UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CLAUDIA EBNER

**A EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS NA
APLICAÇÃO DOS *CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR***

SÃO PAULO

2010

CLAUDIA EBNER

**EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS PEDIATRAS NA APLICAÇÃO
DOS *CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR***

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato

**SÃO PAULO
2010**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Ebner, Claudia

A experiência dos enfermeiros pediatras na aplicação dos
Cartões de Qualidade da Dor / Claudia Ebner. -- São Paulo,
2010.

96 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lisabelle Mariano Rossato

Nome: Claudia Ebner

Título: Experiência dos enfermeiros pediatras na aplicação dos
Cartões de Qualidade da Dor

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A meus queridos pais, Irene e Oto, responsáveis pela pessoa que me tornei. Sobretudo minha mãe, sinônimo de amor, fé, força, determinação e luta. Obrigada, por estar sempre a meu lado tornando possível todos os meus sonhos.

A meu marido, que sempre esteve a meu lado, ajudando-me a enfrentar e superar os efeitos colaterais do mestrado com toda paciência do universo.

A meus irmãos, Klaus e Carla, presentes em todas as etapas de minha jornada, torcendo e apoiando-me.

A Aline Llanos de Oliveira, amiga de longa data, que me trouxe pela mão até o ponto de partida e se hoje cheguei ao fim, você foi responsável!

Amo muito vocês!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof^a. Dr^a. Lisabelle Mariano Rossato ,

pelo carinho e confiança com que me acolheu, sem me conhecer,
recebeu-me de braços abertos e com um largo sorriso no rosto no
momento que cheguei. Neste instante, percebi que mesmo o caminho
sendo longo, o trabalho árduo e os desafios muitos, ao meu lado,
eu teria uma orientadora presente e, sobretudo, competente.
Consciente de seu papel na realização deste meu sonho.

Obrigada por tudo, SEMPRE!

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por nunca ter me abandonado e se mostrar presente a cada momento de dificuldade, solidão e fraqueza, colocando pessoas maravilhosas em minha vida e mostrando-me o caminho da vitória. Assim, tive o privilégio de perceber que mesmo nos momentos mais duros da vida pode haver felicidade.

À Prof^a. Dr^a. **Regina Szylit Bousso**, por ter enxergado meu potencial abrindo-me as portas do programa de mestrado. Sem dúvida, foi a primeira responsável por tornar este sonho possível. Além de poder contar com suas valiosas contribuições durante todo o processo de produção, da escolha do tema até sua finalização, ressaltando meus avanços e, assim, tive coragem para seguir em frente.

À Prof^a. Dr^a. **Elaine Buchhorn Cintra Damião**, amiga sincera e querida, agradeço pelas valiosas contribuições no enriquecimento deste trabalho e, sobretudo, meu crescimento como pesquisadora, professora e pessoa. Companheira de todas as horas, tanto para as trocas de experiências e conhecimentos como para grandes momentos de descontração.

A Silvana, Dayse, Lúcia, Renata e Regiane, profissionais da **Secretaria de Pós-Graduação** - EEUSP, pela paciência, comprometimento, disposição e atenção dedicada nesses 2 anos.

Aos integrantes do Núcleo Interdisciplinar de Pesquisa em Perdas e Luto - **NIPPEL**, por terem me acolhido carinhosamente no qual dividimos conhecimento e trabalho, mas também momentos de alegria e vitória.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - **EEUSP**, por tornar possível a realização de um sonho e proporcionar crescimento intelectual, científico e profissional por meio do programa de Mestrado e da Monitoria em Saúde.

À diretora de divisão Enf. **Alda Valéria Neves Soares da Instituição de Saúde** participante, por ter aberto as portas e tornado possível a coleta de dados para esta pesquisa.

A **todas** as pessoas que direta ou indiretamente colaboraram e incentivaram o desenvolvimento da pesquisa e deste sonho.

Ebner C. A experiência dos enfermeiros pediatras na aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

RESUMO

A dor pode provocar consequências físicas e emocionais nos pacientes pediátricos. Nesse sentido, deve ser avaliada e tratada, levando em conta a faixa etária e o desenvolvimento cognitivo da criança. Para isso, é necessário que o enfermeiro conheça e saiba aplicar os instrumentos de avaliação da dor adequados. Os objetivos deste estudo foram: conhecer a experiência de enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* em crianças com dor aguda e/ou crônica e/ou em cuidados paliativos e identificar as facilidades e dificuldades na utilização desses cartões. Para tanto, a pesquisa qualitativa ocorreu em três etapas: Etapa 1- Orientação dos participantes quanto ao uso dos cartões, Etapa 2- Aplicação do instrumento pelos enfermeiros, Etapa 3- Entrevista individual com os enfermeiros. Participaram da orientação 13 enfermeiros e nove foram entrevistados. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas que foram analisados, utilizando a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo. Dois temas centrais foram desvelados a partir das respostas dos enfermeiros: FACILIDADES DOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DOS *CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR* e DIFICULDADES DOS ENFERMEIROS NA UTILIZAÇÃO DOS *CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR*. Ao enfrentar o desafio de utilizar os *Cartões de Qualidade da Dor* em sua prática profissional, os enfermeiros perceberam o impacto positivo dessa nova ferramenta no cuidado às crianças e adolescentes e suas mães. Essa experiência ampliou os horizontes para uma avaliação mais abrangente e eficaz da dor da criança. Como consequência o manejo e alívio da dor foram realizados a partir de intervenções não-medicamentosas. Por outro lado, o profissional enfrentou algumas dificuldades em razão da inexperiência no emprego dos instrumentos para avaliar a dor e, especialmente, pelo número pequeno de aplicações do instrumento. Além disso, o enfermeiro apresentou dificuldade em conversar com a

criança sobre a dor. Os resultados deste estudo evidenciaram que a aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* pode vir a ser uma estratégia para melhorar a interpretação da experiência de dor das crianças e adolescentes pelo enfermeiro, facilitando seu planejamento e sua tomada de decisões, bem como o acompanhamento da eficácia do tratamento da dor das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: avaliação da dor, enfermagem pediátrica, criança, adolescente, dor, instrumentos de avaliação.

Ebner C. The Experience of pediatric nurses in the application of the *Pain Quality Cards* [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2010.

ABSTRACT

The pain can cause physical and emotional consequences in pediatric patients. This way, it should be evaluated and treated, taking into account the age line and cognitive development of the child. Therefore, it is necessary that the nurse knows and is able to apply the adequate instruments of pain evaluation. The goals of this study were: learn the experience of nurses in the utilization of the *Pain Quality Cards* in children with acute and/or chronic pain and/or hospice care and identify the easinesses and difficulties in the utilization of these cards by the health professionals. In order to do this, the qualitative research occurred in three stages: Stage 1- Orientation of the participators in the use of the Cards; Stage 2- Application of the Instrument by the nurses; Stage 3- individual interview with the nurses. Thirteen nurses participated in the orientation and nine were interviewed. The data were collected through semi-structured interviews and analyzed using the methodological orientation of the Collective Subject Discourse. Two central themes were unveiled from the responses of the nurses: FACILITIES OF THE NURSES IN THE UTILIZATION OF PAIN QUALITY CARDS and DIFFICULTIES OF THE NURSES IN THE UTILIZATION OF THE PAIN QUALITY CARDS. When facing the challenge of utilizing the *Pain Quality Cards*, in their professional practice, the nurses realized the positive impact of this new tool in the care to the children/adolescents and their mothers. This experience amplified the horizons to a more embracing and effective evaluation of the child's pain. As a consequence the management and relief of the pain were made through non-pharmacological interventions. On the other hand, the professional faced some difficulties due to the inexperience in the utilization of instruments to evaluate the pain. Besides that, the nurse faced difficulties in talking about the pain with the children. The results of this study revealed that the application of the *Pain Quality Cards* may come to be

a strategy to enhance the interpretation of the adolescents/children's pain experience by the nurse, facilitating their planning and their decision making, as well as the monitoring of the effectiveness of the pain treatment of the children/adolescents.

Key words: pain measurement; pediatric nursing, child, adolescent, pain, evaluation instruments.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Ordem das etapas da coleta de dados41
Figura 2	Facilidades encontradas pelo enfermeiro no uso dos Cartões de Qualidade da Dor49
Figura 3	Dificuldades encontradas pelo enfermeiro no uso dos Cartões de Qualidade da Dor49

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Caracterização das instituições de saúde quanto ao perfil do setor de pediatria, segundo o número de leitos, taxa de ocupação e principais patologias.....37
Quadro 2	Caracterização dos participantes quanto aos dados pessoais, segundo a idade, sexo, número e idade dos filhos.....39
Quadro 3	Caracterização dos participantes quanto à escolaridade, segundo a graduação, tempo de conclusão, local de formação, pós-graduação, área e tempo de pós-graduação.....40
Quadro 4	Caracterização dos participantes quanto à profissão, segundo o tempo de atuação na enfermagem e tempo de atuação na área de pediatria.....40

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	INTERESSE PELO TEMA	16
1.2	A DOR NA CRIANÇA	20
2	OBJETIVOS	33
3	CAMINHO METODOLÓGICO	34
3.1	TIPO DO ESTUDO	34
3.2	ASPECTOS ÉTICO-LEGAIS.....	34
3.3	LOCAL DO ESTUDO	36
3.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
3.4.1	Critérios de Inclusão dos participantes do estudo	38
3.4.2	Critérios de Inclusão das Crianças e Adolescentes	38
3.4.3	Critérios de Exclusão das Crianças e Adolescentes	38
3.5	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	41
3.5.1	Etapa 1 – Orientação dos participantes.....	41
3.5.2	Etapa 2–Aplicação dos <i>Cartões de Qualidade da Dor</i> pelos participantes.....	43
3.5.3	Etapa 3 – Entrevista com os participantes.....	44
3.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	45
3.6.1	Estratégia Metodológica – Discurso do Sujeito Coletivo	45
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	51
4.1	APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO	51
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
	REFERÊNCIAS	82
	ANEXOS	88
	APÊNDICES	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Interesse pelo tema

Desde o início da formação profissional como enfermeira (1999 – 2002) pela Universidade do Vale do Paraíba - UNIVAP em São José dos Campos - SP, meu desejo era atuar no serviço de saúde de média ou alta complexidade infantil.

A despeito disso, crescia a angústia e preocupava-me para prestar assistência de enfermagem aos pacientes pediátricos, especialmente, os recém-nascidos (RN) e lactentes que não verbalizam suas necessidades. Já os pré-escolares e os escolares, embora consigam verbalizar essas necessidades, muitas vezes, não entendem o que está acontecendo em seu corpo. Deve-se isso a seu desenvolvimento psicoemocional ainda imaturo, além de seu repertório de novas palavras ser restrito.

Arguia-me se saberia identificar a presença ou não da dor nos pacientes pediátricos, tendo em vista que, na maioria das tentativas de solucionar os problemas de saúde das crianças, são necessários procedimentos terapêuticos que, em sua grande maioria, são extremamente dolorosos. Atentava-me como poderia agir de forma a solucionar tais problemas.

Para ampliar meus conhecimentos e compreender melhor as dimensões do cuidar pediátrico e a importância de avaliar e tratar a dor infantil, em 2004, iniciei o curso de especialização em Enfermagem Pediátrica pela Faculdade Santa Marcelina (FASM) em São Paulo – SP.

Nesse período, optei pela carreira acadêmica, já que não concordava nem me sentia à vontade com a postura dos profissionais da saúde que trabalhavam comigo no hospital. Acreditava que o cuidado de enfermagem ia além da dimensão curativa ou de reabilitação.

Por destoar dos demais, resolvi investir meus esforços na tentativa de transformar essa visão dos profissionais de enfermagem, em especial no momento de sua formação profissional, em que eles estão abertos a novos conhecimentos. Nesta fase, podemos moldar sua visão do cuidado com maior facilidade, atingindo mais indivíduos que farão diferença em seu local de trabalho.

No convívio com os colegas docentes, diversas vezes, discutimos na preparação das aulas como abordaríamos o tema dor infantil com os alunos. Com isso, percebi que meus conhecimentos sobre esse tema eram limitados e necessitava ser aprofundado.

Ao ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (PPGE), meu interesse em estudar a temática dor infantil veio de encontro com a área de conhecimento de minha orientadora. Após conhecer os *Cartões de Qualidade da Dor*, e as pesquisas já realizadas sobre esse instrumento, fizeram com que meu interesse aumentasse surgindo novos questionamentos sobre as temáticas: dor infantil e o papel do docente de enfermagem.

Este período auxiliou-me a repensar minha prática profissional, já que tive oportunidade de conviver com diferentes docentes experientes e conscientes de seu papel na vida acadêmica dos discentes e a necessidade de inserir no currículo dos cursos de graduação de enfermagem o conteúdo de dor.

Durante minha prática profissional, inúmeras vezes, acompanhei os alunos de graduação em atividades práticas nas instituições de saúde e tive a oportunidade de constatar atitudes tímidas por parte dos funcionários e acadêmicos na tentativa de minimizar o sofrimento dos pacientes, aliviando sua dor durante os procedimentos terapêuticos dolorosos, na maioria dos casos isso depende da sensibilização de cada profissional, o que justifica essa necessidade

de contemplar esse conteúdo na formação dos profissionais, sobretudo dos enfermeiros.

Acredito que formar uma equipe habilitada, qualificada e consciente de sua importância no cuidado do paciente pediátrico em todas as suas dimensões é de suma necessidade. Para isso, muitas vezes, é necessário utilizar terapêuticas que causem algum tipo de desconforto ou dor, como os cateterismos, punções venosas e arteriais, sondagens, injeções, entre outros.

Embora saibamos todos os recursos para tratar a dor, é preciso antes de tudo que os profissionais consigam identificá-la corretamente, especialmente, a enfermagem, uma vez que estão presente 24 horas por dia ao lado dos pacientes. Autores acreditam que a padronização da avaliação e do tratamento da dor infantil facilita a tomada de decisões dos profissionais enfermeiros para seu alívio⁽¹⁾.

Com base nessa concepção, apresento as seguintes indagações: Será que o subtratamento da dor pediátrica deve-se à escassez de conhecimento dos profissionais da enfermagem? Será que a utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* auxilia os profissionais da saúde na identificação do fenômeno doloroso das crianças? Com a utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*, podemos justificar a tomada de decisão dos profissionais da enfermagem ao prescreverem cuidados e administrarem medicação ou realizarem intervenções não-medicamentosas para o alívio da dor ou comunicar ao médico responsável?

Para isso, foi realizado o levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados informatizadas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências de Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System-on line (MedLine) e PubMed. Como limites da busca, foram utilizados os idiomas: português, inglês e espanhol, ano de publicação (última década) e as seguintes

palavras-chave consideradas descritores no DeCs, tais como: avaliação da dor, assistência de enfermagem, criança, dor, instrumentos.

Ao considerar os resultados obtidos no levantamento bibliográfico, foi possível constatar que embora existam vários instrumentos para avaliar a dor pediátrica, na maioria estes são unidimensionais, nos quais o aspecto identificado é a intensidade. Mas, o conhecimento da experiência do profissional enfermeiro na utilização de instrumentos multidimensionais é escasso, necessitando que mais estudos sejam realizados sobre a temática.

Tendo em vista a importância do tema na prática clínica dos profissionais de saúde e o crescente interesse em estudar a dor infantil, acredito na relevância desse estudo, tanto para o meio acadêmico como para o meio hospitalar, uma vez que os profissionais tendem a guiar seus cuidados visando o alívio do sofrimento da criança.

1.2 A DOR NA CRIANÇA

Em geral, todos os indivíduos, independente da idade, temem sentir dor ⁽²⁾. A pessoa que vivencia o fenômeno doloroso é autoridade sobre sua dor, visto o caráter individual e subjetivo de tal fenômeno ⁽³⁾. A busca pelo entendimento do fenômeno doloroso, de como ele é percebido por quem sente e também por quem trata, é um dos principais objetivos dos profissionais de saúde, tratando-se de um problema que deve ser enfrentado por todos da equipe ^(1,4-11). Mas há necessidade de aperfeiçoar a avaliação, documentação e tratamento da dor em crianças ⁽¹²⁾.

Os estudos sobre o fenômeno doloroso estão cada vez mais focados na complexidade de suas dimensões, cuja percepção vai além da intensidade da dor, como a abordagem de outros aspectos: afetivos, motivacionais e avaliativos e dos sensitivos que facilitam a compreensão ampla e abrangente do fenômeno ^(5,7,11), visto como um desafio aos profissionais da enfermagem o manejo adequado da dor é um direito universal dos pacientes. ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

De acordo com a “*International Association for the Study of Pain*” (IASP), a dor é “*uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal dano*”. A dor é sempre subjetiva, assim cada indivíduo aprende a utilizar esse termo por meio de suas experiências ⁽¹⁵⁾.

A dor é definida como sendo um mecanismo de proteção do corpo, sinalizando sempre quando ocorre lesão dos tecidos fazendo com que o indivíduo atue para remover este estímulo doloroso. Pode ser localizada em uma ou mais partes do corpo, sendo apresentada aos órgãos do sentido como uma experiência desagradável, traduzida como um sofrimento ⁽¹¹⁾.

A dor, como experiência, é subjetiva e envolve mecanismos físicos, psíquicos e culturais que variam de indivíduo para indivíduo, compreendendo aspectos sociais de sua vida, não podendo ser reduzida somente ao sofrimento físico ^(5,7-8,11,16-18).

A dor é uma das principais causas de atendimento nos serviços de emergência no mundo ocidental, uma sensação temida sobretudo pelas crianças. No entanto, persiste o consenso popular que a criança não sente dor ou que a intensidade da dor infantil é menor em comparação com a do adulto. Mesmo este conceito sendo infundado, muitos profissionais orientam sua prática clínica fundamentada nesse conceito ^(2,12,19).

Em um estudo realizado, a maioria dos enfermeiros demonstrou possuir atitudes e conhecimentos positivos sobre o alívio da dor nas crianças e quase todos os profissionais elegeram como a maior barreira ao tratamento ideal da dor nas prescrições médicas a medicação inadequada ou insuficiente. Em suma, na prática, os enfermeiros precisam tornar-se mais conscientes da adequação do consumo de analgésicos. O valor do relatório de autoavaliação da dor infantil e as limitações para confiar nas manifestações comportamentais da criança para julgar a intensidade da dor, além da importância de examiná-las ⁽²⁰⁾.

Em um estudo, membros da equipe de enfermagem revelam que nem sempre acreditam na resposta verbal dos pacientes quando dizem que estão com dor, por entenderem que alguns desejam chamar atenção por estarem ansiosos, inseguros, distantes da família ou, ainda, apresentando carência afetiva. Por esse motivo, autores acreditam ser importante conhecer o paciente e avaliar quais aspectos estão envolvidos antes de tirarmos conclusões, muitas vezes, precipitadas e errôneas. ⁽⁸⁾

Com frequência, os profissionais relatam que a criança “faz manha”, já que julgam que o procedimento não é tão doloroso assim. Quando se realiza

procedimentos invasivos, especialmente, os que utilizam agulhas, os profissionais devem perceber o sofrimento infantil, já que remete a criança ao conhecido pavor desse instrumento ⁽²¹⁾.

Posto isso, o profissional deve saber identificar este sofrimento físico por meio dos sinais da dor como: expressão facial, inquietação, sudorese, palidez, posicionamento protetor ou posição antálgica, alterações dos padrões de sinais vitais, entre outros, como a própria queixa verbal do paciente. Evitando julgamentos inadequados relacionados com o fenômeno doloroso relatado pela criança e/ou familiar, resultando na identificação precoce e sobretudo no tratamento adequado, resultando no alívio da dor infantil ^(8,11,17,22).

Permite ao profissional de saúde analisar de forma mais objetiva as respostas da dor possibilitando, assim, estratégias mais efetivas de intervenção ⁽¹⁾. A partir das diferentes classificações da dor, é possível escolher qual instrumento é mais indicado para avaliar adequadamente a dor do paciente que está sob os cuidados da equipe de saúde.

Deve-se tratar a dor sempre independente de qualquer aspecto. Se isso não ocorrer, pode-se retardar o processo de regeneração dos tecidos e, conseqüentemente, a recuperação da criança, levando a mesma a apresentar: irritabilidade, ansiedade, depressão e exaustão, interferindo nas necessidades básicas como: sono e alimentação ^(11,23).

Resultados de um estudo atual revelam que as lesões musculoesquelética infantis são comuns e dolorosas, havendo evidências crescentes de que, em conjunto à terapêutica medicamentosa, os métodos não-medicamentosos podem ser introduzidos para melhorar a analgesia no Pronto-Socorro e após a alta ⁽¹²⁾.

O empenho para compreender o fenômeno doloroso que a criança vivencia, depende, tanto do profissional de saúde que assiste ser capaz de dar

voz à criança e ouvi-la, o quanto da criança que tem a tarefa de tentar se fazer entender verbalizando sua dor. Neste sentido, o profissional da saúde não deve ficar indiferente ao fato de que a criança pode e deve ser vista como um indivíduo que possui inteligência, vontade própria e uma história pessoal, necessitando de recursos para demonstrar sua dor de modo global ^(19,21,24-25).

Em um estudo, a equipe de enfermagem relata que o ato de cuidar significa envolvimento, respeito, ética, satisfação, negociação e também a realização do cuidado de enfermagem com o respaldo da instituição, por meio das normas e rotinas de processos definidos ⁽²⁶⁾. Portanto, produz parâmetros de medida e, conseqüentemente, adequado controle da dor ⁽⁵⁾. Sendo assim, a utilização de escalas de avaliação da dor vem de encontro com esses relatos, já que promove a assistência de enfermagem de forma sistematizada, respeitosa, respaldando sua prática profissional.

Os pesquisadores do fenômeno doloroso referem que a dor deve ser avaliada e tratada, levando em conta a faixa etária e o desenvolvimento cognitivo do paciente, sendo necessário conhecer e saber aplicar os instrumentos adequados. Não basta só saber utilizar esse instrumento de avaliação, é importante saber as possíveis respostas que essas avaliações terão, pois cada resultado é específico da faixa etária, bem como do desenvolvimento cognitivo do paciente ^(1,9,16-17).

Autores acreditam que a padronização da avaliação da dor, bem como do tratamento poderá facilitar a tomada de decisões para seu alívio ^(1,22). Uma das barreiras para o manejo adequado do fenômeno doloroso é a falta de conhecimento da equipe, favorecendo o subtratamento da dor ^(1,8,14,22).

Os resultados de um estudo mostram que o manejo da dor sofre influências de vários fatores: *relativos ao profissional*, tais como: déficit de conhecimento dos profissionais de saúde, comunicação inadequada entre o profissional da saúde e

os familiares, capacidade de transpor obstáculos para melhor tratar a dor, idade dos profissionais de saúde, carga de trabalho e experiência profissional, já em relação aos fatores *relativos ao paciente* ressalta a idade, gênero e habilidade para expressar sua dor ^(11,14).

No Hospital Pediátrico de Coimbra, em Portugal, o controle da dor é realizado pelos enfermeiros em todas as situações que provoquem sofrimento físico e emocional. Esses profissionais que lidam diretamente com a dor têm uma constante preocupação com o padrão de qualidade dos cuidados prestados. Para tal, o grupo de enfermeiros desse hospital integra o “*Projeto de Cuidados à Criança com Dor*” em parceria com a Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca, destacando a atividade de implementar instrumentos de avaliação da dor de acordo com os diferentes grupos de crianças ⁽²⁷⁾.

Com base nessa experiência, um estudo brasileiro recente destaca a necessidade em traduzir para o português e adaptar escalas de avaliação da dor infantil, assim como a necessidade de realizar análises da aplicabilidade desses instrumentos de avaliação da dor no contexto hospitalar. ⁽²⁸⁾

Essa iniciativa reforça a necessidade dos profissionais da saúde que atuam diretamente com as crianças que vivenciam o fenômeno doloroso buscar novas técnicas de avaliação da dor. Permite ao profissional analisar de forma mais objetiva as respostas de dor possibilitando, assim, estratégias mais efetivas de intervenção ^(1,29). Para facilitar a prática profissional, dispomos de vários instrumentos que avaliam a dor. A seguir, serão apresentados os tipos de instrumentos de avaliação da dor pediátrica.

1.2.1 Instrumentos de avaliação da dor pediátrica

Em geral, a avaliação da dor depende do relato verbal da experiência pessoal, levando em conta a intensidade dolorosa, mas também as qualidades da dor. São necessários instrumentos que avaliem as qualidades da dor nas atividades clínicas e de pesquisa em nosso meio profissional ⁽³⁾.

Resultado de um estudo aponta que a maioria das escalas da dor estudada foi do tipo unidimensional e a dimensão mais avaliada foi a intensidade da dor ⁽²⁸⁾. Essa dimensão refere-se ao aspecto sensorial da dor, embora relevante é insuficiente para compreender o fenômeno da dor, já que o mesmo é multidimensional ^(5,7,28).

As medidas psicológicas permitem conhecer os estados subjetivos do paciente, tendo como finalidade: obter o máximo de informações sob as diferentes dimensões da percepção dolorosa, tais como: a intensidade, localização, duração e frequência. Valorizar o conhecimento e as reações emocionais dos pacientes diante da experiência dolorosa ^(18,30).

Geralmente, o autorelato infantil é a medida mais confiável de avaliação da dor pediátrica, devemos levar em conta a idade e a característica sociocultural das crianças. Existem vários tipos de autorrelato que se adaptam às diferentes necessidades e estágios de desenvolvimentos da criança. Os métodos mais comuns são: avaliação, entrevistas, escalas analógicas visuais, autorregistros e questionários. Os três últimos são mais utilizados pela simplicidade do procedimento, porque se adaptam melhor à evolução rápida e são confiáveis no meio hospitalar. Já as entrevistas e as avaliações têm recebido menor atenção ⁽¹⁸⁾.

I. Métodos de avaliação

São utilizados para avaliar as características qualitativas da dor, tais como: a vivência e a repercussão do processo doloroso nas atividades diárias da criança. Existem diferentes tipos de métodos de avaliação. Um dos mais comuns é a interpretação dos desenhos realizados pela criança, já que podem ser uma forma de expressar sua dor. Determinadas características dos desenhos, tais como: as intensidades das linhas, número e tipos de figuras, inclusão de partes do corpo ou lesões podem representar um reflexo do fenômeno doloroso ⁽¹⁸⁾.

Outro tipo de método de avaliação baseia-se na escolha de cores, desenhos, interpretação de caricaturas, etc. Diversos estudos revelam que as cores vermelha e preta são as mais utilizadas para representar a dor, independente da idade, sexo e situação do fenômeno doloroso ⁽¹⁸⁾.

II. Entrevistas estruturadas

Permitem avaliar de forma completa o fenômeno doloroso, sem se centrar unicamente nos aspectos qualitativos. Um exemplo desse instrumento é “*The Pediatric Pain Questionnaire*”, que conta com oito perguntas relacionadas diretamente à dor ⁽³¹⁾.

Pode-se utilizar com crianças ⁽³¹⁾ e adolescentes ⁽³²⁾. Entre suas vantagens, destaca-se sua utilização de forma individual ou coletiva e apresenta duração entre 10 a 15 minutos ⁽¹⁸⁾.

III. Escalas e questionários

As escalas de intervalo permitem que os pacientes revelem informações diretas sobre a gravidade, localização, duração e intensidade do fenômeno

doloroso, bem como conhecer a resposta dos diferentes tratamentos empregados. Não deve ser utilizada em criança pequena em razão de seu estágio cognitivo, podendo apresentar dificuldade para compreender o funcionamento da escala. Dentro das escalas de intervalo, podem-se incluir as escalas numéricas e as verbais, as analógico-visuais e faciais. Ao selecionar uma dessas escalas, deve-se levar em conta, sempre, o desenvolvimento cognitivo das diferentes faixas etárias, além da definição de dor esperada ⁽³³⁾.

Dentro das escalas de intervalo, podem-se incluir as escalas genéricas, numéricas e verbais e as analógico-visuais. Ao selecionar uma dessas escalas, deve-se levar em conta o desenvolvimento cognitivo das diferentes faixas etárias, bem como a definição de dor esperada por cada uma dessas idades ⁽³⁴⁻³⁶⁾.

1 – Escala Numérica e Verbal

Nessa escala, a intensidade da dor é graduada com intervalos numéricos ou verbais (de 0 a 5 ou de 0 a 10; sendo dividida em nenhuma dor/ dor leve/ moderado/ intensa). Um modelo desse tipo de escala apresentamos “*The numeric pain scale*”. Existem variações dessa escala que são amplamente utilizadas pelos profissionais nos hospitais em pacientes pós-cirúrgicos ⁽³⁷⁾ devendo ser usados com crianças em idade escolar ⁽³⁸⁾.

Também são muito utilizadas do tipo Likert com cinco pontos ou níveis que são associados a palavras que servem para designar o aumento do desconforto em cada nível: nenhuma, pouca, média, bastante e muita dor ⁽³⁹⁾. A variação dessas escalas é o termômetro da dor, normalmente numerado de zero a 10, onde o zero representa a ausência da dor e o 10 a maior dor possível, a criança assinala a intensidade da sua dor, colorindo a barra de mercúrio do termômetro, outro exemplo é “*The Glassess Rating Scale*” (Escala de copos) ⁽⁴⁰⁾.

2 – Escala Analógica-Visual “EVA”

Consiste em instrumentos gráficos que utilizam representações visuais concretas de evolução contínua da dor. A principal vantagem é que as crianças não precisam entender o significado atribuído às palavras associado aos números, podem ser avaliadas a dor e a ansiedade em crianças menores de 4 anos ⁽⁴¹⁻⁴²⁾.

Existem variações dessa escala, como por exemplo, escala de cor, mais adequada para crianças de 3 a 4 anos, partir dessa idade pode utilizar a escala numérica ou analógica. Já com as crianças maiores de 13 anos, pode empregar as escala numéricas, analógicas e verbais ⁽¹⁸⁾.

Este instrumento consiste em uma linha horizontal de 10 centímetros com os pontos extremos marcados “sem dor” e “pior dor possível”. Pede-se à criança para fazer uma marca na linha que melhor descreva a quantidade de sua dor. Com uma régua milimetrada, meça o comprimento a partir do ponto “sem dor” até a marca registrada pela criança, este valor corresponde ao escore da dor ⁽⁴³⁾.

3 – “The Eland Color Tool”

Utiliza marcadores ou lápis de cor para a criança construir a própria escala, que é usada com o contorno corporal. São sugeridas as seguintes cores: amarelo, laranja, vermelho, verde, azul, roxo, marrom e preto. Pergunta-se à criança qual cor ela escolheria para a pior dor que já sentiu, após preencher o quadrado correspondente e, assim, sucessivamente. Em seguida, pedir para criança marcar no esquema corporal o local da dor com sua cor correspondente, de acordo com a intensidade dolorosa ⁽⁴⁴⁾.

4 – “Poker Chip Tool”

Permite às crianças quantificarem sua dor, utilizando de uma a quatro fichas vermelhas de poker, que são colocadas horizontalmente diante da criança. Ela seleciona o número de ficha que representa a dor que sente, como se cada ficha representasse um “pedaço da dor” que ela está sentindo no momento da avaliação ⁽⁴⁵⁾.

5 – Escala de Faces

Constituída por um número de faces (normalmente de cinco a dez) com várias expressões de desconforto, classificadas em ordem crescente, sendo apresentadas às crianças que deverão escolher a que melhor representa o que está sentindo ⁽¹⁸⁾.

Para seu uso, pede-se ao paciente que imagine que as faces correspondem a uma criança, apresentando a mesma doença. Após a indicação da face que melhor representa o medo e a ansiedade, que ele sente no momento, o profissional deverá converter a face escolhida em um dado numérico situado no lado posterior da escala ⁽¹⁸⁾.

Existem diversas versões desse instrumento em que variam, tanto o número de faces como suas propriedades psicrométricas. Exemplos desses instrumentos são: A escala de nove faces ⁽⁴⁶⁾, a escala de sete faces ⁽⁴⁷⁾, a escala de faces de Wong-Baker ⁽⁴⁸⁾, o termômetro do medo ⁽⁴⁹⁾ e a escala da Mônica e do Cebolinha ⁽²³⁾.

Questionários

Os questionários podem ser uma fonte de informação adicional sobre a causa da dor, as atitudes da criança, seu entendimento da dor, o ambiente familiar, a habilidade verbal para descrever e compreender as experiências anteriores da dor. Para isso, é preciso considerar o estágio de desenvolvimento da criança, valorizando a intensidade, a sensibilidade, a afetividade, qualidade e localização ⁽⁵⁰⁾. A seguir, serão destacados alguns dos questionários mais utilizados na prática clínica.

1 - *“The Pain Coping Questionnaire”*

É um instrumento utilizado em crianças e adolescentes, composto de oito subescalas (busca de informação, resolução de problemas, busca de suporte social, autoinstrução, distração comportamental, distração cognitiva, externalização e internalização) que, por sua vez, são agrupados em três fatores: abordagem, prevenção centrada sobre o problema e a prevenção ^(18,51).

2 – *“The adolescent Pediatric Pain Tool (APPT)”*

Nesta escala multidimensional, o profissional da saúde avalia a localização, intensidade e qualidade da dor em crianças de 8 a 17 anos. A pontuação inclui três componentes: um desenho do contorno do corpo, uma escala de intensidade gráfica e uma lista de adjetivos da dor. Mais especificamente, 37 descritores sensoriais representam as propriedades, 11 descritores afetivos que representam os efeitos desagradáveis e emocionais da dor, oito descritores que indicam a avaliação global da intensidade subjetiva da experiência de dor e por último, 11 descritores temporais que indicam a duração e padrão de dor ^(18,32).

As crianças são instruídas a indicarem no desenho do contorno do corpo a localização e a extensão da dor. Na escala de intensidade gráfica, marcar o valor correspondente e, finalmente, destacar ou circular os descritores na lista ^(18,32).

3 – “*The Abu-Saad Pediatric Pain Assessment Tool*”

É constituída de trinta e duas palavras que são descritores da dor e uma escala de 10 centímetros com graduações a cada centímetro (variando de “não dói” a “tenho dor severa”). Uma série de perguntas que avalia a influência do fenômeno doloroso em sua vida diária e estratégias de enfrentamento utilizado. A criança indica a intensidade de sua dor e escolhe a palavra que melhor descreve a dor atual. Desta forma, obtém duas medidas: a pontuação da intensidade e qualidade da sensação dolorosa ^(18,52-53).

Autorregistros ou autorrelatos

Eles têm como vantagem apresentar o comportamento da dor no mesmo momento em que se apresenta. Assim, são amplamente utilizados em situações naturais, como por exemplo, o diário da dor e diário da cefaleia ^(18,54-55).

A seguir, serão descritos os passos da construção e a aplicação do instrumento brasileiro multidimensional de avaliação da dor pediátrica, intitulado *Cartões de Qualidade da Dor*.

Cartões de Qualidade da Dor

Foram criados, em 1996, pelas enfermeiras e docentes da Escola de Enfermagem – EEUSP: Dra. Lisabelle Mariano Rossato e Dra. Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta, a partir do Questionário para dor McGill que contém 78 descritores de qualidade da dor, em que foram selecionados 18, que estão

distribuídos da seguinte forma: componente sensorial (cartões 1-8), componente afetivo (cartões 9-13), componente avaliativo (cartão 14) e componente miscelânea (cartões 15-18).

Recomenda-se que o profissional da saúde faça a seguinte pergunta à criança e adolescente: *“Qual dor que o Cebolinha está sentindo que é igual a sua?”* Feito isso é necessário fornecer os cartões e tempo, para que ela possa escolher um ou mais cartões, auxiliando o profissional no manejo da dor.

A utilização desse instrumento de avaliação das qualidades da dor mostrou ser capaz de identificar, discriminar e mensurar as diferentes dimensões da experiência dolorosa na criança e no adolescente ⁽²⁾. Sendo necessários mais estudos sobre seu uso nos pacientes pediátricos institucionalizados, para que o profissional da saúde possa realmente compreender a dor desses pacientes, justificando o cuidado medicamentoso e/ou não-medicamentoso no tratamento da dor.

Com bases nessas pesquisas, surgiu o interesse de realizar o presente estudo para que pudéssemos conhecer a experiência dos profissionais da enfermagem com o uso dos *Cartões de Qualidade da Dor* no ambiente hospitalar.

2 OBJETIVOS

A seguir, serão apresentados os objetivos do estudo.

2.1 Objetivo geral

☆ Conhecer a experiência de enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* em crianças com dor aguda e/ou crônica e/ou em cuidados paliativos.

2.2 Objetivos específicos

☆ Identificar as facilidades na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* pelos enfermeiros em crianças com dor aguda e/ou crônica e/ou em cuidados paliativos;

☆ Identificar as dificuldades na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* pelos enfermeiros em crianças com dor aguda e/ou crônica e/ou em cuidados paliativos.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização da Pesquisa

A opção pela metodologia qualitativa deveu-se à natureza do fenômeno estudado, a experiência dos enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*, por tratar da vivência particular de cada participante, devendo ser interpretada de forma individual, ficando inconsistente se os dados forem apoiados somente em uma análise dedutiva.

O método qualitativo é preconizado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou pretende-se descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito.⁽⁵⁶⁾

As abordagens qualitativas têm oferecido oportunidades para que os profissionais de saúde compreendam os significados, crenças e valores dos seres humanos. Os profissionais de saúde necessitam de métodos que os auxiliem a penetrar na complexidade do ser humano.⁽⁵⁷⁾

A pesquisa qualitativa possibilita a realização de investigações relacionadas à prática profissional da enfermagem que, particularmente, interpreta o homem, como um organismo atuante que não permanece estático, suas ideias e ações estão sempre em modificação de acordo com suas experiências individuais e coletivas e suas interações sociais⁽⁵⁸⁾.

3.2 Procedimentos ético-legais

O presente estudo foi submetido à apreciação e avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – CEP-EEUSP, para serem analisados os aspectos ético-legais,

recebeu parecer favorável em 12 de fevereiro de 2010, conforme o Processo n.º 875/2009/CEP-EEUSP (Anexo 1)

Posteriormente, as cópias do Projeto de Pesquisa, cópias de aprovação do CEP-EEUSP, além da carta de solicitação para a coleta de dados nas unidades pediátricas e a autorização dos Departamentos de Enfermagem e Médico foram encaminhadas aos Comitês de Ética dos Hospitais 1 e 2 onde o estudo foi realizado (Apêndice 1).

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital da Universidade de São Paulo (Hospital 2) considerou o projeto de pesquisa Aprovado em 7 de maio de 2010, conforme o Registro CEP-HU/USP: 998/10SISNEP CAAE: 0027.0.198.00-10 (Anexo 2).

Os enfermeiros foram convidados pessoalmente, por e-mail, ou contato telefônico pela pesquisadora, sendo fornecidas todas as informações referentes à pesquisa como: local, data e horário para orientação sobre o uso dos *Cartões de Qualidade da Dor*.

Como medida de proteção aos direitos humanos, antes da coleta de dados os enfermeiros foram convidados pessoalmente, por e-mail ou contato telefônico, foram informados sobre os objetivos da pesquisa, a coleta de dados, local, data e horário para orientação sobre o uso dos *Cartões de Qualidade da Dor*.

A coleta de dados foi feita após a autorização dos enfermeiros que manifestaram desejo de participar do estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente e assegurou-se aos entrevistados o direito a participação ou não no estudo sem nenhum prejuízo, gasto ou gratificação pela contribuição no presente estudo.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias, uma foi entregue a cada participante e a outra ficou em posse da pesquisadora (Apêndice 2).

3.3 Local do estudo

O estudo foi realizado em dois Hospitais: ambos do setor público da cidade de São Paulo-SP (Quadro 1).

- ☆ **Instituição 1** – oferece tratamento de doenças ortopédicas complexas, prioritariamente, com indicação cirúrgica, para pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. Disponibiliza 80% dos atendimentos a pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) dividido em unidades adultos, infantil, geriatria e coluna vertebral e, o restante, 20%, a pacientes particulares e conveniados. Envolve-se com o ensino, em nível de graduação, residência e pós-graduação, formando mestres, doutores e oferecendo cursos de especialização. A Instituição tem sido pioneira em várias áreas e caracteriza-se pela credibilidade no atendimento à população. Está entre os maiores hospitais de Ortopedia e Traumatologia da América Latina e entre os principais Centros de Pesquisa do Brasil.
- ☆ **Instituição 2** – Hospital Universitário geral que integra a assistência médica de média complexidade, ensino prático/teórico e pesquisa que complementam a formação dos alunos de graduação e pós-graduação ligados à área da saúde. Possui várias especialidades, como: clínica médica, pediátrica, cirúrgica, unidade de pronto-atendimento, unidades de terapia intensiva adulto, infantil e neonatal. A instituição tem como objetivos: estimular e promover o ensino e a pesquisa, servindo-lhes de campo de atividades e desenvolvimento; desenvolver atividades assistenciais de prevenção e tratamento da doença, bem como de proteção e

recuperação da saúde; colaborar com as instituições de ensino no desenvolvimento de tecnologias assistenciais, educativas e operacionais.

Os dados do Quadro 1 mostram a caracterização das Instituições de Saúde.

Quadro 1 – Caracterização das instituições de saúde quanto ao perfil do setor de pediatria, segundo o número de leitos, taxa de ocupação e principais patologias.

INSTITUIÇÃO DE SAÚDE	NÚMERO DE LEITOS	TAXA DE OCUPAÇÃO	PRINCIPAIS PATOLOGIAS
H 1	15 – 20	07 – 18 leitos	Problemas ortopédicos em geral
H 2	36	26 – 30 leitos	Patologias da infância em geral, atendimento tanto clínico como cirúrgico.

As instituições de saúde acima foram escolhidas por não utilizarem um instrumento padronizado de avaliação da dor infantil, mas, pelo forte desejo de estruturar a dor como quinto sinal vital, facilitando, a participação dos sujeitos da pesquisa e a obtenção de seus resultados.

3.4 Sujeitos do estudo

Para a realização do estudo, foram convidados 13 enfermeiros das unidades de internação pediátrica dos hospitais convidados. Mas dos 13 sujeitos que participaram da etapa de orientação, só nove foram entrevistados por cumprirem os critérios de inclusão na pesquisa e em razão da natureza do referencial qualitativo.

O foco da entrevista foi a experiência do enfermeiro na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*, as facilidades e dificuldades durante a avaliação da dor pediátrica independente da idade ou sexo do sujeito participante, tempo de graduação ou pós-graduação, tempo de atuação no setor de pediatria, entre outros.

3.4.1 Critérios de inclusão dos sujeitos do estudo

Os enfermeiros participantes deveriam pertencer ao quadro de funcionário das Instituições participantes durante o período da coleta de dados ou ter experiência na utilização do instrumento –*Cartões de Qualidade da Dor* e deveriam apresentar uma ou mais experiências na utilização do instrumental da pesquisa nas distintas faixas etárias (escolar/adolescente).

3.4.2 Critérios de inclusão das crianças e adolescentes

Os enfermeiros das Instituições aplicaram os cartões nas crianças e adolescentes de ambos os sexos que se encontravam na faixa etária escolar (6 a 12 anos) e adolescentes (12 a 18 anos incompletos) durante o período de coleta de dados. Para tanto, deveriam estar internadas, apresentarem o fenômeno doloroso agudo ou crônico recente, ou em cuidados paliativos independente da patologia de base e com capacidade de verbalizar, compreender as representações gráficas dos descritores de dor contidos nos cartões e que, seus responsáveis legais tivessem autorizado sua participação no estudo e conscientes de que não seriam beneficiados financeiramente (Apêndice 3).

3.4.3 Critérios de exclusão das crianças e adolescentes

As crianças e adolescentes que não pertencessem à faixa etária escolar ou adolescentes no período da coleta de dados e que já tivessem sido avaliadas com os cartões em outra oportunidade, que fossem incapazes de compreender e/ou verbalizar as representações gráficas dos descritores

de dor dos cartões e que o responsável legal não tivesse autorizado sua participação no estudo foram excluídas da avaliação.

Nos dados dos Quadros 2, 3, 4 são apresentadas as particularidades do estudo, nomeados pela letra E maiúscula seguida do número referente à ordem das entrevistas realizadas pela pesquisadora.

É importante destacar que a investigadora não teve nenhum tipo de contato com os pacientes pediátricos. Portanto, quando o fenômeno doloroso foi identificado na criança e adolescente, a conduta tomada ficou sob responsabilidade do funcionário do setor. Assim, a pesquisadora ficou isenta desta responsabilidade.

Os dados do Quadro 2 apresentam a caracterização dos sujeitos quanto à idade, sexo, número de filhos e idade deles.

Quadro 2 – Caracterização dos sujeitos quanto aos dados pessoais, segundo a idade, sexo, número e idade dos filhos.

SUJEITOS	IDADE	SEXO	NÚMERO DE FILHOS	IDADE DOS FILHOS
E 1	23 anos	Feminino	Não possui	
E 2	23 anos	Feminino	Não possui	
E 3	39 anos	Feminino	Não possui	
E 4	39 anos	Feminino	Não possui	
E 5	42 anos	Feminino	Não possui	
E 6	29 anos	Feminino	1	3 anos
E 7	29 anos	Feminino	1	4 anos
E 8	32 anos	Feminino	1	1,3 anos
E 9	33 anos	Feminino	2	5 e 2 anos

Os dados do Quadro 3 mostram a caracterização dos sujeitos quanto à escolaridade.

Quadro 3 – Caracterização dos sujeitos quanto à escolaridade, segundo a graduação, tempo de conclusão, local de formação, pós-graduação, área e tempo de pós-graduação.

SUJEITOS	GRADUAÇÃO	TEMPO DE CONCLUSÃO	LOCAL DE FORMAÇÃO	PÓS-GRADUAÇÃO	ÁREA	TEMPO DE CONCLUSÃO
E 1	Enfermagem	1 ano	EEUSP	Não possui		
E 2	Enfermagem	1 ano	EEUSP	Não possui		
E 3	Enfermagem	16 anos	EEUSP	Especialista	Pediatria	10 anos
E 4	Enfermagem	17 anos	UNASP	Doutoranda	Gerenciamento	Em curso
E 5	Enfermagem	20 anos	EEUSP	Especialista	Estomaterapia	8 anos
E 6	Enfermagem	6 anos	EEUSP	Especialista	Pediatria	4 anos
E 7	Enfermagem	7 anos	EEUSP	Mestre	Pediatria	4 anos
E 8	Enfermagem	8 anos	EEUSP	Especialista	Pediatria	6 anos
E 9	Enfermagem	10 anos	EEUSP	Especialista	Emergência	6 anos

Os dados do Quadro 4 mostram a caracterização dos sujeitos quanto à profissão, tempo de atuação na enfermagem e na área de pediatria.

Quadro 4 – Caracterização dos sujeitos quanto à profissão, segundo o tempo de atuação na enfermagem e tempo de atuação na área de pediatria.

SUJEITOS	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ENFERMAGEM	TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE PEDIATRIA
E 1	3 meses	3 meses
E 2	3 meses	3 meses
E 3	15 anos	15 anos
E 4	16 anos	16 anos
E 5	20 anos	19 anos
E 6	5 anos	3 anos
E 7	7 anos	5 anos
E 8	7 anos	7 anos
E 9	9 anos	6 anos

3.5 Procedimentos para coleta de dados

A investigação foi dividida em três etapas distintas, respeitando à seguinte ordem:

Figura 1 – Ordem das etapas da coleta de dados

A seguir, são elucidadas as três etapas que compõem o processo de coleta de dados, bem como as responsabilidades da pesquisadora.

3.5.1 ETAPA 1 – ORIENTAÇÃO DOS SUJEITOS

Posterior à análise do projeto pelo Comitê, os procedimentos de coleta de dados delineados iniciaram-se com uma proposta para orientação aos profissionais de enfermagem, abordando o uso dos *Cartões de Qualidade da Dor* apresentados às Chefias de Enfermagem e Médica e ao responsável da unidade de internação infantil das Instituições que aceitaram o convite.

A orientação foi realizada na própria Instituição pela pesquisadora sob a supervisão da orientadora do estudo, em local determinado pela Instituição de saúde participante, o próprio setor onde os enfermeiros atuam, facilitando-lhes a participação e evitando transtornos pela ausência.

A data e o local foram agendados com os responsáveis de enfermagem das Instituições, sendo o dia decidido com antecedência em comum acordo entre a instituição e a disponibilidade da pesquisadora, acontecendo em conjunto e individual, conforme a disponibilidade do setor e dos participantes. A duração da orientação ocorreu em um único período máximo de 30 minutos de duração, sendo distribuídos nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite), evitando prejuízo no andamento das atividades nas Unidades pela ausência dos enfermeiros.

Na orientação, os seguintes temas foram abordados:

- Objetivos do presente estudo (geral e específicos);
- Caminho metodológico utilizado;
- Construção, distribuição e utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*;

Em seguida, foram entregues aos enfermeiros o instrumento de avaliação com 18 *Cartões de Qualidade da Dor*, uma legenda para consulta durante a utilização dos cartões, como material de apoio, e as fichas impressas para uso dos *Cartões de Qualidade da Dor* contendo: dados pessoais criança e adolescente, diagnóstico, fenômeno doloroso (visão da criança e adolescente e do profissional da saúde e aspectos sobre a utilização do instrumento, contendo: duas questões norteadoras para serem indagadas às crianças e adolescentes pelos profissionais (Apêndice 4):

- “O Cebolinha está sentindo dor, qual tipo de dor ele está sentindo?”
Conforme a resposta que a criança e adolescente fornecesse, o enfermeiro deveria assinalar com um “X” os cartões identificados.

Depois de realizado esse procedimento com todos os cartões, o profissional disponibilizava todos os cartões para a criança e adolescente e fazia a seguinte pergunta:

- “A dor que o Cebolinha está sentindo é igual a sua?” Conforme a resposta, o profissional deveria assinalar um ou mais cartões identificados, de acordo com a similaridade da dor da criança e adolescente.

Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para ser fornecido ao responsável legal do menor de idade.

Após esse momento, a pesquisadora esteve à disposição para esclarecer as possíveis dúvidas que ainda pudessem existir e distribuir mais fichas impressas de utilização do instrumento de avaliação da dor.

3.5.2 Etapa 2 – Aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* pelos participantes

Após a orientação, os participantes foram convidados a aplicarem os *Cartões de Qualidade da Dor* nas crianças e adolescentes internados nas unidades pediátricas dos Hospitais.

O período para uso dos cartões foi de, quase, 30 dias. Cada participante realizou o número mínimo de uma aplicação nas diferentes faixas etárias (escolares e adolescentes). Durante o período, os enfermeiros puderam esclarecer as possíveis dúvidas pessoalmente, por meio das visitas periódicas da pesquisadora ou em ambiente virtual (pelos “*chats*” e/ou e-mail).

3.5.3 Etapa 3 – Entrevista com os participantes

As entrevistas foram do tipo semiestruturadas, realizadas após os participantes terem vivenciado, pelo menos, uma aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* em cada faixa etária estabelecida, no período aproximado de 30 dias, a contar da data de orientação.

A pesquisadora entrou em contato com os enfermeiros para agendar a entrevista individual que aconteceu em um local reservado para evitar interrupções e possíveis distrações, tanto ao entrevistado como à entrevistadora, em geral, no próprio ambiente de trabalho do participante, evitando seu deslocamento ou à escolha do participante.

O motivo pela escolha da entrevista qualitativa deveu-se ao fato de gerar uma oportunidade de compreender os pontos de vista dos entrevistados, com suas próprias palavras, sobre o mundo. Podendo ser semi-estruturada ou não estruturada ⁽⁵⁹⁾.

Para cumprir os objetivos do estudo, a estratégia de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, já que as indagações da pesquisadora não foram completamente respondidas no levantamento bibliográfico. As perguntas foram abertas, claras e neutras, evitando aquelas capciosas, além de respeitar uma sequência lógica, pois o entrevistado poderia respondê-las livremente ⁽⁵⁹⁾.

Todas as entrevistas foram gravadas, com um gravador digital e transcritas na íntegra, conforme a autorização do participante, buscando conhecer a experiência dos enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*, abordando as facilidades e dificuldades experienciadas no processo de aplicação ⁽⁵⁹⁾.

O discurso do entrevistado foi trabalhado com a fala relativamente espontânea – discurso falado do entrevistado guiado mais ou menos à sua vontade. Narrativa livre daquilo que foi vivido, sentido e pensado sobre sua experiência, e da presença da subjetividade no discurso onde podem ser identificados os processos cognitivos, sistema de pensamento e valores, suas emoções, sua afetividade e a exposição de seu inconsciente ⁽⁵⁹⁾.

A seguir, são apresentadas as questões norteadoras utilizadas na entrevista com os profissionais de saúde:

- ☆ *Conte-me sua experiência ao utilizar os Cartões de Qualidade da Dor.*
- ☆ *Conte-me as facilidades no uso dos Cartões de Qualidade da Dor.*
- ☆ *Conte-me as dificuldades no uso dos Cartões de Qualidade da Dor.*

3.6 Procedimentos para análise dos dados

3.6.1 Estratégia Metodológica – Discurso do Sujeito Coletivo

Os dados foram analisados, utilizando a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo – DSC ⁽⁶⁰⁾, tendo em vista que se trata de um estudo qualitativo, no qual se pretendeu conhecer o pensamento de uma comunidade (enfermeiros) sobre um dado tema (experiência na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* nas unidades de internação pediátrica), sendo necessário acessar os pensamentos, na qualidade de expressão da subjetividade humana, que precisam previamente passar pela consciência humana.

Para a obtenção dos dados, é preciso que o entrevistador utilize perguntas abertas deixando o sujeito se expressar parcialmente livre, produzindo um discurso sobre o tema desejado. Em síntese, é possível descobrir, o que pensa uma pessoa ou um conjunto de pessoas. Feita a pergunta aberta, agora é necessário juntar os discursos produzidos individualmente de modo que eles expressem o pensamento de uma coletividade ⁽⁶⁰⁾.

Para somar esses discursos, foi criado o conceito de DSC, que se trata de uma proposta de organização e tabulação dos dados qualitativos de natureza verbal, obtidos dos depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*, revistas especializadas, etc., extraíndo as ideias centrais e as correspondentes expressões-chave das ideias centrais semelhantes, compondo um ou mais discursos-síntese na primeira pessoa (coletiva) do singular ⁽⁶⁰⁾.

Em suma, o DSC é um conjunto de discursos sobre um dado tema visando a dar luz ao conjunto de individualidades semânticas componentes do imaginário social com a finalidade de fazer a coletividade falar diretamente ⁽⁶⁰⁾.

Para a construção do DSC, é indispensável que alguns passos sejam seguidos cuidadosamente, para que o resultado final tenha uma representação fidedigna do pensamento de uma coletividade daquilo que foi investigado, como sendo o emissor de um único discurso ⁽⁶⁰⁾.

Para se produzir o DSC, as Expressões-chave (ECH) são importantes, visto que são trechos ou transcrições literais dos depoimentos orais, devendo ser destacadas pelo pesquisador, pois revelam a essência do depoimento ou do conteúdo discursivo dos seguimentos em que se dividem ⁽⁶⁰⁾.

Geralmente, as ECH correspondem às questões do estudo. Sendo assim, representam a veracidade do depoimento oral, além de permitirem ao leitor realizar a comparação entre o trecho escolhido com as afirmativas reconstruídas,

julgando se são ou não pertinentes à forma de traduzir discursivamente a Ideia Central. Enfatiza-se a necessidade de cautela no momento da escolha das ECH, havendo sempre uma intenção a selecionar quase tudo ou quase nada das partes discursivas ⁽⁶⁰⁾.

Recomenda-se retirar das ECH tudo que é irrelevante, inexpressivo, secundário, além das particularidades da fala do sujeito que demonstram as individualidades, como por exemplo, nomes, datas, estado civil, idade e história individual, retendo o máximo possível da essência do pensamento, tal como ele aparece no discurso analisado ⁽⁶⁰⁾.

Além disso, é necessário ter cautela ao decompor o discurso, resultando assim em um material rico e significativo de ECH, produzindo com mais facilidade o DSC correspondente. Se não forem retiradas as particularidades da fala do sujeito, este virá repleto de atributos individuais que, possivelmente, irão impedir ou dificultar a construção de um discurso mais genérico que contemple a representação social sobre um fenômeno ⁽⁶⁰⁾.

Posto isso, o DSC tem como intuito uma estratégia metodológica para visualizar com maior nitidez uma dada representação social que brota com base em uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Para sua preparação, segue-se uma lapidação indutiva de análise, que é caracterizada pela seleção das principais Ideias Centrais presentes nos discursos individuais, formando um discurso coletivo onde todos estão representados por uma única pessoa – sujeito coletivo.

Os autores entendem Ideia Central (IC), como sendo as afirmações que permitem traduzir o fundamental do conteúdo discursivo, apontado pelos sujeitos em seus depoimentos. Portanto, é a expressão linguística que revela ou descreve, de maneira precisa e resumida, o sentido e o tema das ECH em cada

depoimento oral. Apresentando-se em pequeno número nos discursos, sempre abstratas, conceituais, sintéticas e frias ⁽⁶⁰⁾.

Inúmeras vezes é preciso passar o texto por uma meticulosa operação de identificação dos temas, já que estes estão ligados exatamente “sobre o quê” o sujeito está falando, tornando sua compreensão um pouco difícil no contexto dos discursos. Por outro lado, pode haver muitos temas dentro de uma mesma questão de um discurso, provocando confusão ao pesquisador, sendo necessário, buscar identificar os vários temas que estão presentes em cada discurso e só então extrair a IC.

Assim sendo, entende-se a IC como sendo a “síntese do conteúdo discursivo verbalizado pelos sujeitos” durante a análise dos depoimentos. Constituída por afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade presente, bem como os juízos de valor do cotidiano dos depoentes ⁽⁶⁰⁾.

Portanto, o pesquisador deve ler e reler exaustivamente cada entrevista, para notar os temas que emergem com maior vivacidade e frequência, revelando a essência do sentido das falas dos sujeitos. A partir daí, é possível considerar equivalentes os depoimentos que apresentam o mesmo tema, podendo ser somados, já que expressam o mesmo conceito ⁽⁶⁰⁾. Para chegar ao tema, utilizou-se como referência as orientações para ordenação por meio da análise temática, ou seja, “leitura flutuante e a constituição de um corpus” ⁽⁵⁸⁾. Adaptou-se a nomenclatura da autora usada em sua obra – núcleo de sentido que se nomeou de temas.

A seguir, serão apresentadas as figuras que demonstram a essência do sentido das observações dos sujeitos, que foram agrupadas em dois grandes temas, conforme os objetivos específicos da pesquisa.

Figura 2 – Facilidades encontradas pelo enfermeiro no uso dos *Cartões de Qualidade da Dor*

Figura 3 – Dificuldades encontradas pelo enfermeiro no uso dos *Cartões de Qualidade da Dor*

No entanto, é errado pensar que o DSC seja um aglomerado de fragmentos das falas dos sujeitos que são retiradas das entrevistas. Para construí-lo, o autor deve ter um cuidado profícuo, além de “resgatar o discurso, como signo do conhecimento dos próprios discursos”.⁽⁶⁰⁾

Assim sendo, o DSC tem como objetivo uma estratégia metodológica que permite visualizar com maior clareza uma dada representação social que emerge com base nos pensamentos contidos nos discursos dos sujeitos que estão representados por um único discurso permitindo, assim, a emergência da fala ou do discurso do social.⁽⁶⁰⁾

A seguir, são discutidos os resultados obtidos com base nas falas dos enfermeiros que concebem esta representação social. Os resultados deram origem a dez DSC que foram divididos em dois grandes temas: facilidades e dificuldades pautadas nas ideias centrais do pensar de cada sujeito aqui representado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. Apresentação dos Discursos do Sujeito Coletivo

A análise minuciosa das entrevistas dos enfermeiros participantes da experiência pessoal quanto à utilização dos cartões permitiu destacar as Ideias Centrais (IC), que foram agrupadas por semelhança, originando os DSC pautados em dois grupos cujos temas são: Facilidades dos Enfermeiros na Utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* e Dificuldades dos Enfermeiros na Utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*, conforme apresentados a seguir.

Tema 1 – Facilidades dos enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*

1. DSC – Percepção do enfermeiro em relação à aplicação dos cartões
2. DSC – Percepção do enfermeiro em relação aos cartões
3. DSC – Percepção do enfermeiro em relação às crianças e adolescentes
4. DSC – Percepção do enfermeiro em relação às mães
5. DSC – Percepção do enfermeiro em relação ao manejo da dor

Tema 2 – Dificuldades dos enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*

6. DSC – Percepção do enfermeiro em relação à aplicação dos cartões
7. DSC – Percepção do enfermeiro em relação aos cartões
8. DSC – Percepção do enfermeiro em relação às crianças e adolescentes
9. DSC – Percepção do enfermeiro em relação às mães
10. DSC – Percepção do enfermeiro em relação ao manejo da dor

A seguir, serão apresentados e discutidos os Discursos do Sujeito Coletivo originados com base em cada tema acima citado, resultados das entrevistas com os nove enfermeiros participantes.

Tema 1 – Facilidades dos enfermeiros na utilização dos Cartões de Qualidade da Dor

1. DSC – Facilidades: percepção do enfermeiro em relação à aplicação dos cartões

“Eu achei bacana de aplicar, é gostoso, porque você acaba fazendo uma atividade com a criança. Então em uma enfermaria que tem três crianças com apendicectomia, uma fica vendo a outra e: *tia, tia, o que é isso?* Eu falei: *Calma que eu vou fazer com você também.* E depois que eu apliquei, quando eu vi que o outro estava interessado, daí que eu fui aplicar no outro para depois falar o resultado de cada um, o que era cada cartão. Então ficou até que uma brincadeira. Eu achei legal, gera bastante curiosidade se você aplica na frente de outra pessoa: *O que é isso? O que é isso?* Acho isso muito bom. Eu cheguei com os cartões, perguntei se eles queriam participar, não só para as mães, perguntei para os pais primeiro e perguntei se eles queriam e eles toparam na hora, super bonitinhos. Eu falei: *a gente vai brincar só que não é de acertar ou errar é para ver se vocês sabem ajudar a gente para falar que tipo de dor o Cebolinha está sentindo. Mas não tem certo ou errado.* Eles toparam super na boa participar, acharam super divertido. Aí eu comecei a perceber se a criança não sabe e você pula para o próximo, bloqueia, se você deixa ele pegar e ficar olhando: *mas pode ser, sei lá, posso mudar? Acho que pode ser outra coisa agora.* Aí então eu não falava o que era. Acho que tem que ter um pouco de liberdade para criança. Fluía muito mais fácil. Trazia um vínculo. Preparava um vínculo aí eu aplicava os cartões. Aí saía uma coisa mais fácil. Aí eu acabei aplicando em uma enfermaria que estava todo mundo com pós-operatório de apendicectomia. Achei legal! No segundo pós-operatório é legal você aplicar, daí ela vai lembrar-se da dor que ela tinha. Bom, eu apliquei com duas crianças, com diagnósticos que eles sofreram de dor, né, em algum momento da internação. Eu vi no plantão as crianças que tinham uma história de uma patologia que provocasse que fosse mais associada à dor e pela história que as mães tinham relatado e que estava escrito em nossos impressos que realmente a criança tinha se queixado de muita dor, tinha sido medicada varias vezes e tal. Também não eram crianças que tinham acabado de chegar, elas estavam aqui há alguns dias, então eu achei que seria mais fácil, a criança já estaria mais adaptada ao ambiente e não seria mais outra coisa para a criança, no primeiro momento quando chega às vezes está com medo, estranhando e ainda ter que fazer isso. Mas depois com o tempo, quando a gente começava a conversar, deixava a coisa fluir, ia tranquilo. Mas foi muito legal, muito legal mesmo. É você se familiarizando depois você faz super fácil. Depois que eu já conhecia os cartões foi facinho. Uma das crianças estava na sala de TV, eu reservei mais para o cantinho só para ela se concentrar, mas não tirei do ambiente. Só falava, pedia para elas identificar e não falava o resultado. Eu a deixava escolher todas. daquelas que ela tinha identificado, qual dor ela estava sentindo. Depois eu explicava: essa carta aqui é uma dor em queimação, você já teve azia ou você já sentiu de raspar no asfalto, dava uns exemplos de dor em queimação. Aí ela falou que não. Eu não falei que eles tinham errado nenhuma figura, né. Então quanto mais você aplica mais fácil fica de você aplicar. Na última, acho que eu apliquei em 3, na terceira foi fácil, bem facinho! (risos) Foi gostoso. Eu acho que é isso. Eu achei bom. Eu expliquei para as mães, depois que eu terminei que eu as deixei verem os cartões, mas na hora, eu falei para elas que era só com as crianças e aí elas não ajudaram. Então era pá-pum, eles já respondem, então era super rápido, usar esses daqui. A base que eu ia mostrando não demorava muito não. Eu achei que fosse demorar, mas foi super tranquilo, as crianças não demoraram a realizar a escolha. Ah, é muito rápido! Acho que, uns 5 minutos eu fazia. Assim, acho que por isso que as entrevistas foram rápidas, em torno de 5 minutos. Esse aqui levou 10 minutos, rapidinho, rapidinho, rapidinho! Cada uma por volta de uns 10 minutos. Não é muito tempo eu achei. Achei bom! Achei que foi rápido. Eu marquei ali (ficha de aplicação) 5 minutos. Ah o tempo dá. Eu levei uns, pra mostrar os cartões foi uns, 5 ou 6 minutos. Foi um tempo relativamente curto. Relacionado ao tempo sim, tranquilo esse tempo para avaliação da dor. Não que isso tivesse levado muito tempo porque na verdade é muito rápido, depois

que eu fiz o primeiro nossa é muito rápido, dá até vergonha de não ter feito mais. Ai foi menos de dez minutos do total, da hora que eu fui lá ao quarto, conversei com a mãe, fiz apliquei tudo, até terminar em torno de nove ou dez minutos. Tanto ele (o garoto c/ dor de ouvido) quanto à outra garota também muito rápida. E é rápido aplicar, não é demorado. A primeira (criança maior) foi uns cinco minutos, o tempo que ela manipulou, manuseou. E o garoto (criança menor) foi um pouquinho mais, uns dez minutinhos, mas nem sei se chegou a tudo isso. Tinha criança que era muito rápido, ela olhava, olhava, olhava, e assim não tinha muito mesmo que ficar ali e assim era uns 10 minutos que eu demorei em aplicar. Individualmente, eu acho que assim é mais tranquilo de aplicar. Eu acho que aplicar em conjunto não dá certo não, um acaba sendo influenciando pelo outro. *Isso aqui é um dor em mordida (fala de uma criança). Ah, é verdade, verdade também acho (fala da criança influenciada).* Tem que ser individual mesmo. Então, eu fiquei pensando se a gente tivesse que aplicar esse seria muito rápido, muito fácil, porque é pratico a gente acessar esse material, entendeu? Não achei que teve nenhuma dificuldade não. Foi tranquilo. Foi bem legal aplicar o cartão. Foi mais fácil aplicar em adolescentes idades de 12, 13 anos, um tinha quase uns 8 anos e o outro tinha 13. O outro da apendicite, ele escolheu o 12 – enjoado, só que quando eu perguntei, ele falou que o Cebolinha estava tonto, com tontura e na hora ele escolheu esta dor. Ele escolheu só uma dor também, quando eu perguntei se tinha mais alguma, ele disse que não, que só tinha essa. Eu perguntei para ele qual dor ele estava sentindo naquele momento? Ele disse que era formigamento. Só que aí eu perguntei uma coisa a mais. Mas e na hora que você quebrou a perna que tipo de dor você sentiu? Porque foi fratura exposta, então ele falou: *Foi como se tivesse dando uma agulhada na minha perna.* Ele identificou as duas dores, a dor que ele estava sentindo naquele momento que já tinha feito a cirurgia tudo, e da dor que ele sentiu na hora da fratura, As duas vezes que eu fiz eu acabei perguntando a dor daquele momento e a dor do momento mais forte, tanto do pós-operatório imediato da criança da apendicite quanto da outra que era fratura do momento que ele quebrou a perna. E as duas falaram que tinha melhorado bastante. Só teve uma criança em um cartãozinho só quando eu mostrei no final, quais dessas dores você está sentindo? E mostrei os cartõezinhos. Daí ele escolheu algumas e escolheu esta dor enjoada (cartão 12). Ele falou assim: *Ah eu estou mais igual esse aqui por que eu estou enjoado.* Pode ser um enjôo assim um mal estar que ele estava sentindo, mas que não estava incomodando a ponto de ter que chamar a enfermeira porque eu não aguento. Mas ele expos isso pelo cartãozinho. Aí acabou que no final foi super tranquilo de fazer. Foi bem bacana. Foi muito interessante. Achei muito legal! Eu acho que foi bem legal utilizar os cartões.”

Os relatos dos enfermeiros, mediante o DSC acima, mostraram que a aplicação dos cartões foi fácil, rápida e muito prática, mesmo para aqueles sem experiência prévia na utilização de outros instrumentos de avaliação da dor, tornando-se mais fácil e ágil, mediante o número de utilizações.

Os cartões despenderam um curto tempo de aplicação, além do efeito lúdico, interpretado pelas crianças e adolescentes como uma brincadeira. Até mesmo o próprio profissional se sentiu estimulado a utilizar o instrumento em outras crianças.

Outro importante ponto facilitador levantado pelos profissionais sobre a utilização dos cartões está relacionado à oportunidade para descobrir informações sob o ponto de vista da criança, podendo atuar de forma eficaz na avaliação e no tratamento da dor.

A intensidade e o alívio da dor devem ser avaliados e reavaliados em intervalos regulares pelos enfermeiros. Muitas vezes, as crianças podem não relatar a presença da dor, sendo necessário que os profissionais saibam intervir positivamente nessas situações.

Em um estudo recente, resultados confirmam que a avaliação da dor em crianças é mais eficaz quando o enfermeiro associa o uso de um instrumento de avaliação aos conhecimentos sobre o quadro clínico da criança e sua observação atenta ⁽⁶¹⁾.

Algumas Instituições nacionais de saúde já criaram grupos de profissionais como: enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, entre outros visando tratar a dor com mais propriedade, além de instituí-la, como quinto sinal vital.

A avaliação da dor pediátrica é um dos problemas mais desafiadores que os profissionais deparam-se. Faz-se necessário testar instrumentos que possibilitem não apenas avaliar, mas também discriminar e mensurar as diferentes dimensões da experiência do fenômeno doloroso infantil ⁽²⁾.

Sabendo que a criança recém-chegada ao setor pode estar assustada e com medo do ambiente hostil, os enfermeiros participantes deste estudo tomaram o cuidado de esperar que ela se adaptasse à sua nova realidade, conhecesse as pessoas que lhe prestariam assistência e só depois aplicaram o instrumento de avaliação da dor.

A realização do exame físico e do uso de instrumentos de avaliação da dor possibilita ao profissional ter uma visão mais ampla da situação ⁽²²⁾. Sendo assim, é preciso atenção às interferências ambientais, pois implicam uma série de alterações que dificultam a aplicação de escalas de avaliação da dor ⁽⁶²⁾.

Grande parte dos enfermeiros, no DSC acima, percebeu que a aplicação do instrumento em adolescentes foi bem mais rápida e fácil do que em crianças menores, além de considerar mais produtiva a aplicação

individual do instrumento. Entretanto, uma participante preferiu utilizar os cartões em grupo.

Conforme resultados de estudo, autores constataram o uso de instrumentos para avaliação da dor pode ter interpretações diferentes, segundo o profissional que utiliza ⁽²²⁾.

DSC 2 – Facilidades: Percepção do enfermeiro em relação aos cartões

“É a facilidade mesmo de você começar conversar com as crianças através dos cartões. Então, dessa forma, eu também acho os cartões interessantes para as enfermeiras e equipe de saúde começar um vínculo com a criança. Eu achei que para as crianças, por exemplo, que têm dificuldade de falar ou que é bebê, os cartões ajudariam. É muito gostoso você além de poder qualificar e quantificar a dor. Você vê que a pessoa está sofrendo, mas é qualificar e quantificar a dor no seu aspecto gráfico. É muito legal. É muito bom. Deu para quantificar e deixar em termos gráficos, né. Deixar escrito a dor. Achei que ajudaram bastante. Pelo desenho eles mostram interesse em querer participar, né. Mas foi bom, por ter figurinhas para as crianças. Primeiro por ser do Cebolinha todas as crianças já se empolgavam: *ah me deixa ver o Cebolinha!* Acho que se fosse qualquer outro desenho eles não iriam, talvez, e porque é muito visual. E usar o Cebolinha que é conhecido, é um personagem bastante conhecido pelas crianças e pelos adolescentes é muito legal! Você vê que ele já é um indivíduo fragilizado pela Monica, então ele sempre sofre dor por conta das pancadas que ele leva da Mônica. A empatia que o personagem proporciona é muito, importante. Eu acho que é um atrativo. Por ser um personagem de história em quadrinhos, as crianças conhecem bem, eu acho! (risos) Por ser um desenho conhecido deles, né. Foi essa a facilidade maior que eu percebi. Eu acho que o fato de ser o Cebolinha, de ser a figura eles adoraram. Isso facilitou. Mas o fato de ser figura e de ser o Cebolinha acho que ajudou bastante. Quando a gente mostra a figura que é o Cebolinha, os dois que eu fiz na hora abriram um sorriso e era colorido. A cor dos cartões é muito legal. Achei uma coisa bem viva. E pelo fato de ser colorido, também, acho que chama atenção deles. O fato de ser cartão, a gente vai passando os cartões, mostrando é muito prático. Acho que a manipulação fica fácil com o cartão. A forma de como o material é impresso, eles conseguem mexer melhor do que se fosse alguma coisa impressa para ser identificado, acho que teria mais dificuldade, se fosse como eu posso te explicar, se fosse somente um papel. Por ser plastificado, das crianças poderem pegar, de estarem soltos, da higiene do cartão também, né, você passa um álcool para passar de uma criança para outra. Então o fato deles poderem pegar como um baralho, como um joguinho, eu acho que fica mais acessível. Acho que eles relacionam isso como sendo um brinquedo, parecendo alguma coisa assim conseguem manipular melhor. Muito fácil para eles acessarem, se eles querem pegar, se eles querem mexer é um material que não estraga, não deteriora a gente pode deixá-los manipular também e os cartões eram separados. Eu achei interessante cada cartão com uma figura, não esse inteiro (legenda), porque se não eles não se concentram na figura. Então pelo fato de ser cartão e com essa, plastificação eles ficaram super tranquilos para poder manipular bem: *Não, volta tia. Deixa-me ver a outra, deixa eu ver a outra de novo.* Acho que praticamente o que a criança identifica né. É muito fácil a gente pegar, manipular, é prático. E a figura e o quadrinho em si estimulam muito a criança e eles se empolgam para falar sobre os cartões, né: *Olha essa dor, essa dor aqui é igualzinha a minha!* Acho que é só. Não lembro (risos). Ah, é fácil manusear e é legal assim! Acho que estão bons esses cartões. Então, eu achei que esses daqui você bate o olho, a criança e os adolescentes já falam o que é. Esse aqui principalmente a gente perguntava: *é isso.* Daí não tinha que ficar, mas que tipo? Alguns eram bem claros. Aqui estão representadas de uma forma geral as dores. Dos cartões que eu, dos nove selecionados, eu achei que foram muito úteis. Achei bárbaro. Minha opinião, é que são bons. Eu achei interessante. Para a gente é até mais tranquilo. Olha, eles são muito interessantes. Acho que era essa a intenção dos cartões, fala o que a criança vê em mente.”

O DSC acima mostrou que existiam várias facilidades relacionadas aos cartões, tais como: a forma e o tamanho semelhante às cartas de um jogo de baralho, o fato de serem coloridos e disporem de uma única figura em cada cartão. Além disso, o material utilizado no instrumento facilitou a limpeza e desinfecção, evitando o risco de infecção cruzada.

Outro ponto referente ao instrumento que facilitou a utilização deveu-se à escolha do personagem “Cebolinha” para ilustrar os descritores da dor, por ser muito conhecido das crianças pode ter sido um fator de identificação entre eles além de aproximação com o enfermeiro.

Os enfermeiros consideraram que o fato de os cartões poderem ser usados de forma geral para avaliar a dor, facilitou sua aplicação. Por isso os participantes perceberam, em alguns casos, respostas semelhantes das crianças e em outros casos cada um deu a sua definição particular do descritor da dor, conforme sua realidade na ocasião da entrevista.

Ao aproximar-se da criança com o intuito de conhecer seus sentimentos em relação à dor, o profissional estará motivado a lhe proporcionar um momento para sua expressão livre; esse processo pode ser intermediado por um brinquedo, por exemplo, a fim de facilitar o contato com a criança.

Por isso entende-se que o brinquedo é um instrumento facilitador para a comunicação com a criança, uma vez que permite sua expressão numa linguagem própria, além de possibilitar o contato da criança com ela mesma, mostrando aquilo que realmente sente e que muitas vezes não consegue traduzir para a linguagem adulta. Permitir que a criança verbalize momentos difíceis durante o brincar ou mesmo brinque com as situações vividas no hospital ajuda-a a compreender sua condição existencial singular de estar lançada no mundo da doença.

Por se tratar de um assunto pouco conhecido e compreendido pelos profissionais, faz-se necessário utilizar instrumentos que facilitem a comunicação com a criança e que possam ajudá-la a expressar de forma mais precisa seus sentimentos em relação à dor e à hospitalização. Para isso, os *Cartões de Qualidades da Dor* ⁽²⁾ foram utilizados em um estudo uma vez que traziam ilustrações relativas à temática da dor, na linguagem da própria criança. Os cartões suscitaram sentimentos e emoções diretamente relacionados à situação de dor, favorecendo a compreensão do significado da hospitalização e da dor para a criança.

Ver a criança como um indivíduo de direitos e deveres e fornecer a mesma um espaço para que ela possa expressar seus sentimentos e expor o significado que a hospitalização e a dor representam, torna-se fundamental para se conseguir um relacionamento seguro e construtivo que atinja um cuidado de enfermagem mais efetivo ⁽²⁾.

DSC 3 – Facilidades: Percepção do Enfermeiro em Relação às Crianças e adolescentes

“Então, minha experiência foi extremamente interessante, porque as crianças estavam super empolgadas para responder e elas percebiam que tinha a ver com o que estava acontecendo com elas nessa interação. A criança fica olhando um tempão, mesmo quando acabava a entrevista, ela queria ver de novo. Uma me via aplicando na outra e queria: *O que você está fazendo?* No primeiro momento as crianças ficavam interessadas em participar por causa dos cartões. Uma mãe até falou: *ele está no computador e eu não sei se ele vai querer?* Aí eu fui e conversei com ele, e ele falou: *sim, vamos.* Foram super receptivos mesmo acamados eles ficam super contentes quando vêem os cartõezinhos e identificam super bem. Porque quando a gente faz, eles se apegam aos detalhes, cada detalhezinho do desenho eles conseguem prestar atenção, tanto que os cartões já estão todos fora de ordem porque eu os deixei mexerem, manipularem foi e voltou para eles poderem decidir. Inclusive é com o Cebolinha, que é um personagem que elas normalmente têm afinidade, elas gostavam de responder, a criança já ia mais pelo Cebolinha do que pela dor. Quando eles viam que era do Cebolinha eles ficavam curiosos para saber o que era aquilo, as crianças gostaram muito das figuras. Gostaram de ver o Cebolinha, achavam superlegal! Mas a gente falava se tivesse ruim a gente parava a entrevista, mas nunca aconteceu, nenhuma se recusou a fazer. Só teve uma logo no início que ficou meio assim, mas quando a gente criou um vínculo maior ela aceitou responder. No geral as crianças dos 5 aos 10, 11 anos eram sempre as mesmas respostas, o mesmo nível. Antes eu achava que os mais velhos iriam entender um pouco melhor, mas às vezes não. Eles falavam as mesmas coisa que uma criança de 4 anos. Eu senti que as respostas eram as mesmas para crianças e adolescentes. Talvez na idade de adolescente eles falam um pouco mais, eles sabiam a resposta correta, eles acertavam um pouco mais. E os mais velhos eram mais diretos: é dor disso, falavam de dores anteriores, do que os mais novos. Os adolescentes pensam mais, eu acho, não é tão óbvias as respostas, eles tentavam refletir mais, mas no final, eles também riam das próprias respostas e gostavam também. Eu achei que, como eu apliquei em 2 maiores, eles iam falar: *Putz tia que babaquice.* Mas não. Curtiram um monte (*ênfase*). É muito mais fácil aplicar no adolescente, na criança. Dependendo do grau de esclarecimento da criança ela conseguia identificar muito mais sensações, dores e tal, do que outras. O que tinha 13 anos já falava mais, era mais comunicativo, tinha mais interesse, a outra já tem um pouquinho mais de idade e também sabe se expressar melhor acho que por já ter passado por alguma daquelas outras dores elas sabem identificar isso, né. Ainda mais que as duas acho que tinham 9 anos, eram grandes né. Eu achei que é interessante a enfermeira usar, principalmente nas crianças mais tímidas, que não falam, eu já senti isso, você vê que elas se identificam mesmo com aquilo, aí você consegue conversar mais com elas, principalmente os menores, mas se você pensar por outro lado, isso criaria um vínculo, as crianças vão falar mais fácil que estão com dor do que se você não tivesse esse vínculo com ela. Foi uma experiência interessante. Acho que mais pelo fato de ser forma da gente chegar às crianças e começar um vínculo com elas, porque também era uma forma de atenção que as pessoas estavam dando a eles também, muitos deles estavam internados há muito tempo. Aí eu percebi que não nos casos que estão sempre, muito tempo internado, mais outras ocasiões que já ficou doente, já facilita. Então eles tinham mais coisas pra contar, já que eles estavam passando pela dor durante mais tempo. Eu esperava um momento que você via que a criança estava mais tranquila, aí eu perguntava: *como, quando você teve essa dor, o que você sentiu?* Aí ela falava *quando eu quebrei o braço*, por exemplo. Aí, outras crianças já pegavam e respondia na hora eu tive essa dor quando eu fiz tal coisa. Mas foi bastante interessante. Por que a gente percebe que a criança lembra várias coisas que aconteceram na vida dela relacionada à dor. E aí vem na memória dela alguns especificam desse jeitinho que tava no desenho. A criança ainda contava como ela sentiu a dor. A gente pergunta: *aonde você acha que o Cebolinha, quais os cartões que você acha que o Cebolinha está com dor?* Rapidinho eles fazem a seleção do que eles julgam como dor. Aí eles falavam: *ai eu acho que é febre.* Realmente pode ser uma dor que fica tremendo. E se você estimula aí eles vão falando mais, principalmente da pontada de agulha: *Acabei de sentir, vieram punccionar e eu acabei de sentir.* Algumas crianças falavam dor de agulhada (cartão 7 - agulhada), as dores que elas tiveram elas identificaram. Dor de agulha, aquela pontada de punccionar a veia, aí elas falavam: *Ah, essa aqui eu já senti!* Eu perguntava quando? *Ah, quando foi pegar o negocio no meu braço.* Que é o acesso. Por exemplo, o das formigas (cartão 5 – formigamento) foi um que eles identificaram super bem: *Tá formigando.* Muitas delas falavam: *formigamento.* Já a criança na primeira matou! Porque as crianças falavam o que vinham logo em mente, me falavam assim: *ah, quando eu coloquei pimenta na boca, eu fiquei assim* (cartão 1 - queimação). Associam a dor com o local onde está ocorrendo o processo. Aqui falam que está todo

machucado (cartão 18 - espalha), falavam dor forte que causa choro (cartão 14 – forte), ou com dor no cabelo (risos) (cartão 13 – enlouquecedora) eles respondiam bastante que é o local também. A criança sabia dizer dor apertada (cartão 16 – em aperto) e apavorante (cartão 9 - apavorante). Já a outra não, ela acrescentava mais coisas no cartão, falava mais a respeito da dor, que já tinha sentido aquela dor. *Essa dor eu sinto aqui*, mostrando o flanco lateral D, né, da apendicectomia. *Como é que é a dor? Dor de aperto, uma dor que não dá para agüentar*. Então elas conseguiram identificar, eu achei bem bonitinho. Uma, que foi a menina que era apendicectomia, ela falou: *Ah essa daqui que é minha dor, que deve ser muito forte*. O que eu achei interessante foi assim, os dois diagnósticos eram iguais, apendicite, então eu acho que elas relacionavam bem a dor que elas sentiam antes da cirurgia com o cartão que estava mostrando a dor, elas escolhiam os cartões que representavam a dor de apendicite. Eles tinham facilidade, eu achei, os 2 que eu fiz conseguiram falar. É que a gente acaba lembrando mais das experiências, mais próximas, estava bem recente a dor. Outro garoto falou: *Ah é essa aqui (apontando o cartão 12) porque eu estou enjoado*. Corresponhia ao quadro dele de apendicectomia. A maioria falou que tava com enjôo, dor de enjôo, um menino que tinha câncer falou que ficava assim com os medicamentos. E o menino que estava fazendo tratamento de quimioterapia, ele falava: *ah, então agora eu estou meio enjoado agora é esse daqui*. A outra garota conseguiu identificar qual era a dor dela também, classificar como a dor dela através dos cartões. E o outro que tinha sido uma fratura exposta na perna ele falou que foi a dor que ele sentiu na hora que o osso quebrou né. Então eu acho que a dor que eles sentiram naquele momento eles sabem identificar. Só um ou outro acertava, e a gente ficava espantada: dor de fígada! Falava logo de cara. Mas no geral as crianças dos 5 aos 10, 11 anos eram sempre as mesmas respostas, assim, o mesmo nível. Antes eu achava que os mais velhos iriam entender um pouco melhor, mas às vezes não, alguns que eles acertaram iguais. Mas sei lá, quando você disponibiliza um pouco de tempo, sai. Eu não posso achar, tenho que perguntar, muitas vezes o que eu achei que ela ia responder, ela não respondeu. Porque as crianças podem expressar melhor a dor que elas estão sentindo.”

Neste DSC, retratou-se a necessidade que a criança tinha de ser ouvida, de entender, o que estava acontecendo com ela naquele momento da internação. Quando o enfermeiro utilizava os *Cartões de Qualidade da Dor* para avaliar a presença de dor, percebia que as crianças e adolescentes ficavam empolgadas em participar, tanto que nenhuma delas ou responsável se negou a participar do presente estudo.

Os participantes relataram que várias crianças e adolescentes identificavam-se com os cartões, percebendo que suas dores estavam representadas pelo personagem “*Cebolinha*”, de acordo com o descritor. Ressaltaram também que os cartões representaram uma forma de construção do vínculo entre eles e a criança.

A identificação da dor pelas crianças e adolescentes possibilitou ao profissional repensar sua prática, já que algumas respostas das crianças e adolescentes, em muitos momentos, não corresponderam as esperadas por ele.

Assim, houve a possibilidade do enfermeiro perceber que o público infantil pode expressar melhor a dor que sente mediante a utilização dos cartões e que muitas das respostas tinham características da dor em relação ao diagnóstico individual, além das crianças e adolescentes serem capazes de recordar experiências dolorosas que foram vivenciadas por elas em outros momentos.

A memória é um processo ativo que influencia as próximas experiências. A maneira pela qual as crianças se lembram de procedimentos dolorosos afeta sua vivência da dor durante os procedimentos dolorosos posteriores ⁽⁶³⁾.

Do ponto de vista do paciente, a experiência passada ou a exposição à dor também afeta sua vida. Em recém nascidos prematuros, a exposição à dor pode alterar seu neurodesenvolvimento e sua percepção de dor subsequente ⁽⁶³⁾. Resultados de estudos relatam que ainda persiste a crença de que crianças não teriam capacidade de armazenar em sua memória as experiências dolorosas ⁽⁶⁴⁻⁶⁵⁾.

Atualmente, sabe-se que esses conceitos são totalmente incorretos e que as vias aferentes e os centros corticais e subcorticais, necessários à percepção da dor, estão bem desenvolvidos já nas etapas finais da gestação. Estudos indicam que, a partir da 20ª semana de gestação, os recém-nascidos têm considerável maturidade do sistema periférico, espinhal e supraespinhal de condução da dor, reagindo a agravos teciduais com respostas autonômicas e hormonais de estresse ⁽⁶⁴⁻⁶⁶⁾.

Neste estudo, as crianças menores pareceram preferir responder à avaliação da dor utilizando os *Cartões de Qualidade da Dor* por se identificarem com o personagem “Cebolinha”, sendo muito receptivas mesmo acamadas, atentando-se principalmente aos detalhes de cada cartão. Mesmo ao final da avaliação queriam ver novamente cada cartão.

Os enfermeiros esperavam que os adolescentes tivessem respostas diferentes das crianças menores, mas na maioria das aplicações isso não aconteceu. A diferença percebida foi a rapidez e o melhor direcionamento

das crianças mais velhas ao relacionar os cartões com dores anteriores às da internação atual.

No DSC- Facilidades: Percepção do Enfermeiro em Relação às Crianças percebeu-se que a maioria dos participantes elegeu os cartões como uma das formas de estreitar o vínculo, especialmente, entre as crianças mais tímidas, estimulando sua fala e, sobretudo, entre os que estavam internados há mais tempo, portanto, longe dos amigos e familiares.

A afinidade estabelecida pelos enfermeiros com os pacientes e seus familiares é um dos fatores que facilita a identificação da dor. O conjunto dessas ações parece auxiliar no fortalecimento do vínculo entre a equipe e as mães, transmitindo confiança a elas. Outro indicativo de manejo adequado da dor da criança é a disponibilidade da equipe no cuidado à criança^(13,67-68).

4. DSC – Facilidades: percepção do enfermeiro em relação às mães

“Na verdade, eu tive facilidade das mães aceitarem também. Não sei se isso seria uma facilidade. As mães também permitiram sem problemas a participação, então eu achei que elas colaboraram, foram abertas, aceitaram numa boa estar participando. Eu expliquei que era uma pesquisa para avaliar a dor e elas concordaram sem problemas. Mas, teve uma criança que eu tentei tirar do computador: *Ah, vamos conversar, vem cá que eu quero te mostrar os cartões*. Aí ela: *Ah, depois tia*. Mas a mãe veio atrás: *Ah, o que é isso, me deixa ver, não sei o que?* Eu falei: *Então eu vou aplicar primeiro com os outros e quando ela acabar lá, eu aplico com ela*. Mas foi nesse sentido. Por que na hora que eu fui falar com elas, todas adoraram, acharam super legal a gente querer ver a dor na criança, de querer trabalhar com as crianças, perguntar o que a criança está sentindo de dor e não o que eu acho. Eu expliquei que era um estudo que provavelmente não teria nenhum benefício para eles naquele momento, mas talvez para as próximas crianças que ficassem internadas, elas aceitaram super bem participar, sem nenhuma dificuldade. Todas concordaram, assinaram o TCLE (termo de consentimento livre esclarecido) e ficaram juntas, quietinhas, mas participando e vendo o que o filho estava sentindo ou não, apreensivas, ansiosas para saber. As mães também não tiveram nem dúvida, nem nada, eu achei que talvez as mães se recusassem, porque a gente fala que é um estudo que está sendo feito para classificar melhor a dor para que a gente consiga identificar e ajudar as crianças a identificar melhor a dor e conseguir tratar melhor. Aí elas foram super receptivas. Olha, como eu apliquei nos maiorzinhos eu pedi autorização para as mães, mas a maioria das mães deixaram eu conversar com as crianças e ficaram de lado assistindo TV, elas nem deram muita importância. A gente perguntou se podia fazer, que tinha que assinar o TCLE, que fazia parte de um estudo que estava sendo desenvolvido e elas foram super tranquilas. Tinha algumas mães que não falavam nada, que só ficavam olhando e só queriam ver junto com a gente as figurinhas para saber o que estava acontecendo e até mesmo às vezes as crianças ficavam com um pouco de vergonha, e com a mãe perto ela se soltava um pouco mais, do que sozinha. As duas que eu apliquei, as mães ficaram junto. Eu falei assim: *Olha a senhora pode ficar ou não?* Elas ficaram, viram como era, eu expliquei que era um estudo, elas amaram, acho que até mais que as crianças, queriam olhar os cartões também, queriam tentar adivinhar que tipo de dor que era: *Mas você não lembra que aquele dia você me falou que estava com uma dor assim, olha era essa aqui a dor que você sentiu aquele dia lembra?* Então eu achei que elas se interessaram muito, achei super legal isso. Elas adoraram, participaram na boa, falaram: *acho super legal, vocês têm sim que fazer isso*. Ficaram curiosas em saber como que a criança iria manipular o material, foi bem bacana. No geral eu achei que não me atrapalhou. Só às vezes ela achava que era com ela. Aí eu até falava: *No final eu posso até fazer com você. (risos) para você ver como é, mas agora é a vez da criança*. Isso facilitava, porque a mãe não interferia nas respostas das crianças, ficaram sempre ali, mas não deram nenhum palpite, deixaram o filho responder. Procuravam não dar dicas falavam: *mas você tem certeza que é isso, tal, não sei o que?* Eu pedi para não falar e elas não falaram mesmo, ficavam angustiadas, mas não falaram, não falaram nada na hora, os deixavam à vontade para responder. Foram só as crianças mesmo. Sensacional. A única que ficou perto foi a mãe de um dos menininhos mais velhos, que conseguiu interpretar, eu perguntava para ele e às vezes ele demorava em responder e a mãe ficava: *vai filho, vai, fala filho, fala*. Mas não interferiram em nada, em querer responder. Não, não teve participação delas em interpretar qualquer cartão. Não ajudaram as crianças a identificar os cartões, sem interferência nenhuma, por elas mesmas. Só uma que assim em um momento de um cartão que ele falou alguma coisa e ela falou: *será que não parece tal coisa?* E ele não voltou e eu também passei e ela não falou mais nada. Isso, não interferiu na resposta dele. As crianças fizeram sozinhas. E então elas, as duas mães, durante a aplicação ficaram do lado, mas não opinaram, não participaram não. Eu acho que elas colaboravam bem. Não tiveram objeção nenhuma não, elas se mostraram receptivas, foi super tranquilo. Eu achei que foi bem positiva, todas aceitaram numa boa, não tive problema nenhum. Eu achei interessante também que eu apliquei com uma mãe de uma criança que estava com dor, com dor não, ela tem uma dor acho que crônica. Aí, eu falei: *Ah então vamos ver já*. E aí ela ficou curiosa, depois que eu apliquei, mas eu apliquei informal. E depois eu ia falando, depois que terminava de aplicar o que não era eu dizia: *Olha, esse aqui que você não sabia era apavorante, essa dor é não sei o que*. Aí elas: *Ah, eu também não ia acertar se fosse eu!* Elas ficaram e acharam bárbaros também acharam o máximo, foi super fofo, muito bom.”

Com base na análise deste DSC, percebeu-se que as mães também atuaram como elemento facilitador na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor* por acompanharem e estimularem seu filho a participar, além de evitar sua interferência, para que não prejudicasse o andamento da avaliação da dor pelos enfermeiros.

A presença dos pais é de suma importância, proporcionando à criança conforto emocional e possibilitando aos enfermeiros tranquilidade para uma melhor avaliação da dor. ^(13,67-12)

A distração pode ser entendida como focalizar a atenção em outras coisas que não sejam a dor. A sensação não é eliminada com esta técnica, porém, torna-se mais tolerável quando é substituída por outro pensamento, o que proporciona à criança um senso maior de controle sobre sua dor.

Certamente, os pais conhecem como ninguém o comportamento usual de seus filhos diante da dor e podem identificar comportamentos específicos de cada uma, devendo ser orientados e incentivados a participar ativamente na identificação e na avaliação da resposta de seus filhos frente aos procedimentos dolorosos ⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

Conforme o DSC 4– Facilidades: percepção do enfermeiro em relação às mães, percebeu-se que as mães ficaram muito empolgadas com a iniciativa do estudo e fizeram questão que seus filhos participassem. Houve até a solicitação de uma mãe à enfermeira, para que aplicasse os cartões com ela, uma vez que sofria de dor crônica, confirmando as dificuldades e facilidades levantadas pelas crianças e adolescentes participantes deste estudo.

Os enfermeiros perceberam que a mãe que estivesse próxima durante a aplicação dos cartões tranquilizava a criança, que se sentia mais segura e estimulada a responder, favorecendo a utilização do instrumento e, conseqüentemente, a avaliação da dor.

A família ajuda a minimizar sentimentos negativos que envolvem a experiência dolorosa ⁽⁶⁹⁾. Quando os pais são encorajados a permanecerem

com seus filhos durante a hospitalização, tornam-se mais um agente do processo do cuidado. Ter os pais ou outras pessoas queridas por perto é o melhor tratamento psicológico para a dor das crianças, pois dessa forma, se sentem mais seguras e protegidas ^(68,71).

Atitudes como acalmar, alegrar e encorajar, além de conversar e explicar à criança, o que está acontecendo com ela, também são citadas como oportunidades vivenciadas pelos pais para contribuir no alívio da dor pós-operatória de seus filhos ⁽⁶⁷⁻⁶⁸⁾.

Notou-se também um grande interesse da maioria dos pais em relação ao instrumento de avaliação de dor e ao objetivo deste estudo, mesmo que não havendo mudança direta no atendimento de seu filho na internação atual, mas deixando explícita sua aprovação na iniciativa de avaliar a dor sob a perspectiva da criança em lugar da ótica do profissional.

5. DSC – Facilidades: percepção do enfermeiro em relação ao manejo da dor

“Eu fazia assim, chegava à criança para fazer a evolução e já fazia, já até colocava na evolução se eu percebia alguma dor, geralmente pela figurinha que eu mostrava, não precisava gastar muito tempo específico para aquilo, quando você fosse conversar com a criança logo de manhã, você já mostrava. Acho que se tivesse um treinamento, uma rotina, não só uma enfermeira aplicar em todas as crianças, fosse distribuído como o SAE, vai aplicar essa escala de dor ou aplicar a, dor não sei como chama, em tais crianças que eu evoluo aí eu aplico aí a da tarde aplica em outras. Eu acho que é legal. Prescreveria: aplicar os cartões naquela criança que está com dor, lógico que você não vai aplicar nas crianças que não estão e aí faria no horário das evoluções, um grupo de manhã, um grupo a tarde e um grupo a noite. Mas acho que é uma questão de adaptação, a gente está introduzindo o quinto sinal vital, estudando as escalas até para ver qual vai aplicar. Eu fiquei pensando se a gente fosse aplicar isso rotineiramente como o hospital está pensando em adotar a dor como quinto sinal vital e a gente está se programando a fazer a aplicação de uma escala de dor, mas já também pensar em um cuidado, pensar em uma assistência para isso, não só classificar, mas dar sequência na assistência. Eu acho que dá para a gente, o que eu percebi é que dá para a gente, trabalhar mais questões que às vezes na rotina, no dia-dia a gente acha que não vai dar tempo, eu penso assim, o hospital está falando: ah, vamos fazer, colocar como quinto sinal vital parâmetros para gente avaliar e poder tratar a dor e o cartão serve até como um teste para saber quanto tempo a gente leva para fazer uma avaliação assim. Às vezes o pai vem queixar: *ai, meu filho está com dor!* Aí a gente vai, olha para a criança e acha que a criança não está com dor ou não consegue determinar muito bem, às vezes acaba medicando porque o pai está muito ansioso. Espero que eles possam ser difundidos, que possa usar e que a gente possa padronizar, porque é importante a gente tratar a dor em criança, por que o menininho que falou que estava com a dor enjoada (cartão 12) o que eu fiz: fui lá ver se tinha alguma medicação prescrita para náusea, se ele tinha algum histórico de vômito, se já estava com dieta liberada, entendeu? Teve como eu ir ver essa parte. Auxiliaram-me para ir atrás de alguma ajuda alguma conduta, porque até então ele não estava se queixando que estava enjoado, para ninguém. E assim, como eu tinha um convívio diário com os 2, então eu já sabia mais ou menos, foi mais mesmo eles me mostrarem graficamente a dor deles. Porque a dor é muito, não hipotética, você vê que a pessoa sente, mas a tua dor é uma e a minha é outra, a tua pode ser cruel, você vê que tem uma ferida cruel e nossa, você sente uma dor assim com a criança diz assassina, monstro, mas sei lá. Puxa vida, tem que valer apenas eu ir lá, gastar um tempo, perguntar que tipo de dor realmente, porque no dia seguinte eu posso voltar lá e perguntar se melhorou, ela vai saber, ela mesma parou e pensou em que tipo de dor ela estava sentindo. Achar como é a dor, eu tenho que ir lá e perguntar como é a dor pra ela, ela que tem que me falar como é essa dor dela eu tenho que saber o que ela pensa e não o que eu acho. Mas na prática eu ainda não consegui mudar. Acho que justamente a gente tem que por em prática sim, isso que eu achei que foi muito legal, é muito importante. Quando a gente fala: A V A L I A Ç Ã O parece que vai levar um tempo enorme e não é, é super rápido. Então que dá para fazer, é viável e a gente consegue tratar a dor muito melhor. Foi bom viu, foi fácil trabalhar. Eu acho que seria legal aplicar, implantar aqui na pediatria. Mudou assim um pouco a visão da criança com dor, acho que é legal a gente perguntar para a criança que tipo de dor que ela tem e não eu achar que ai essa dor medica com dipirona e acabou meu problema, né. Acho que mudou um pouco a minha visão assim de pensar que a criança precisa disso e eu não posso achar simplesmente que medicar com dipirona, ah acabou! Não só em criança, em qualquer paciente, mas em criança principalmente quando tem alguém que fale por ela, tomara que saia logo do papel (risos). Espero que ajude quando a criança não tiver nenhuma medicação de repente e que a gente possa conversar com os médicos a este respeito.”

Com base na análise deste DSC, notou-se que o manejo da dor realizado pelos enfermeiros apresentou as seguintes facilidades: o processo de implantação da avaliação da dor, como quinto sinal vital pela instituição e a realização da avaliação da dor ser feita de forma empírica.

Após a utilização dos cartões, os enfermeiros perceberam que houve como identificar a dor antes das crianças e adolescentes apresentarem sua queixa verbal e, com isso, buscar soluções para aliviá-la. Os enfermeiros puderam também realizar a avaliação da dor, utilizando um instrumento como um processo simples e rápido.

A partir do momento que o enfermeiro sensibiliza-se com a dor da criança, busca soluções que possam ajudá-lo a quantificar e qualificar essa manifestação. A observação da criança como um todo pelo enfermeiro bem como a utilização de instrumentos para avaliar sua dor facilitam a percepção de melhora ou piora ^(13,67-68,70).

O manejo da dor infantil é um ato de grande complexidade. Sabe-se que fatores externos à dor física podem produzir nas crianças e adolescentes um desconforto que, em muitas vezes, é percebido pelos mesmos, como dor ^(14,67-68,70).

Com isso, a visão dos enfermeiros participantes deste estudo apresentou mudanças, uma vez destacada a importância de questionar verbalmente ou com o auxílio dos cartões, o que as crianças e adolescentes estavam de fato sentindo e não o que os enfermeiros julgavam que elas estivessem sentindo.

Autores recomendam aos enfermeiros avaliar a presença da dor nas crianças e adolescentes no início de cada turno e continuar a cada 1-3 horas, dependendo de sua queixa dolorosa. Além disso, as avaliações de dor pré e pós-tratamento são importantes para estabelecer a necessidade de modificar o cuidado, além de confirmar a eficácia de analgésicos ou sedativos ^(13-14,61).

Enfermeiros acreditam que a padronização da avaliação da dor pediátrica assim como seu tratamento poderão facilitar a tomada de decisões para o alívio da dor e tornar a assistência de enfermagem mais humanizada. ^(1,19,67,72).

Possíveis explicações para o manejo inadequado da dor infantil são levantadas, incluindo déficits de conhecimento; crenças dificultadoras sobre dor e seu tratamento. As estratégias utilizadas para melhorar o manejo da dor exigem uma abordagem multifatorial compreendendo a educação, apoio institucional e mudanças de atitudes. Apesar de evidências estarem facilmente disponíveis na literatura para orientar a prática, crianças continuam, infelizmente, em situações de dor^(67- 68,71-73).

A seguir, são apresentados e discutidos os Discursos do Sujeito Coletivo- DSC originados com base no Tema 2 – Dificuldades dos enfermeiros na utilização dos *Cartões de Qualidade da Dor*

Tema 2 – Dificuldades dos enfermeiros na utilização dos Cartões de Qualidade da Dor

DSC 6 – Dificuldades: Percepção do enfermeiro em relação à aplicação dos cartões

“Eu acho que a maior dificuldade que tive foi de explicar para as crianças que eu não queria que ela localizasse a dor, que local do corpo a dor está, mas sim que tipo de dor que era, porque eu explicava e no próximo cartão ele continuava localizando a dor, dizendo: *é no braço*. Aí eu não sabia se podia falar para ele: *olha não é o local!* Eu não sabia explicar que era o tipo de dor que eu estava querendo, então conforme os dias iam passando eu ficava na dúvida se era aquilo que eu estava perguntando ou se era aquilo que ela estava respondendo. Porque eu tinha entendido, por exemplo, a última dor: dor de cansaço, eu achei que todos iriam dizer dor de cansaço, eu ficava feliz porque todo mundo acertou essa. Mas não era essa a resposta. Aí eu falei: *então essa foi a dificuldade*. Porque eu entendi, talvez, errado o que significava a figurinha e não conseguia explicar exatamente o que queria. Eu acho que a gente pega a foto, logo vê a imagem, então tende a responder o que a imagem está mostrando, aí tinha muitas respostas: *não sei!* Aí você tentava mas se você fosse explicar, iria jogar a resposta para ela. Então, a gente tem que lembrar toda figurinha a criança, *olha é a dor, não só o frio*. O que eu percebia é que tanto as crianças quanto os adolescentes eles respondiam logo de cara o que a figura está mostrando, acho que pelo nível que a gente tem, o nível de instrução, acho que é mais difícil aplicar em criança do que adolescente. Se a gente puder falar para a criança que tipo de dor é aquela, não falar para ela tentar adivinhar, eu acho que é interessante, se eu puder chegar e dizer que a criança está sentindo tal tipo de dor pela figurinha, aí eu acho que ajudaria. Então eu vi bastante dificuldade nesse sentido, as crianças tinham dificuldade em identificar os cartões e os adolescentes também tinham essa dificuldade, inclusive a gente também fez com o pessoal da equipe de saúde, os auxiliares e com as enfermeiras só que eles também tiveram dificuldade para responder, mesmo se a gente perguntasse: *Qual o tipo? Qual o tipo de dor que o Cebolinha está sentindo?* Elas não associavam muito com a dor, também não entendia e para explicar você não podia dar nenhuma opinião e às vezes ficava um pouco difícil, porque uma acho que as crianças tinham 12 ou 13 (anos) e a outra 6 ou 7 alguma coisa assim, eu acho que com relação a explicar que tipo de dor era aquela ou dar alguma dica, porque senão eu vou mostrar um cartão e é uma resposta e ela vai falar que é outra e aí como eu vou usar aquele cartão que era para tal coisa se a criança acha que é outro tipo de dor? Se eu mostro uma figura para criança, e aquela figura quer dizer que é dor de cansaço, por exemplo, eu não falo para ela isso e ela fala para mim: *ah essa é dor de dente*. Como eu vou usar aquilo? Porque a princípio acho que as crianças ficaram meio em dúvida, no que elas tinham que falar se era a dor que elas estavam sentindo que estava no cartão ou se era a dor que o Cebolinha estava sentindo, por exemplo, as enfermeiras podem falar: *ah, o Cebolinha está com dor de barriga*, a enfermeira pensando, mas a criança pode estar pensando em outra resposta e a enfermeira nunca vai poder saber se a resposta é adequada ou não com o que ela está pensando. Às vezes ele tinha a dúvida: *ai esse eu não sei, esse cartão eu não entendi, eu não sei*. Aí a gente deixava. Eu fiz com a minha família também (risos) e a dificuldade foi a mesma. Esse foi o primeiro instrumento para avaliar dor que eu usei, então o primeiro eu ainda estava meio embaraçada com os cartões, a primeira ficou bem atrapalhada, porque você não sabe se dá todos os cartões, aí você vai falando cada um. Na primeira aplicação ela falava e eu falava essa é a dor tal, essa é a dor tal e ia confirmando. Aí eu falei: *Não, acho que não é assim que é pra aplicar!* Eu também senti um pouco de dificuldade das figuras até decorar, até agora eu tenho que olhar, eu não decorei direito, eu também não sei todas ainda (risos). Da primeira vez que eu apliquei eu mostrei os cartõezinhos individualizados e daí no final eu mostrei os cartõezinhos de novo para ele escolher a dor dele, mas aí eu achei que iria ficar muito chato esse monte de cartão aqui na cama. O primeiro que eu apliquei demorou mais tempo até eu me familiarizar. Porque você precisa despendar de um tempo, não tem como você chegar e ir logo, você precisa interagir com a criança, às vezes a criança não quer papo, você tem que conversar com ela, aí ela começa interagir, daí vai. Então acaba despendendo um tempo e fazer para várias crianças, acho que seria mais difícil. Precisaria de um treinamento para padronizar como que você aplicaria, porque eu acho que cada um aplica de um jeito, apesar de você ter falado como que aplica direitinho, mas se fosse para por em prática em várias crianças eu acho interessante, mas o fato da criança não conseguir identificar a dor dele com a do Cebolinha o que a gente poderia avaliar disso, entendeu?”

Neste DSC, os participantes relataram as dificuldades na aplicação dos cartões destacando os seguintes aspectos: dificuldade do enfermeiro explicar para as crianças, o que elas deveriam identificar nos cartões; o tipo de dor representado na figura ao invés de sua localização.

Considerando a importância desse resultado, faz-se necessário lembrar aos profissionais da singularidade de cada faixa etária e das especificidades do desenvolvimento infantil, bem como das habilidades e conhecimentos dos profissionais ^(13, 67-68,71-73).

Associada este fato, os enfermeiros atribuíram esta falha de comunicação e dificuldade de identificação das figuras ao baixo nível de instrução da população participante.

Em um estudo anterior, é enfatizado que, a capacitação e a conscientização do profissional serão possíveis haver empenho do enfermeiro na aplicação do instrumento de avaliação da dor. Assim, é fundamental que o profissional tenha habilidade e conhecimento de seu uso e compreenda sua importância ⁽⁴⁾.

Pelas dificuldades encontradas, os enfermeiros cogitaram a possibilidade de ser realizado um novo treinamento, uma vez que conhecem o instrumento e já tiveram uma pequena experiência em sua utilização. Acreditam que possa haver uma padronização da avaliação e que todos apliquem da mesma forma.

Em outro estudo, as dificuldades encontradas pelo enfermeiro durante a avaliação da dor pediátrica foram semelhantes, tais como: acúmulo de atividades, poucos recursos humanos, despreparo da equipe e dificuldade de comunicação com as crianças, entre outros ^(4,22), corroborando os resultados deste trabalho.

A organização do setor, aliada a sincronização das atividades do enfermeiro, dificultou a prevenção da dor infantil, já que a aplicação dos instrumentos era realizada apenas pelo enfermeiro, sobrecarregando-o e prejudicando a assistência de qualidade ^(4,22).

DSC 7 – Dificuldades: Percepção do enfermeiro em relação aos cartões

“No início eu achei que fosse mais fácil. Porque eu entendi uma coisa com as figurinhas e as crianças respondiam outra forma. Era mais do que a figura estava mostrando, por exemplo, mão na boca era dor de dente e não dor de cansaço (cartão 11) acho que eles associavam muito com o desenho. As dificuldades foram mesmo em relação às perguntas e aos cartões, tem uns que você fica pensando: *e esse vou usar como?* Estou com medo do fantasma, ninguém falou que era uma dor fantasma. Então você fica sem saber como pode usar esse cartão com a criança. Fantasma seria no caso de uma criança maior que tivesse algum membro amputado. Se aplicaria mais no caso onde tem oncologia ou de ortopedia com dor por causa de amputação. Mas se eu for esperar a criança falar o que ela sente pode ser que não bata a resposta da criança com o cartão, aí eu não sei se iria ajudar. Quanto às crianças que já falam, eu não vi importância nisso, porque as crianças já falam: *Estou com dor no braço, com dor na barriga, com dor na cabeça*, para isso não precisa dos cartões. A meu ver, para as crianças que estavam lá eu não precisaria dos cartões para saber que dor elas estão sentindo, olha, nesses casos não foram necessários os cartões. Eram poucos os cartões identificados, para avaliar a dor na criança eu acho que as vezes você até acaba entendendo errado a dor da criança através dos cartões. Acho que é mais fácil a criança falar que tipo de dor está sentindo: *ah, está formigando aqui*. Para mim não seria necessário, porque o Cebolinha estava com a boca aberta era parecida com a dele porque ele estava com dor de dente, só que era uma dor forte na verdade. Acho que nem todos os cartões são fáceis, eu também achei difícil os desenhos serem reconhecidos, nem eu mesma identifiquei como sendo uma dor, esse aqui parece que ele está esperando (cartão 15) e esse aqui uma crise de raiva (cartão 13), elas falaram que é de difícil identificação e eu também acho. A carta 14 é difícil, eu nem sei qual que é (forte), olhando alguns cartões também não soube identificar, né. Eu olhei antes e pensei e não soube identificar esses (cartões 4, 8, 10, 14, 15 e 18), mas o aborrecida (cartão 15), por exemplo, não tem uma expressão de dor. Esses são os cartões mais difíceis (cartão 10 e 15) e esse que atormenta (cartão 10) parece que é alguma coisa, mas que pra mim não parece dor. O cartão 15 – aborrecida, mesmo depois que terminou e eu mostrei de novo as crianças não conseguiram entender o que era aborrecida, para eles o Cebolinha estava chateado, bravo, mas que isso não é dor. O 3 – mordida, o 9 – apavorante, o 11 – cansada, 16 – em aperto e o 17 – fria, eu acho que esses, principalmente com as crianças menores tiveram dificuldade de associar a figura com a descrição de dor, acho que o que pega mais para eles é o ilustrativo do que pela representação, mas realmente se me mostrar que tipo de dor eu não sei se eu saberia dizer todas. Talvez eu até interpretasse como o que está escrito, a não ser que me falasse: *olha isso aqui é uma dor que o Cebolinha está sentindo*, não sei se não tivesse os nomes aqui se eu iria conseguir definir, não sei, não sei, é que os nomes estão bem compatíveis, tanto que eu tentei fazer comigo mais várias das respostas não eram adequadas. Quando eu olhei o cartão, não sabia que era apavorante. Eu acho que em um nível de instrução um pouco melhor, acho que eles identificariam, mas no nível que a gente trabalha aqui, não dá. E sugestões, as crianças acharam que algumas figuras são bem difíceis, eu não sei se teria outro jeito de fazer, sei lá, para não localizar tanto a dor num só lugar. Eu não consigo pensar em outra coisa assim. Não sei, mas também não teria como a gente fazer uma dor latejante sem identificar um lugar na figura, né. Por isso que eu não consegui pensar como faria. Mas sei lá, quem sabe uma dor de cabeça com o Cebolinha com a cabeça pesada ou com uma cabeça maior bem vermelhinha e saindo umas fumacinhas, talvez o Cebolinha com desconforto abdominal aí desenhe ele com uma barriga grande, com as mãos na barriga como se estivesse apertando a barriga, esse aqui, eu acho que você poderia, o cartão 9 de dor fantasma, trocar por dor monstro ou dor assassina, tipo aquele negócio do psicose, assim sei lá, para o cartão 14 mudar para dor monstro com um monstro ou um dinossauro, dinossauro não por que as crianças curtem dinossauro, mas eu acho que um monstro.”

Neste DSC os enfermeiros referiram como dificuldade a confusão das crianças e adolescentes em relação ao significado das figuras, além de não conseguirem identificar como dor vários cartões, dificultando sua avaliação.

Algumas crianças e adolescentes disseram que determinados cartões foram de difícil identificação. Esse resultado corrobora o estudo ⁽²⁾ que revela a identificação correta de apenas dois cartões por todos os participantes e a identificação incorreta de três cartões, por nenhum dos grupos de participantes.

Os enfermeiros julgaram que o cartão número 9 (apavorante) seria melhor empregado em uma instituição que atendesse em sua maioria pacientes das especialidades de ortopedia e oncologia, que seria mais provável que as crianças e adolescentes identificassem esse cartão em razão de sua experiência.

DSC 8 – Dificuldades: Percepção do Enfermeiro em relação às crianças e adolescentes

“Eu achei que as crianças no começo quando a gente vai falar se pode fazer, explicar que é um estudo, tanto a mãe como a criança, pela idade elas prestam atenção, mas ficam receosas. Eu falava: *mas você já teve esse tipo de dor?* Ai ele falava: *ah já, mas não sei se tem a ver, aqui é dor no pé e eu tive uma dor igual no braço, isso vale?* Então eles ficam na duvida se valia dor em diferentes locais. Eles se baseavam mais na localização da dor, mesmo explicando, às vezes até no meio eu parava quando via que eles estavam focando mais no local da dor de acordo com o desenho. Na verdade o que eu percebi é que as crianças olhavam os cartões e queriam adivinhar onde o Cebolinha estava sentindo dor. Em algumas eles tiveram mais dificuldades porque eles achavam que era a localização da dor. Igual esse aqui que está enfaixado (cartão 4 - dolorida), eles falavam: *dor no braço*, só que várias delas também falavam *dor no braço* para o cartão 7 – agulhada, os dois eram dor no braço. Esse aqui do cachorro (cartão 3) ao invés de falar dor de mordida, falavam: *dor na bunda, tá pegando fogo* (cartão 1) então eu acho que é pelo fato da criança nunca ter sentindo essas dores. Que nem o do abscesso odontogênico mesmo, ele escolheu o que o Cebolinha estava com a boca aberta (cartão 14), acho que era o da dor forte, não sei, ele escolheu porque achou que era uma dor no dente, foi o único que ele escolheu. Então realmente dá mesmo a impressão que a dor está no braço, no dedo, isso que eles tiveram mais dificuldade. Eles olham e não conseguem pensar, eles pensam no braço, não conseguem aumentar depois, não conseguem, acham que está com dor no dedo, por exemplo, na dor latejante, dor no dedo, mas se você perguntar: *mais que tipo de dor que é? É dor no dedo*. Se tivesse essa mesma figura justamente no pé, com o dedo latejando no pé, eles iriam responder *dor no pé*. A maioria deles falava, por mais que eu tentasse explicar não é que lugar ele está sentindo, agora se eu ficasse: *não é no braço pense em mais alguma outra coisa, é que tipo de dor?* *Ah então eu não sei*. Por mais que eu explicasse, eles continuavam falando o local, localizando a dor. É uma dor de cansaço (cartão 11), por exemplo, o que a maioria respondia: *é que tá cansado*, mas não era dor. Então eles localizavam a dor e não o tipo de dor. Eles olhavam e diziam assim: *Cebolinha está com dor no braço. Tá com dor de dente. Tá com dor na barriga*. Ai você falava: *mas que tipo de dor você acha que ele está sentindo? Dor de barriga, né*. Acho que, quer ver um exemplo, mesmo essas que para gente pode ser bem fáceis: queimação, cartão número 1, eles achavam que era dor de garganta, eles falavam: *ai o Cebolinha tá com dor no dente ou garganta*. Mais aí eu falava: *mas por quê?* Eles falavam: *porque Cebolinha está com a boca aberta*. O garoto com diagnóstico de otomastoidite ele achava que tinha que ser ligado especificamente ao ouvido, só que ele ficou frustrado porque não tinha o cartão dele, não tinha nenhuma dor que era igual à dele, aí ele não conseguiu reconhecer e ficou meio tristonho. Ele falou: *tia vai ter que fazer outro cartão. Tem que fazer um cartão com a mão no ouvido*. Ele era também, não sei se isso influencia o fato dele querer uma coisa pra ele, personalizada, entendeu? (risos) aí eu falei: *você quer ver de novo?* Ele falou: *quero*. Ele viu todos os cartões e falou: *é isso mesmo, nenhum. Nenhum desses cartões é a minha dor*. Eu acho que como os desenhos têm um lugar específico mostrando a dor, o braço, o dedo, o pé, eles acabam achando que o Cebolinha está com dor naquele lugar, não conseguem pensar numa coisa mais abrangente, o tipo, a qualidade daquela dor. Mesmo a gente tem dificuldade de dizer o que é uma dor dolorida, mas eles todos que eu perguntei falavam: *ai é uma dor no braço*. A gente não pegou nenhum caso com dor crônica, tinha criança com câncer, só que era câncer recém descoberto, tinha só acho que um ou dois casos. Tem umas crianças que são mais inibidas no começo, mas os dias vão passando elas vão falar e quem está com dor sempre fala que está com dor, ninguém porque está inibido, não vai falar que está com dor de barriga. Mas agora a criança que não tem muita dor, é a primeira vez que ela está no hospital é difícil para ela, tem uns tipos de dor que eles não sabem o que é. Tipo dor enlouquecedora uma criança nunca teve. Então acho que a dificuldade é a dor que a criança nunca sentiu. Mas dor característica de apendicectomia, aquela dor em aperto, era exatamente o cartão que elas identificavam. Acho que a dificuldade maior foi identificação e a falta de interesse, eles perdem logo o interesse a criança não quer mais saber porque não conhece aquela dor, então ela vê muito rápido e não se atenta em ficar pensado que dor seria, o que poderia ser. Então, o desinteresse é rápido dos cartões, eu achei. Os mais velhos eles ficavam meio assim, mas a gente falava: *vocês já tiveram infância, vocês lembram do Cebolinha. Ah eu lembro!* Mas eles falavam que era um pouco infantil, falavam: *ai o Cebolinha! É só a figura não ter a ver com o Cebolinha*. A diferença era a demora da resposta, o tempo da resposta, às vezes os adolescentes, como são adolescentes, no começo eles ficavam mostrando-se que eram mais velhos, criancinha menor não é tão produtivo, teve dificuldade para entender o que eu estava fazendo e elas só olhavam as figurinhas e não entendiam, não

conseguiram identificar. Só que as crianças dependendo da idade me parece que identificam melhor o cartão e outras não. Então a menor que não tinha tanta experiência, acho, que identificava menos, elas ficavam em dúvida, às vezes não sabiam o que falar. Pela idade, eu acho que ela não passou por tantas experiências para saber o que o cartão está querendo expressar. Eu acho que pela idade e pela vivência. O garotinho ele vai e volta, ele tem mais dificuldade, acho que pela faixa de desenvolvimento mesmo, porque os dois tinham mães presentes, eles estavam tranquilos, estavam seguros na hora da aplicação, não acho que seja alguma coisa do ambiente nada disso. Tinha até criança de 9 anos, que eu pensei: *Ah de nove anos ele vai conseguir interpretar, ele é mais velhinho*, mas não, ele não conseguiu, ele descreveu a figura mesmo como estava. Na verdade eu achei que em muitos dos cartões as crianças não associavam o cartão como dor, porque várias das respostas eram assim: *isso não é dor*, por exemplo, esse daqui que o Cebolinha está sendo puxado (cartão 6) elas falavam: *isso aqui não é dor*. E outro problema é o cartão que Cebolinha está sendo queimado, as crianças não associavam que a dor é de queimação, elas falavam que o Cebolinha está sendo queimado, então eu nunca fui queimado, logo eu não tive a dor, mas não associavam isso como uma dor de queimação, mesmo os adolescentes, eles falavam assim: *isso não é dor*. Eles aqui (cartão 10) falavam: *Ah tia ele está apressado, o que é? Está com dor de barriga!* Esse dor fantasma (cartão 9) eles falavam: *Ah tia é mais dor monstro, dor assassina, não seria fantasma*. E na hora também de identificar a dor deles nos cartões, eles mostraram: *Ah, este aqui parece com a minha dor*, só que eles não souberam identificar aquela dor. Então eles escolhiam a dor, mas não acertavam, não caracterizavam o que eles estavam sentindo. A dificuldade foi da criança também de relacionar a dor ao desenho, apesar do interesse eu percebi uma dificuldade deles, não sei se eles conseguiram associar os cartões com o tipo, eles não interpretavam como dor, até a dificuldade deles no final: *qual dessas dores você está sentindo? Ah, não sei*. Eu perguntava: *você está com dor? Eu estou sentindo um pouco de dor sim. E qual dor dessas você está sentindo? Ah não sei, dessas aqui? Não sei, pode ser esse aqui* (escolha aleatória) parece que é só para eu para de perguntar, é uma coisa muito difícil. Eu acredito que dor para eles olhando uma figura seja uma coisa muito abstrata, porque se eles estão com dor na barriga eles estão com dor na barriga, não sei talvez o que eles definam como dor na cabecinha deles não consegue associar com a figura. *Ah o Cebolinha está nervoso!* (cartão 13) *Ele está todo machucado* (cartão 18). Então realmente eles interpretavam direitinho o que a figura está mostrando, mas nunca o significado para a dor, então essa foi a maior dificuldade para as crianças, interpretar isso como dor. Elas falaram: *Tia, essa dor eu não sei o que significa isso daqui!* Então ela não sabia, nem tinha noção do que era. O menor já tinha mais dificuldade em relacionar com uma dor do Cebolinha, eu achei que elas tiveram dificuldades de identificar o tipo de dor que elas estavam sentindo. Aquele do fantasma (cartão 9 – apavorante), *que tipo de dor? Ah, o Cebolinha está com medo do bicho papão*. Mas eles não conseguiam identificar tão bem, algumas dores eles tiveram mais dificuldade, né. Esse, por exemplo, cartão 10 – atormenta, eles não conseguiam, eles pensavam que o Cebolinha estava perdido: *Acho que ele não está com dor, acho que ele está um pouco perdido*. Então, tem alguns cartões que vai ser muito difícil das crianças identificarem, eu acho que esse dolorida, o cartão 4, acho que eles não conseguem pensar, por mais que, depois eu até mostrei para eles falei, mas eles não conseguem entender o que é dor dolorida, que aquele lugar está dolorido, eles não entendem, ou está com dor ou não está com dor, acho que dolorido é muito difícil para eles. Os componentes afetivos eles tiveram um pouco de dificuldade também, por exemplo, uma dor que atormenta (cartão 10), muito complexo atormenta para eles, é muito difícil. Eles não conseguiram falar o nome dessas dores. O que eu achava difícil também era aquela criança que falava não sei e era meio óbvia a resposta, qualquer coisa que ela falasse, acho que caberia. *Mais não sei, não sei*, aí eu pensava que elas não queriam responder, agora quando você pergunta que dor é essa e eles dizem, *ah é dor de cansado* e você fica perguntando, eles acham que estão errando, ficam mais inibidos, você tenta não falar: *não é isso*, mas se fica perguntando eles percebem que tem alguma coisa errada, principalmente os mais velhos, eu acho que a criança e o adolescente têm um pouco de receio de dizer alguma coisa errada, daí não fala o que acha.”

O maior volume de dados referente às dificuldades foi encontrado no DSC acima, no qual se destaca, primeiramente, o receio das crianças e adolescentes e de suas mães de participar de uma pesquisa. Embora não houvesse recusa de nenhum participante, percebeu-se uma dúvida geral

entre eles se o que era questionado pelos enfermeiros era em relação à dor que eles estavam sentindo ou era a dor que o personagem “*Cebolinha*” sentia.

Levando isso em conta, os enfermeiros perceberam que, em muitos casos, as crianças identificavam o local em lugar do tipo de dor que o personagem “*Cebolinha*” sofria. Resultados de outro estudo apresentam a habilidade de crianças menores identificarem a localização de sua dor ⁽⁷⁴⁾.

Na tentativa de buscar uma justificativa, os enfermeiros consideraram que a criança não conseguia pensar de forma mais abrangente, já que em muitos cartões as figuras representavam a dor de forma localizada, como os cartões 3-mordida, 4-dolorida, 7-agulhada e 8-latejante, sendo mais difícil identificar o tipo de dor ao invés do local onde ocorria o fenômeno doloroso.

Levantando essa questão, o profissional explicou este ocorrido por conta de muitas crianças, sobretudo as mais novas ou as que apresentavam doença aguda, terem menos vivência dolorosa e, por isso não conseguirem identificar muitos dos descritores de dor utilizados no instrumento.

Considerando ainda as crianças menores, os enfermeiros puderam observar que elas queriam um cartão exclusivo para a situação que estavam vivenciando, que o local doendo fosse representado no cartão, se isso não acontecia a criança acabava ficando frustrada e triste.

Essa diferença de habilidade de identificação dos cartões, sobretudo os componentes afetivos, entre as crianças e os adolescentes é compreendida pelos enfermeiros participantes como consequência da diferença de idade, vivência da dor e capacidade de relacionar sua dor com a do personagem “*Cebolinha*”.

DSC 9 – Dificuldades: Percepção do enfermeiro em relação às mães

“Quando eu fazia sozinha percebia que tinha um pouco de dificuldade por causa da mãe. Tinha umas mães que diziam: *FALA, RESPONDE!* Eu falava: *calma, ele vai responder!* Mas a mãe brigava com ele (risos). As mães tentavam falar na frente das crianças e isso influenciava bastante. É gozado, às vezes as mães falam: *você já teve esse sim, lembra quando o cachorro mordeu?* Aí a criança acaba sendo levada pela mãe. Ai na próxima eles ficavam olhando para cara das mães esperando para responder (risos), eu dizia: *vamos tentar ver o que ele acha*, esperava ele dar a resposta: *e agora o que você acha?* Mas aí a criança ficava com um pouco de medo da mãe falar alguma coisa: *nossa verdade, minha mãe disse isso e eu não*. Outras já falavam tudo para criança, aí a gente falava: *mas o que você acha?* Ah, então, minha mãe disse, eu acho isso mesmo. Aí você não sabia se ele achava mesmo ou se a mãe tava levando a criança a dizer isso ou aquilo, ela tenta dar respostas mais semelhantes a mãe: *como ela é mais velha, então a resposta deve estar certa*. Ah, então vamos ver se você (mãe) reconhece essas dores e tal? E foi assim IMPRESSIONANTE como ela não reconhecia e a mãe não sabia identificar os cartões.”

Neste DSC, os enfermeiros puderam constatar em algumas entrevistas que a mãe acabou ficando nervosa com a demora da criança responder o significado do cartão. Em outros casos, as mães tentavam falar antes do filho, influenciando na resposta, porém, quando o enfermeiro indagava a respeito do significado atribuído aos cartões às mesmas reforçavam as dificuldades apresentadas pelas crianças e adolescentes.

Em um estudo recente os resultados revelaram que a condição socioeconômica dos pais pode influenciar na determinação da dor quando são usadas escalas para a avaliação ⁽⁷⁵⁾.

Cabe ao profissional estimular e ressaltar a importância dos pais durante a experiência da dor da criança. Estudos realizados com recém-nascidos ⁽⁶²⁾, crianças e adolescentes constatarem em seus resultados alterações fisiológicas e comportamentais ao serem separados da mãe, após o procedimento doloroso agudo. ^(67-68,71)

DSC 10 – Dificuldades: Percepção do enfermeiro em relação ao manejo da dor

“Acho que ainda é muito pouco tempo, na verdade o que eu percebi que depois que apliquei o primeiro, toda criança que via: *ai meu Deus essa criança está com dor queria aplicar os cartões*, só que acabava não conseguindo fazer isso, ir lá e aplicar e como algumas crianças estavam com analgesia de horário, não mudou em muito minha conduta. Na verdade na prática mesmo não teve uma mudança, acho que só foram duas crianças, acabou não dando tempo, de por enquanto, mudar. Eu procuro sempre avaliar a criança, o estado geral, como está à dor no momento para tratar, a partir disso não mudou. Acho que não mudou, porque as crianças logo de cara falam, ela não precisa de uma foto para mostrar que as crianças estão com uma dor no braço, dor na barriga já que as crianças associando bastante com o local da dor. Porque ela não está sentindo dor de dente, a criança, mas o Cebolinha está sentindo dor de dente para ela, eu não sei como isso poderia ajudar no tratamento dela? Acho que os cartões você tem que usar quando você tiver uma finalidade depois, não simplesmente para formar o vínculo, acho que tem outras formas de criar um vínculo com elas. O que eu percebi é que eles medicam independente do tipo de dores, dor na perna, dor no braço, dor de cabeça, eles vão acabar medicando da mesma forma, então, quando vai medicar, eles medicam para a dor, não que tipo de dor exatamente pelo que eu percebi. E aquilo que eu já tinha falado, para mim qual vai ser a diferença do cartão na minha intervenção? Na hora da avaliação mesmo, o que vai mudar se eu vou deixar de fazer alguma coisa ou vá fazer? Se eu vou deixar de medicar ou medicar mesmo ou vou fazer alguma outra coisa diferente, uma medida não farmacológica? Isso para mim foi o que não percebi.”

Neste DSC, os enfermeiros justificaram a ausência de um manejo da dor atribuindo ao pouco tempo de uso do instrumento e também pelo fato de a maioria das crianças e adolescentes já estar com analgesia de horário.

Para perceber a dor da criança, o profissional de enfermagem deve estar sensibilizado com sua situação, além de ser influenciado por suas experiências passadas, tanto pessoais como profissionais. Sendo assim, a sensibilização é mais do que constatar a existência da dor, é o envolvimento do profissional na solução desse sintoma da criança ^(67-68,70-71).

Apesar disso, houve o questionamento de um enfermeiro a respeito da necessidade de qualificar a dor das crianças e adolescentes, visto que os médicos já prescreviam analgésicos e os profissionais de enfermagem os administravam independente do tipo ou localização de dor, ficando claro para o profissional que sua conduta, não teria diferença após sua à utilização do instrumento de avaliação da dor.

A natureza multidimensional da dor significa que o uso de analgésicos pode ser apenas uma parte da estratégia multiprofissional que compreende ações nas angústias físicas, psicológicas, sociais e espirituais do paciente (76).

Embora estudos revelem que a primeira ou a única escolha para o alívio da dor seja medicamentosa, ficando o enfermeiro na dependência da prescrição médica, profissionais relataram utilizarem inicialmente as medidas não-medicamentosas para minimizar esta necessidade da criança. (13,20,61, 67-68,71,77)

Resultados de outro estudo afirmam que, após a realização de procedimentos dolorosos, como troca de curativo, medidas não-medicamentosas e medicamentosas devem ser realizadas para o manejo eficaz da dor. (61,78)

A dor não tratada corretamente traz prejuízos, como o atraso do processo de cura dos tecidos e a recuperação do paciente; causa ansiedade, depressão e irritabilidade; pode trazer problemas relativos à alimentação e ao sono; pode tornar a criança vulnerável em futuras experiências de dor; altera a estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica; produz alterações hidroeletrolíticas, bioquímicas e estruturais no sistema nervoso central; aumenta o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade. (7,64-65,72).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo trazem uma importante contribuição ao apresentar a experiência de enfermeiros na aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* em sua prática diária.

Observou-se que o enfermeiro percebeu o impacto positivo dessa nova ferramenta no cuidado às crianças e adolescentes e suas mães ao enfrentar o desafio de utilizar os *Cartões de Qualidade da Dor* em seu cotidiano. Essa experiência ampliou os horizontes para uma avaliação mais completa e eficaz da criança em situação de dor, incentivando o emprego de intervenções não-medicamentosas no alívio da dor.

Os discursos dos enfermeiros apontaram que o uso do instrumento facilitou a avaliação da dor das crianças e adolescentes, destacando a rapidez em sua aplicação, além da praticidade mesmo para aqueles profissionais que não apresentavam experiência anterior na utilização de outros instrumentos de avaliação de dor.

Neste estudo, a participação dos enfermeiros mostrou-lhes que a avaliação da dor permite conhecer as dimensões de dor da criança e adolescente, além de perceber as influências exercidas pelas suas particularidades e diferenças relativas à individualidade e subjetividade, idade cronológica, nível de desenvolvimento cognitivo e emocional.

Por outro lado, o profissional enfrentou algumas dificuldades em razão da inexperiência na utilização de instrumentos para avaliação da dor e, sobretudo, pelo número pequeno de aplicações do instrumento. Além disso, o enfermeiro também enfrentou algumas barreiras para conversar com a criança sobre dor.

A partir dos discursos dos enfermeiros percebeu-se também um grande distanciamento entre o que eles julgavam ser dor para o público infantil e o que a criança responde que seja dor para ela.

Outro questionamento que emergiu, com base nos depoimentos, foi a percepção diferente que algumas crianças e adolescentes manifestaram em relação à ilustração de alguns descritores de dor. Deve-se ressaltar, quanto maior a divergência do significado atribuído no processo de manejo da dor entre as pessoas envolvidas, maior será o dano causado à criança por não ser possível chegar a um consenso.

Acredita-se que a complexidade da avaliação da dor infantil diminuiu baseado no conhecimento e percepção de suas particularidades pelo enfermeiro e de seu papel social e profissional para conhecer esse universo.

Em virtude dos resultados, percebeu-se uma quebra do paradigma em torno da dificuldade e sobrecarga na avaliação. Destaca-se, que muitos participantes expressaram o anseio de continuar utilizando os cartões, como forma de avaliação da dor infantil no setor, uma vez que a instituição participante neste estudo está em processo de implantação da dor como quinto sinal vital.

Quanto às limitações deste estudo, destacam-se o fato dos enfermeiros serem, na grande maioria, da mesma instituição de saúde de um serviço público; e a ampla maioria das crianças avaliadas com os cartões serem de pós-operatório recente ou com diagnóstico de patologias agudas que provocassem dor. Além disso, o fato dos participantes serem voluntários pode indicar um interesse preexistente na temática, influenciando positivamente no resultado desta pesquisa que evidenciaram que a aplicação dos *Cartões de Qualidade da Dor* pode transformar-se em uma estratégia para melhor interpretação da experiência de dor de crianças e adolescentes, facilitando o planejamento do cuidado e a tomada de decisão

dos enfermeiros, bem como o acompanhamento da eficácia do tratamento da dor.

REFERÊNCIAS

1. Lemos S, Miguel EA. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na unidade de terapia intensiva pediátrica. *Cienc Cuid Saúde* 2008;7(suplem. 1):82-87.
2. Rossato LM, Magaldi FM. Instrumentos multidimensionais: Aplicação dos cartões das qualidades da dor em crianças. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 setembro-outubro; 14(5)
3. Pimenta CAM, Teixeira MJ. Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa. *Rev. Esc. Enf. USP*, 1996 dez. 30(3):473-83.
4. Rocha MCP. A experiência da enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal no uso de instrumentos para avaliação da dor em neonatos. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 2009.
5. Hortense P, Zambrano E, Sousa FAEF. Validação da escala de razão dos diferentes tipos de dor. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008 Ago; 16 (4): 720-726.
6. Rodrigues J, Santiago L, Ferraz L, Garcia M, Fernandes A. Avaliação da dor nas crianças com deficiência e limitações da comunicação verbal: estudo da praticabilidade da escala Douleur Enfant San Salvador (DESS). *Rev. Referência II.^a Série – n. °6 – jun. 2008*: 19-26.
7. Persegona KR, Zagonel IPS. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatório no ato de cuidar. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2008 set; 12(3): 430-36.
8. Pedroso RA, Celich KLS. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2006 abr-jun; 15(2):270-276.
9. Puccini RF, Bresolin AMB. Dores recorrentes na infância e adolescência. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(Supl.1):S 65-S76.
10. Setz, VG et al. Assessment and intervention for pain relief in hospitalized children. *Acta Paul Enf*. 2001 São Paulo, 14(2):55-65.
11. Rossato-Abéde LM, Angelo M. Determinando crenças no cuidado de enfermagem a crianças com dor: O contexto familiar. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, 2000 jul/dez 2(2):7-18.
12. Ali S, Drendel AL, Beno S. Pain Management of Musculoskeletal Injuries in Children Current State and Future Directions *Pediatr Emer Care* 2010;26(7): 518-528

13. Queiroz, FC. O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2007
14. Queiroz FC, et al. Manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: em busca de subsídios para aprimorar o cuidado. Rev. Bras Enferm, Brasília 2007 jan-fev; 60(1):87-91.
15. Merskey H, Albe-Fessard DG, Bonic JJ. Pain terms: a list with definitions and notes on usage: recommended by the International Association for Study of Pain (IASP) Subcommittee on Taxonomy. Pain. 1979;6:249-52
16. Persegona KR, Lacerda MR, Zagonel IPS. A subjetividade permeando o processo de cuidar em enfermagem à criança com dor. Revista Eletrônica de Enfermagem 2007 Mai-Ago; 9(2): 518-525.
17. Baeyer CL von, Spagrud LJ. Systematic review of observation (behavioral) measures of pain for children and adolescents aged 3 to 18 years. Pain 2007 127:140-150
18. Quiles MJ, van-der Hofstadt CJ, Quiles Y. Pain assessment tools in pediatric patients: a review (2nd part). Rev Soc Esp Dolor 2004; 11:360-369.
19. Rossato LM. Abordagem da dor na criança e no adolescente in: Almeida FA, Sabatés AL Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital. Barueri, SP – Manole, 2008 (Série Enfermagem)
20. Vincent C Van H. Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Children's Pain; 2005, 30(3):177-83
21. Rossato LM, Angelo M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimentos dolorosos. Rev. Esc. Enf. USP. Set 1999; 33:236-19
22. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. Pediatria (São Paulo) 2006;28(4):251-61.
23. Claro MT. Dor em pediatria in: Chaves LD, Leão ER Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. Revista e ampliada – São Paulo: Livraria Martinari, 2007.
24. Saladerä S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. Journal of Advanced Nursing, 1999, 29(3):727-736.
25. Torritesi P, Vendrúsculo DMS. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. Rev. latino-am. enfermagem, 1998; Ribeirão Preto, 6(4):49-55

26. Pinto MCM, Camarata DG, Oliveira AC, Dalge DP, Paes AT. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. *Einstein*. 2009; 7(1 Pt 1):18-23.
27. Garcia M, Fernandes A. Avaliação da dor nas crianças com deficiência profunda: a escala DESS. *Revista Referência II.ª Série – n.º 05 – Dez*. 2007.
28. Correia LL, Linhares MBM. Assessment of the behavior of children in painful situations: literature review. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(6):477-486.
29. Klein VC, Linhares MBM. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*, 2007, 17(6): 33-44.
30. Chambers CT, McGrath PJ. Pain measurement in children. In: Ashburn MA, Rice LJ, eds. *The management of pain*. New York: Churchill Livingstone, 1998, 625-634.
31. Tesler M, Ward J, Savedra M. Developing an instrument for eliciting children's descriptions of pain. *Percept Mot Skills* 1983; 56:315-321.
32. Savedra MC, Tesler MD, Holzemer WL, Wilkie DJ, Ward JA. Pain location: Validity and reliability of body outline markings by hospitalized children and adolescents. *Res Nurs Health* 1980; 12: 307-14.
33. Cañete MA, Font MF, Verdeguer A, Castel V. El dolor en el niño con câncer. *Dolor* 1995; 10:258-264.
34. McGrath PJ. An assessment of children's pain: a review of behavioural, physiological and direct scaling techniques. *Pain* 1987; 54:329-334.
35. Thompson KL, Varni JW. A developmental cognitive – biobehavioral approach to pediatric pain assessment. *Pain* 1986; 25:283-296.
36. Valls JM. Problemática del dolor en pediatría. *Dolor* 1988; 3:28-32.
37. Lambert SA. The effects of hypnosis/guided imagery on the postoperative course of children. *J Dev Behav Pediatr* 1996; 17: 307-10.
38. Savedra M, Tesler M, Wegner C. How do children describe pain? *J Adolesc Health Care* 1988; 9:315-320.
39. Bragado C, Fernández A. Tratamiento psicológico del dolor y la ansiedad evocados por procedimientos médicos invasivos en oncología pediátrica. *Psicothema* 1996; 8: 625-56.

40. Clarke P, Spear FG. Reliability and sensitivity in the self-assessment of well being, abstracted. *Bulletin of British Psychology Society*, 18^a, 1964.
41. Abu-Saad H. Assessing children's responses to pain. *Pain* 1984; 19: 163-71.
42. McGrath PA, De Veber LL. The management of acute pain evoked by medical procedures in children with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1986; 1:145-50.
43. Huskisson EC. Visual analogue scales. En: Melzack R, ed. *Pain measurement and assessment*. New York: Raven Press, 1983.
44. Eland JM. Minimizing pain associated with prekindergarten intramuscular injections. *Issues Compr. Pediatr Nurs* 1981; 5: 361-71.
45. Hester N, Foster R, Kristensen K. Measurement of pain in children: Generalizability and validity of the pain ladder and the poker chip tool. In: Tyler DC, Krane EJ, eds. *Advances in pain research therapy*. Vol 15. New York: Raven; 1990:79-93.
46. McGrath PJ, de Veber LL, Hearn MT. Multidimensional pain assessment in children. En: Fields HL, Dubner R, Cervero F, eds. *Advances in pain research and therapy: proceedings from the 4th world Congress on Pain*. New York: Raven Press 1985; 9: 387-93.
47. Ortigosa JM. Estudio de la eficacia de dos programas de preparación a la hospitalización quirúrgica infantil basados en el Modelado Filmado y las Habilidades de Afrontamiento. Tesis doctoral no publicada. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia, 1997.
48. Wong D, Baker C. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatr Nurs* 1988; 14(1): 9-17.
49. Bennett-Branson SM, Craig KD. Postoperative pain in children: developmental and family influences on spontaneous coping strategies. *Can J Behav Sci* 1993;25: 355-83.
50. Richardson GM, McGrath PJ, Cunningham SJ, Humphreys P. Validity of the headache diary for children. *Headache* 1983; 23: 184-7.
51. Goodman JE. Parental Modeling of Pain Behavior. Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, 1998
52. Abu-Saad HH, Pool H, Tulkens B. Further validity testing of the Abu-Saad Pediatric Assessment Tool. *J Adv Nurs* 1994; 19: 1063-71.
53. McGrath PJ. *Advances in pain research and therapy*. New York: Raven Press, 1990.
54. Willimason DA, Davis CJ, Kelley ML. Dolor de cabeza. Psicopatología infantil. Barcelona: Martínez Roca, 1993.

-
55. Reid GJ, Gilbert CA, McGrath PJ. The pain coping questionnaire: preliminary validation. *Pain* 1998; 76:83-96.
 56. Field PA, Morse LM. Nursing research: the application of qualitative approaches. Maryland: Aspen Rublishes; 1985.
 57. Pope C, Mays N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. Porto Alegre: ArtMed; 2005.
 58. Minayo MC de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003
 59. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para Estudiantes y profesionales. 2001 disponible en <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>
 60. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª. Ed. Caxias do Sul, RS – Educs, 2005 (Coleção Diálogos)
 61. Johansson M, Kokinsky E. The COMFORT behavioral scale and the modified FLACC scale in pediatric intensive care. *Nursing in Critical Care* 2009 ; 14(3):122-30
 62. Vivancos RBZ. Efeito do contato pele a pele imediato ao nascimento na reatividade à dor dos recém-nascidos durante a vacina contra Hepatite B [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, 2008.
 63. Noel M, McMurtry M, Chambers CT, McGrath PJ. Children's Memory for Painful Procedures: the relationship of pain intensity, anxiety, and adult behaviors to subsequent recall. *Journal of Pediatric Psychology* 2010, 35(6):626–636.
 64. Andrade MP. Dor pós-operatória: conceitos básicos de fisiopatologia e tratamento. *Rev Soc Bras Est Dor* 2000 abr/maio/jun; 2 (2): 7-14.
 65. Barbosa SMM, Guinsburg R. Dor de acordo com as faixas etárias pediátricas. In: Teixeira MJ, editor. *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba (PR): Ed Maio; 2003. p. 536-45.
 66. Coeli SCM. Dor aguda na criança. In: Drummond JP. *Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica*. São Paulo (SP): Atheneu; 2000. p. 151-70.
 67. Nascimento, LC et al. O manejo da dor em crianças, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, pelos profissionais de enfermagem, na ótica das mães. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2010, vol.18(4):709-715.

-
68. Silva, Larissa Domingas Grispan e, Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes, Rossetto, Edilaine Giovanini. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc. Anna Nery* [online]. 2010, vol.14(3):519-526.
69. Vincent C Van H, Wilkie D J., Szalacha L. Pediatric Nurses' Cognitive Representations of Children's Pain The Journal of Pain, 2010, 11(9): 854-863
70. Viana DL. Sensibilizando-se para cuidar: experiência da enfermeira frente à avaliação da dor na criança [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2004.
71. Claro MT. Dor em pediatria. In: Leão ER; Chaves L.D. Dor – 5º sinal vital: intervenções de enfermagem. Curitiba (PR): Ed Maio; 2004. p. 207-18.
72. Posso IP, Costa DSP. De quem é a responsabilidade no tratamento da dor pós-operatória? *Âmbito Hospitalar* 2005 jan/fev; 17 (170): 3-8.
73. Twycross A. Managing pain in children: where to from here? *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19, 2090–2099
74. Price S. Pain: Its experience, assessment and management in children. *Nursing Times*. 1990; 86(9):42-45.
75. Shaikh N, et. al. How do parents of preverbal children with acute otitis media determine how much ear their child is having?, *Journal of Pain*, 2010, 11(12):1291-1294.
76. BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. - Rio de Janeiro: INCA, 2001.
77. Vincent CVH, Gaddy EJ. Pediatric Nurses' Thinking in Response to Vignettes on Administering Analgesics. *Research in Nursing & Health*, 2009, 32, 530–539
78. Jong A de, et. al. Reliability, validity and clinical utility of three types of pain behavioural observation scales for young children with burns aged 0–5 years *PAIN*; 2010, 150: 561–567

ANEXO 1 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 12 de fevereiro de 2010.

Ilm.^a Sr.^a
Claudia Ebner

Ref.: Processo nº 875/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Aplicação dos cartões das qualidades da dor pediátrica: percepções dos enfermeiros**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes
Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2 - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

São Paulo, 7 de maio de 2010.

Il^{mo}(a). S^{ra}(a).

Dra. Lisabelle Mariano Rossato

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

Escola de Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

REFERENTE: **Projeto de Pesquisa** “Aplicação dos cartões das qualidades da dor pediátrica: percepção dos enfermeiros” - **Pesquisador(a) Responsável:** Dra. Lisabelle Mariano Rossato - **Co-Investigador(es):** Claudia Ebner - **Registro CEP-HU/USP:** 998/10 – **SISNEP CAAE:** 0027.0.198.000-10.

Prezado(a) Senhor(a)

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo, em reunião ordinária realizada no dia 7 de maio de 2010, analisou o Projeto de Pesquisa acima citado, considerando-o como **APROVADO**, bem como os seus **Termos de Consentimento Livre e Esclarecido**.

Lembramos que cabe ao pesquisador elaborar e apresentar a este Comitê, relatórios anuais (parciais ou final, em função da duração da pesquisa), de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, inciso IX.2, letra “c”.

O primeiro relatório está previsto para 7 de maio de 2011.

Atenciosamente,

Dr. Maurício Seckler
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital Universitário da USP

APÊNDICES 1 – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

São Paulo, 05 de Fevereiro de 2010.

À Comissão Científica da Instituição

Vimos solicitar autorização para a aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado, Claudia Ebner, orientanda da *Prof^a. Dr^a. Lisabelle Mariano Rossato* do Departamento ENP Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem USP, realizar a coleta de dados para a pesquisa que culminará na dissertação de mestrado.

A pesquisa, de caráter qualitativo, tem como objetivo conhecer a experiência dos enfermeiros na utilização dos “Cartões das Qualidades da Dor” em crianças hospitalizadas em situação de dor. Para isso, será necessário apresentar e disponibilizar o instrumento de avaliação da dor infantil, posteriormente entrevistar enfermeiros que utilizaram o instrumento para avaliar a dor das crianças.

Garantimos quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do nome dos participantes e da instituição quanto dos conteúdos fornecidos pelos mesmos. O relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes sejam mencionados e que os participantes não sofrerão risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético, tendo garantido a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa e deixar de participar da mesma, sem qualquer prejuízo a instituição e aos participantes. Não haverá despesas para a instituição e participantes em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à participação.

Acreditamos que esta Instituição poderá contribuir imensamente para essa pesquisa, uma vez que apresenta as qualidades necessárias para tal, tendo em vista os objetivos citados. Esperamos também que, com essa pesquisa possamos contribuir para a ampliação de conhecimentos da Instituição, o que poderá refletir na melhora da capacitação dos enfermeiros resultando em melhor cuidado prestado à criança que vivência o fenômeno doloroso.

Agradecemos desde já pela atenção e estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente,

Claudia Ebner – Aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado.

Lisabelle Mariano Rossato – Prof^a Dr^a do Departamento ENP da EEUSP.

APÊNDICES 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa que tem como objetivo conhecer a experiência dos enfermeiros na utilização dos “Cartões das Qualidades da Dor” em crianças em situação de dor e hospitalizadas que está sendo realizada pela mestrandia Claudia Ebner, sob orientação da Profª Drª. Lisabelle Mariano Rossato, da Escola de Enfermagem da USP. Aceito participar da entrevista com a pesquisadora, que será gravada contando para a mesma sobre a minha experiência pessoal na utilização do instrumento. Foi-me dada a garantia quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do meu nome quanto dos conteúdos fornecidos por mim. Sei que o relatório final do estudo será publicado, sem que meu nome seja mencionado. Sei, também, que não sofrerei risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético, e que tenho garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa e deixar de participar da mesma, sem qualquer prejuízo a mim ou a Instituição. Não haverá despesas para mim em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à minha participação. Sei que em qualquer etapa da pesquisa a pesquisadora Claudia Ebner se coloca à minha disposição para esclarecimento de dúvidas podendo ser contatada pelos e-mails: claeubner@hotmail.com ou claeubner@usp.br ou pelo e-mail da secretaria de pesquisa: edipesq@usp.br. Sei também que há duas cópias do TCLE, uma será entregue a mim e outra à pesquisadora.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Assinatura da orientadora: _____

São Paulo, ____/____/____

Ficha de Identificação dos Participantes

Data: ____ / ____ / 2010

Dados Pessoais

Nome: _____

Idade: _____ Possui filhos: () SIM () NÃO Quantos? ____

Idade das crianças? _____

Telefone ou e-mail para contato: _____

Dados de Formação/Escolaridade

Graduação: _____ Tempo de graduação: _____

Local da graduação: _____

Possui pós-graduação? () Sim () Não Nível: () Mestre () Doutor
() Especialista

Concluído () sim () não Qual área? _____

Tempo de conclusão da pós-graduação? _____

Dados Profissionais

Tempo de experiência profissional: _____

Local de Trabalho: _____

Setor: _____ Tempo de atuação no setor: _____

Número de leitos do setor: _____

Taxa de ocupação durante a utilização dos cartões? _____

Perfil dos pacientes atendidos: _____

Assinatura

APÊNDICE 3 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Meu nome é **Claudia Ebner**, enfermeira, mestranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Professora Doutora Lisabelle Mariano Rossato, Professora Doutora da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Estou realizando um estudo intitulado **APLICAÇÃO DOS CARTÕES DE QUALIDADE DA DOR PEDIÁTRICA: EXPERIÊNCIA DOS ENFERMEIROS**, que tem como objetivos conhecer a experiência dos enfermeiros na utilização dos “Cartões das Qualidades da Dor” em crianças hospitalizadas em situação de dor, bem como, conhecer as facilidades e dificuldades na utilização desse instrumento de avaliação da dor pediátrica.

Para tanto solicito a autorização para seu (sua) filho (a) participar dessa pesquisa. Serão utilizados os Cartões de Qualidade da Dor pelos enfermeiros da Instituição. Declaro que o enfermeiro compromete-se a ficar atento a qualquer manifestação de dor ou de desconforto de seu filho (a), interrompendo imediatamente a utilização dos cartões. Além disso, será garantido o sigilo das informações, o anonimato, bem como a liberdade para retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, mesmo após ter assinado o termo, sem que isto traga prejuízos à continuidade da assistência prestada à criança e sua família. Sei, também, que não sofreremos risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético. Não haverá despesas para mim em qualquer fase da pesquisa, como também, não haverá compensação financeira relacionada à minha participação. O participante do estudo terá direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos e publicações científicas.

Diante do exposto, eu _____, declaro que fui convenientemente esclarecido (a) sobre o estudo a ser realizado por Lisabelle Mariano Rossato e Claudia Ebner e consinto em participar.

A pesquisa terá a duração de um ano. Durante este período, caso necessite de informações adicionais ou decidir pela retirada do consentimento e que os dados não sejam mais utilizados, entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis, Lisabelle Mariano Rossato, pelo telefone: (11) 3061-7601 e Claudia Ebner, pelo telefone: (11) 3061-7602.

(Este documento possui duas vias, uma ficará em posse do entrevistado e a outra será arquivada com a pesquisadora).

São Paulo, _____ de _____ de 2010.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Apêndice 4 – FICHA DE UTILIZAÇÃO DOS CARTÕES De QUALIDADE DA DOR

Ficha de Utilização dos “Cartões das Qualidades da Dor” (Rossato; Pimenta, 1996)

Data: ____/____/2010

() Ambulatório () Unidade de Internação

1 – Identificação da Criança e adolescente:

Nome: _____

Idade: _____ anos Diagnóstico: _____

Pertence ao Ambulatório de Dor: () Sim () Não

Fenômeno doloroso controlado? Visão da criança: () Sim () Não

Visão do profissional: () Sim () Não

A criança refere presença de dor no momento da aplicação:

() Sim () Não

Faz uso de medicação: () Sim () Não Quais: _____

2 – “Cartões das Qualidades da Dor” (Rossato; Pimenta, 1996)

Tempo necessário para aplicação de todos os cartões: _____

“O Cebolinha está com dor, qual tipo de dor ele está sentindo?” Cartões identificados:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)

(11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18)
(TODOS)

“Qual dor que o Cebolinha está sentindo que é igual a sua?” Cartões escolhidos:

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10)
(11) (12) (13) (14) (15) (16) (17) (18)
(Nenhum)

Sugestões de Cartões: _____

Observações do Profissional: _____

Identificação do Profissional: _____

LEGENDA - "CARTÕES DAS QUALIDADES DA DOR" (Rossato, Pimenta; 1996)

Componentes Sensoriais

Queimação

Fisgada

Mordida

Dolorida

Formigamento

Repuxa

Agulhada

Latejante

Componentes Afetivos

Apavorante

Atormenta

Cansativa

Enjoada

Enlouquecedora

Componente Avaliativo

Forte

Componentes Miscelânea

Aborrecida

Em Aperto

Fria

Espalha