica utilizada e planejamento de manobras de alívio, é necessária uma avaliação completa⁽¹⁵⁾.

Os resultados apresentados na pesquisa mostraram que a dor da criança pode ser corretamente avaliada

apesar do desconforto e dos problemas que a dor traz. Sua avaliação evidencia a percepção das crianças e adolescentes sobre o desconforto físico e psicológico da experiência dolorosa e a eficácia da analgesia prescrita, por isso ela deve ser tratada como a primeira medida a ser tomada para um tratamento eficaz, pois o estresse causado por ela pode atrasar o processo de tratamento, a recuperação e cura do paciente, e levar a um aumento da dor e do desconforto⁽¹⁶⁾.

Uma particularidade que pôde ser observada foi em relação à faixa etária pré-escolar, em que se notou um maior número de respostas imprecisas, dificuldade de associação quanto ao uso da *Escala de Faces*⁽³⁾ e dos *Cartões das Qualidades da Dor*⁽¹²⁾. O comportamento motivado pela dor também foi um ponto que inviabilizou a avaliação por meio dos métodos propostos pelo estudo. As crianças acompanhadas permaneceram quietas e em alguns casos recusaram-se a utilizar a escala. Isso ocorre, pois crianças em idade pré-escolar tendem a ficar prostradas, hipoativas e sonolentas quando acometidas por um quadro de dor⁽¹⁷⁾.

Ainda que a dor não tenha sido completamente avaliada pelas crianças em idade pré-escolar, a localização por meio do diagrama corporal foi bem aceita, sendo utilizada por três das quatro crianças acompanhadas. No estudo, pôde-se observar que a presença da dor pode também ser identificada por meio de investigação de sua localização. Para a faixa etária pré-escolar, devem-se adotar outros métodos de avaliação da dor como a análise comportamental, os métodos lúdicos, jogos, desenhos ou brincadeiras, pois assim a criança poderá contar o que realmente sente⁽⁸⁾.

A quantidade de adolescentes avaliados não contribuiu para a avaliação correta e criteriosa da dor por meio do uso da escala e cartões, já que apenas uma adolescente realizou a avaliação completamente. Na indicação da localização da dor percebe-se, que houve uma precisão maior do ponto doloroso.

Diferentemente das crianças em idade pré-escolar e escolar, os adolescentes apresentaram a tendência de incluir fatores psicológicos e emocionais em suas experiências dolorosas⁽¹⁸⁾, que dificultaram ou inviabilizaram sua completa avaliação.

O uso dos cartões de qualidade para avaliação da dor

ainda merece maior atenção e estudo, visto que o emprego deles não colaborou para a avaliação qualitativa da dor. Muitas crianças mostraram dificuldades em identificar todas as figuras, pois elas não apresentavam a legenda. Dos 12 cartões identificados pelas crianças na pesquisa, quatro não haviam sido reconhecidos corretamente no estudo de validação do instrumento⁽¹⁹⁾. Os cartões *dolorida* e *latejante* haviam sido identificados apenas por pré-escolares e escolares, na pesquisa também foram identificados por uma adolescente. O cartão *aborrecida* foi reconhecido por uma criança em idade escolar, embora não tenha sido reconhecido por nenhuma criança anteriormente.

A estimulação causada pela dor leva a alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca. Embora não sejam específicos, esses parâmetros podem ser utilizados juntamente com outras medidas de avaliação, como a observação do comportamento da criança e do adolescente. No estudo, algumas crianças apresentaram discretas alterações na pressão, na frequência cardíaca e respiratória, que retornaram à normalidade após a reavaliação, mesmo nas crianças sem queixas de dor. Essa alteração não estava presente em todas as crianças com a queixa, pois mecanismos homeostáticos opõem-se a essas mudanças e reduzem esses valores com o passar do tempo⁽⁸⁾, levando ao reestabelecimento dos valores normais dos sinais vitais.

A ausência de registros sobre a quantidade e qualidade da dor podem dificultar seu tratamento. Desta forma, a evolução de enfermagem deve conter em seu registro a hora, a duração e o tipo de dor para fornecer informações que possam auxiliar a decisão clínica do enfermeiro e de outros profissionais.

Identificou-se um grande número de prescrições com medicações analgésicas com indicação SOS em crianças com queixa de dor por mais de 2 dias sendo que estas medicações não foram administradas no momento da queixa dolorosa. Sabe-se que a forma mais efetiva de manejo da dor é a analgesia preventiva, cujas as medicações devem ser administradas antes que o estímulo doloroso nociceptivo tenha iniciado, isto é, em horários definidos, respeitando as dosagens prescritas, pois, um analgésico pode ser melhor aproveitado se utilizado em combinação racional com outros analgésicos e com

medidas não farmacológicas, mas vale ressaltar que essas medidas não devem ser utilizadas em substituição aos métodos farmacológicos^(20, 4).

A introdução de práticas complementares no tratamento da dor, medidas não farmacológicas têm crescido, uma vez que a utilização de um único método terapêutico tem sido apontado como insuficiente no controle das queixas algícas⁽¹⁶⁾, além de ter eficácia comprovada como tratamento adjuvante.

A punção venosa apareceu como o procedimento realizado que causou dor nas crianças sendo sua percepção revelada baseada na indicação de “*dor insuportável*”. Esse procedimento pode causar medo, dependendo da história prévia da criança, Desta forma, considera-se que a correta abordagem do procedimento de punção venosa com a antecipação da duração e intensidade da dor seja a melhor forma de evitar ou diminuir a sensação dolorosa provocada pelo procedimento. A presença dos pais pode aumentar a sensação de conforto⁽⁷⁾.

A subcategoria de alimentação foi a NHB mais alterada na maioria dos entrevistados que foram acompanhados. Observou-se sobretudo a falta de apetite e a dificuldade de alimentação em razão de lesões na mucosa oral. O correto manejo da dor pode contribuir para a melhora desse sinal, já que foi identificada uma aceitação melhor da dieta em crianças que não sentiam mais dor.

O aparecimento de lesões na mucosa oral de crianças e adolescentes em tratamento oncológico pode ser prevenido e tratado adequadamente, cabendo a equipe de enfermagem propor intervenções que possam diminuir a dor e suas complicações. A enfermagem deverá inspecionar a cavidade oral e realizar a limpeza minuciosa dos dentes e da gengiva, além de utilizar a crioterapia ou a aplicação tópica de substratos de antiácidos que protegem a mucosa, auxiliam na cicatrização e reduzem a dor e o desconforto⁽²¹⁾.

Cabe ao enfermeiro coletar dados, identificar problemas de enfermagem e as NHBs afetadas, planejar a melhor forma de manejar as alterações afetadas pela dor, implementar e avaliar as intervenções de enfermagem, propondo modificações adequadas baseadas nos resultados a serem obtidos. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos para as crianças e

adolescentes acompanhados no HBDF revelam o impacto da dor na saúde dos indivíduos, demonstrando a necessidade de maior intervenção da Enfermagem no cuidado desses pacientes por meio de planos assistenciais individualizados e de instrumentos de avaliação que possam mensurar a presença, a ausência ou a diminuição dos processos dolorosos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos do estudo foram alcançados demonstrando assim que avaliação e a reavaliação da dor são instrumentos importantes no cuidado da criança e do adolescente com câncer. Apesar das dificuldades encontradas na avaliação da dor percebeu-se que ela é possível, mas é necessária a escolha de métodos de avaliação que possam adaptar-se à idade da criança que está sendo acompanhada. No que se refere à amostra, notou-se que a quantidade de adolescentes foi insuficiente para obtenção de respostas quanto ao uso dos métodos de avaliação propostos no estudo.

Sugere-se que o processo de avaliação da dor seja implementado na unidade, visando a um melhor cuidado às crianças internadas, amenizando o seu sofrimento e utilizando não só os medicamentos prescritos, mas também outros métodos não farmacológicos de alívio da dor, ressaltando que todo o processo deve ser devidamente registrado no Prontuário do Paciente. Recomenda-se que outros estudos sejam realizados para se determinar os métodos de avaliação de acordo com a idade dos sujeitos.

Os diagnósticos de enfermagem identificados na amostra revelaram que a dor provoca uma repercussão negativa e de grande impacto na vida da criança e do adolescente por afetar as NHBs, sobretudo as necessidades de percepção dolorosa, alimentação, recreação e mecânica corporal/locomoção/exercício e atividade. Desta forma, o enfermeiro e os outros profissionais de saúde devem ser sensibilizados a utilizar os instrumentos de avaliação da dor no planejamento do cuidado integral ao indivíduo e com foco nas necessidades alteradas da criança e adolescente com dor.

REFERÊNCIAS

1. Reis RS, Santos MO. Atualidades na epidemiologia da oncologia pediátrica: tipos de tumores em crianças brasileiras. In: Malagutti W, organizador. *Oncologia Pediátrica: uma abordagem multiprofissional*. São Paulo: Martinari; 2011. p. 1-19.
2. World Health Organization (WHO). *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva, England: WHO;1998.
3. Claro MT. Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapa preliminar. Ribeirão Preto. Dissertação [Mestrado] - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1993.
4. Figueira MCS, Germano EM, Andrade LG, Morimura MCR, Vasconcelos MSC. *Manual de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.
5. Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital. [acesso em 01 set 2012]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.
6. Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Rev Cienc., Cuidado e Saúde*. 7 (supl 1), p 82-7. 2008.
7. Barbosa, SMM. Dor em Pediatria. Neto, AO. Costa, CMC. Siqueira, JTT. Teixeira, MJ. Colaboradores. In: *Dor: princípios e prática*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 779-784.
8. Rossato LM. Abordagem da dor na criança e no adolescente. In: Almeida FA, Sabatés AL, organizadores. *Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. Barueri, SP: Manole, 2008.

9. Silva YP, Silva JF, Costa LC, Medeiros FM, Mota JA. Avaliação da dor na criança. Rev Med Minas Gerais 2004; 14 (1 supl 3): 92 - 5
10. Silva KC, Kochla KRA. Avaliação da dor: uma dificuldade para a equipe de enfermagem. Boletim de Enfermagem. a. 3, v. 2, jul-dez 2009. p. 62 – 72. [Acesso em 14 nov 2011] Disponível em: http://www.utp.br/enfermagem/boletim_5_ano3_vol2/pdf's/art5_avaliacao.pdf
11. Martins GA. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. RCO 2008 jan - abr 18. 2(2): 8 – 18.
12. Rossato LM, Pimenta CAM. Cartões das qualidades da dor. Mimeografado 1996.
13. Torritesi P, Vendrusculo DMS. A dor na criança com câncer: modelo de avaliação. Rev Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto 1998. 6 (4) p.49-5.
14. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012
15. Silva JA, Ribeiro-Filho NP, Matsushima EH, Santos RC (organização) Mensurando o quinto sinal vital: a dor. Ribeirão Preto: FUNPEC editora, 2010.
16. Chaves LD. Dor : 5º sinal vital: Reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Maio; 2004. p. 151-68.
17. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2004.
18. Beyer JE, Wells, N. Avaliação da dor em Crianças. In: Schechter NL. Clínica pediátrica da América do Norte. Rio de Janeiro: Interlivros; 1989. p.881-99.
19. Rossato LM, Magaldi FM. Instrumentos multidimensionais: aplicação dos cartões da qualidade da dor em crianças. Rev Latino-Americana de Enfermagem 2006; 14(5).
20. Germano EM, Valois AA, Vieira CSS, Silva SL. Avaliação e tratamento da dor em pediatria. In: Santos LGA, organizador. Enfermagem em pediatria. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 59-77.
21. Bonassa EMA. Efeitos colaterais dos antineoplásicos. In: Bonassa EMA, Santana TR. Enfermagem em terapêutica oncológica. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p. 111-20.