

A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro

The pain of children with sickle cell disease: the nursing approach
El dolor del niño con enfermedad falciforme: el abordaje del enfermero

Lívia Maria Nunes Campelo¹, Nayara Fernandes Oliveira¹, Juliana Macêdo Magalhães¹,
Alcineide Mendes de Sousa Julião², Fernanda Cláudia Miranda Amorim¹, Magda Coeli Vitorino Sales Coelho¹

¹ Centro Universitário Uninovafapi, Departamento de Enfermagem. Teresina-PI, Brasil.

² Universidade Estadual de Roraima, Departamento de Enfermagem. Boa Vista-RR, Brasil.

Como citar este artigo:

Campelo LMN, Oliveira NF, Magalhães JM, Julião AMS, Amorim FCM, Coelho MCVS. The pain of children with sickle cell disease: the nursing approach. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 3):1381-7. [Thematic Issue: Health of woman and child] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0648>

Submissão: 03-02-2017

Aprovação: 02-11-2017

RESUMO

Objetivo: Descrever como o enfermeiro identifica a dor na criança com doença falciforme (DF) e pontuar as estratégias utilizadas por ele na avaliação e controle da dor. **Método:** Pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória, realizada por meio de entrevistas semiestruturadas com 13 enfermeiros. Após transcrição das entrevistas, os dados qualitativos foram organizados segundo análise temática. **Resultados:** Evidenciou-se que os enfermeiros são capazes de identificar a dor em crianças com DF a partir dos sinais que elas emitem, como: choro constante, inquietação, expressões faciais e relatos verbais. A dor é difícil de ser avaliada devido à falta de instrumentos, como a escala de dor. Para o controle da dor é utilizado apoio emocional, promoção de conforto e administração de fármacos prescritos pelo médico. **Considerações finais:** Os enfermeiros reconhecem a dor na criança e utilizam métodos farmacológicos e não farmacológicos para controlá-la, porém têm dificuldades em sua avaliação.

Descritores: Anemia Falciforme; Criança; Dor; Enfermagem Pediátrica; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To describe how nurses identify the pain in children with sickle cell disease (SCD) and to list the strategies used by them in the evaluation and control of pain. **Method:** This is a qualitative, descriptive and exploratory research, performed through semi-structured interviews with 13 nurses. The interviews were transcribed and after this process the qualitative data were organized according to thematic analysis. **Results:** This study showed that the nurses can identify pain in children with SCD from the signals they emit, such as: constant crying, restlessness, facial expressions and verbal reports. Pain is difficult to evaluate due to the lack of instruments, such as a pain scale. For pain control they use emotional support, promotion of comfort and the administration of drugs prescribed by the doctor. **Final considerations:** The nurses recognize the pain of the child and use pharmacological and non-pharmacological methods to control it but have difficulties to assess it.

Descriptors: Anemia, Sickle Cell; Child; Pain; Pediatric Nursing; Nursing Care.

RESUMEN

Objetivo: Describir como el enfermero identifica el dolor en el niño con enfermedad falciforme (EF) y puntuar las estrategias utilizadas por él en la evaluación y en el control del dolor. **Método:** Investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria, realizada por medio de encuestas semiestruturadas con 13 enfermeros. Después de la transcripción de las encuestas, los datos cualitativos han sido organizados según el análisis temático. **Resultados:** Se ha evidenciado que los enfermeros son capaces de identificar el dolor en niños con EF desde las señales que ellas emiten, como: el llanto constante, la inquietud, las expresiones faciales y los relatos verbales. El dolor es difícil de ser evaluado debido a la falta de instrumentos, como la escala de dolor. Para el control del dolor es utilizado el apoyo emocional, la promoción de comodidad y la administración de fármacos prescritos por el médico. **Consideraciones finales:** Los enfermeros reconocen el dolor en el niño y utilizan métodos farmacológicos y no farmacológicos para controlarla, sin embargo, tienen dificultades en su evaluación.

Descritores: Anemia de Células Falciformes; Niño; Dolor; Enfermería Pediátrica; Atención de Enfermería.

AUTOR CORRESPONDENTE Juliana Macêdo Magalhães E-mail: julianamdem@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) tem origem africana e se apresenta como uma das doenças hematológicas hereditárias mais frequentes no mundo⁽¹⁾. No Brasil, tem predominância nas regiões Nordeste e Sudeste, com maior frequência na população negra e seus descendentes⁽²⁾. Estima-se o nascimento de 3 mil crianças com doenças falciformes no país por ano; entre essas crianças, 80% não atingem os 5 anos de idade em razão de complicações da doença e por não receberem os cuidados de saúde necessários⁽³⁾.

A DF é caracterizada por um tipo de hemoglobulina mutante conhecida como hemoglobulina S (Hb-S), que provoca a distorção dos eritrócitos (hemácias), deixando-os em forma de foice⁽¹⁾. A detecção da DF é feita por testes de triagem neonatal, com o objetivo de um diagnóstico precoce, possibilitando o início de cuidados específicos, exigidos por uma enfermidade degenerativa⁽³⁾.

Habitualmente, o quadro clínico da DF começa a aparecer a partir dos seis meses de idade. Os sinais e sintomas mais frequentes são crises de dor ou crises vaso-oclusivas, úlceras em membros inferiores, icterícia, palidez e cansaço⁽¹⁾.

A primeira crise vaso-oclusiva, conhecida como síndrome mão-pé, ocorre em poucos meses de vida da criança, sendo caracterizada por dor e edema no dorso das mãos e/ou dos pés, algumas vezes acompanhada de eritema e calor local⁽⁴⁾. Essa crise, a maior manifestação clínica da doença, é decorrente da oclusão dos pequenos vasos sanguíneos pelas hemácias falciformes⁽⁵⁾, sendo reconhecida como um marcador na vida do paciente, o que justifica a notável procura por atendimento de emergência e admissão hospitalar⁽⁴⁾.

Quando se fala em reconhecimento da dor em crianças com DF, podemos destacar algumas dificuldades para os cuidadores (pais e profissionais de saúde), pois essas crianças de idade mais tenra podem carecer de capacidade cognitiva ou de vocabulário para relatar ou descrever sua dor⁽⁶⁾.

A identificação desses eventos dolorosos é baseada no desenvolvimento cognitivo de cada criança. Até os dois anos de idade, a avaliação adota como critérios os aspectos fisiológicos e comportamentais; a partir desta idade, o relato da criança a respeito de suas próprias experiências pode ser utilizado para avaliar a intensidade ou a gravidade da crise algica, sendo possível, ainda, a utilização de instrumentos apropriados, como as escalas de dor⁽⁷⁾.

Para o controle e tratamento das crises dolorosas são utilizadas, além do tratamento medicamentoso, estratégias não farmacológicas (como apoio emocional e promoção de conforto), que também são úteis na recuperação da criança.

Dessa forma, o cuidado prestado à criança com DF em sua vivência dolorosa requer habilidades do enfermeiro na identificação, avaliação e controle da dor, levando em consideração, para uma assistência integral e humanizada, a idade e a subjetividade de cada criança diante de suas reações comportamentais. Diante do exposto, questiona-se: como o enfermeiro identifica a dor na criança com DF? Quais são as estratégias utilizadas na avaliação e no controle da dor?

OBJETIVO

Descrever como o enfermeiro identifica a dor na criança com DF e pontuar as estratégias utilizadas na avaliação e controle da dor.

MÉTODO

Aspectos éticos

Este estudo foi conduzido de acordo com as normas e diretrizes regulamentadas de pesquisa preconizadas pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁸⁾. Os participantes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que assegura o anonimato e a liberdade de recusa ou exclusão em qualquer fase da pesquisa. Os participantes foram identificados pela letra E (de entrevistado) seguida de um número arábico correspondente à ordem sequencial em que foram realizadas as entrevistas (E1 a E13). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Uninovafapi.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é baseada em uma realidade não quantificada: envolve significados, motivos, crenças, valores e atitudes, ou seja, trabalha com o subjetivo, variando de pessoa para pessoa, podendo sofrer influências do meio. Os resultados foram analisados conforme a técnica de análise temática de Minayo⁽⁹⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

O estudo foi realizado em um hospital infantil estadual localizado na cidade de Teresina, Piauí, instituição de referência no tratamento da criança que convive com DF. Com atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde, o hospital funciona atualmente com 76 leitos de internação e 9 leitos de Unidade de Terapia Intensiva, oferecendo atendimento pediátrico nas áreas de cirurgia, hematologia, nefrologia, reumatologia, neurologia e terapia intensiva, com hospitalização mensal média de três crianças com DF. O cenário foi delimitado na unidade de internação, que conta com enfermeiros em seu quadro funcional.

Fonte de dados

Os participantes foram 13 enfermeiros (diaristas e plantonistas) selecionados por amostragem probabilística aleatória – na qual todos os elementos da população têm a mesma probabilidade de serem escolhidos como elemento da amostra –, por meio de sorteio da escala mensal do setor de internação. Foram incluídos enfermeiros com atuação mínima de um ano, independentemente do sexo, escolha feita por se acreditar que o profissional estaria assim mais familiarizado com a assistência à criança, tendo mais conhecimento sobre o objeto de estudo. Os enfermeiros que estavam afastados por férias e licenças do serviço no período da coleta de dados foram excluídos.

O número de participantes foi delimitado durante a pesquisa, visto que o critério para interrupção da coleta de dados foi o de saturação dos dados, definida como a suspensão de novos participantes a partir do momento em que os dados apresentam redundância⁽¹⁰⁾. Tendo em vista os critérios anteriormente citados de inclusão, exclusão e saturação, a representatividade deste estudo foi de 43,3% do total de 30 enfermeiros no campo da pesquisa.

Coleta e organização dos dados

Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março de 2016 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada. Inicialmente um convite foi feito aos participantes em potencial e, quando aceito, um horário era agendado. A coleta foi realizada individualmente, pelo próprio autor, em ambiente privativo ao final da jornada de trabalho dos participantes. Ressalta-se ainda que não havia nenhum vínculo anterior entre os participantes e os autores.

O instrumento foi organizado com perguntas abertas e fechadas. As perguntas fechadas intencionavam a caracterização dos enfermeiros, e as abertas atendiam aos objetivos da pesquisa. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos. As perguntas foram feitas oralmente e as respostas foram gravadas por meio de um aparelho celular com autorização dos participantes, sendo transcritas posteriormente com total legitimidade.

Análise dos dados

Este processo teve por base a análise temática, em que o objetivo é estabelecer uma compreensão dos dados coletados com o intuito de confirmar ou não os objetivos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o tema pesquisado, associando-o ao contexto cultural do qual faz parte⁽⁹⁾. Os dados coletados foram descritos, interpretados e organizados em unidades temáticas para serem analisados em comparação com o embasamento teórico abordado. As unidades temáticas foram: identificação da dor da criança com doença falciforme pelo enfermeiro; estratégias para avaliação e controle da dor da criança; e impacto da "dor e hospitalização" no cotidiano da criança.

RESULTADOS

Caracterização dos enfermeiros participantes da pesquisa

Participaram do estudo 13 enfermeiros, 4 do sexo masculino e 9 do sexo feminino, com faixa etária entre 23 e 44 anos, e tempo de serviço na assistência pediátrica variando de 1 a 22 anos. Dentre os profissionais, três não possuíam especialização, e apenas um era especialista na área pediátrica. Os demais enfermeiros apresentavam especialidades nas áreas de saúde da família; unidade de terapia intensiva (UTI); linhas de cuidado de enfermagem em doenças crônicas não transmissíveis; gestão pedagógica e epidemiologia.

A identificação da dor da criança com doença falciforme pelo enfermeiro

Os entrevistados reconhecem a dor na criança e elegem o choro, a agitação e a verbalização como as principais formas de manifestá-la:

A gente percebe de imediato a questão do choro, a criança começa a chorar e reclamar de dor. (E1)

Podem também mencionar a dor, quando já são crianças que verbalizam. (E2)

Agitação e choro de difícil controle são as formas mais identificadas. (E3)

As crianças utilizam formas verbais ou não verbais (como manifestações comportamentais) para sua interação com o meio, em virtude de suas queixas dolorosas. Nessa perspectiva, os participantes citaram o choro, o desconforto, a irritação, a inquietação e as expressões de sofrimento como manifestações comportamentais:

Quando a criança não possui capacidade de dialogar, o choro e o desconforto podem nos dizer algo. (E4)

Geralmente a criança apresenta quadro de incompatibilidade de bem-estar, podendo ficar chorosa, irritada e inquieta. (E2)

Os médicos solicitam o parecer quando a criança é muito chorosa e irritada. (E5)

Um recurso muito importante a ser utilizado é o diálogo com a mãe, no intuito de identificar mudanças comportamentais características de dor, como faces de sofrimento. (E2)

Para os profissionais entrevistados, o exame físico também pode ajudar a identificar a dor na criança com DF:

Primeiro a gente avalia onde é a dor. (E5)

E no contato, dependendo de como você [a] aborda, ela se abre mais. [...] quando é menor, palpando[-a] também, ou então só chorando mesmo, sem precisar fazer palpação nem nada. (E1)

Existem as situações em que a criança fica apontando o local da dor, por exemplo, com as mãos sobre o abdome. (E2)

Os participantes ressaltam ainda que algumas alterações fisiológicas, como queda de saturação de oxigênio e aumento da frequência cardíaca e respiratória, indicam dor na criança:

Crianças com necessidades especiais ou afásicas podem apresentar alterações em dados vitais, como taquicardia, oscilação de saturação. (E2)

Considero uma queixa de dor em grau intenso, alterando muitas vezes os sinais vitais da criança, podendo apresentar dispneia e taquicardia. (E6)

Estratégias para avaliação e controle da dor da criança com doença falciforme

As estratégias utilizadas no alívio da dor da criança com DF envolvem terapias farmacológicas e não farmacológicas, que devem ser selecionadas de acordo com a necessidade do paciente e a intensidade da dor durante cada episódio de crise. Nessa

unidade temática, para os enfermeiros, a terapia farmacológica é a estratégia mais utilizada para aliviar a dor da criança:

A nível hospitalar, a principal intervenção passa a ser medicamentosa [...] e contactar o profissional médico no caso de aumento da intensidade da dor. (E2)

Comunicamos o médico plantonista para avaliação e prescrição de analgésicos, anti-inflamatórios e opioides, caso não estejam prescritos. (E4)

A minha experiência é com pacientes internados, então o que eu faço para aliviar a dor é administrar medicamentos prescritos. (E7)

Caso tivesse contato, buscaria estratégia de analgésicos que estivessem prescritos. (E8)

Por outro lado, alguns profissionais manifestaram habilidades em trabalhar com estratégias não farmacológicas, como o lúdico, o diálogo e o apoio emocional, na tentativa de amenizar o sofrimento da criança durante a crise algica:

A gente vai apelando para o lúdico, a gente não tem muito material ou instrumento pra fazer isso, mas aí a gente vai adaptando com o que tem, uma luva, que eles gostam, a gente enche a luva e aí fica brincando, acha um balão ou outro [...] É questão do lúdico e de conversar [...] você fazendo um carinho ou conversando com as [crianças] maiores e nas pequenas usando uma parte lúdica, é fácil de ajudar. (E1)

Tentar acalmar a criança com palavras como “vai já melhorar” ou “vai passar logo”. (E9)

Dar muito apoio, carinho e compreensão para a criança. (E7)

Primeiramente a gente conversa bastante com essas crianças, que a gente sabe que o grau de dor é muito elevado, então a gente conversa, tenta amenizar. (E5)

Para avaliação da dor da criança com DF, os entrevistados relataram as escalas de dor, porém, em um dos relatos, a depoente cita o nome de uma escala, não para mensuração de dor, mas sim para classificação de lesão por pressão. Ainda de acordo com as falas, a instituição não possui ou disponibiliza um instrumento de escala para avaliação de dor:

Aqui a gente não utiliza nenhuma escala de dor formal por escrito, como a de Braden, no caso. Se tem, eu não fui apresentada [...] A gente tem a SAE [Sistematização da Assistência de Enfermagem] [...], mas escala de dor, não. (E1)

O enfermeiro deve aplicar uma escala de dor para solucionar a sintomatologia. (E2)

Os participantes manifestaram algumas estratégias utilizadas para a promoção do conforto da criança no ambiente hospitalar que buscam proporcionar alguma melhora no momento da crise:

Incentivar o repouso no leito, propiciar um ambiente confortável e tranquilo à criança, incentivar a hidratação, identificar os fatores precipitantes da dor e estimular a deambulação quando possível. (E10)

A hidratação por vezes melhora a dor na doença falciforme. (E4)

Buscar promover conforto, minimizar ruídos. (E2)

Acalentar a criança [...] tornar o leito e o ambiente na medida do possível confortáveis. (E6)

O impacto da “dor e hospitalização” no cotidiano da criança com doença falciforme

Para alguns entrevistados, a combinação “dor e hospitalização” resulta no comprometimento da qualidade de vida da criança, refletindo em suas atividades diárias, como citado nos seguintes relatos:

[A criança fica] impossibilitada de ter uma vida normal, ou seja, estudar e brincar. (E11)

o que se observa é que estas crianças sempre precisam de intervenções no decorrer do Tratamento, como transfusão e tratamento de sintomas, então abdicam do lazer etc. (E7)

A dor traz impacto negativo na evolução da criança, aumentando muitas vezes o tempo de internação hospitalar. (E10)

Os sujeitos apontaram o isolamento, a tristeza e a negação dos procedimentos a serem realizados e da equipe que presta os cuidados como manifestações de descontentamento da criança com sua realidade:

Tem umas [crianças] que nem aceitam a medicação ou pegar o acesso, então a gente necessita chamar esse apoio psicológico. (E5)

Os aspectos psicológicos podem causar na criança tristeza, isolamento, entre outros. (E12)

Os enfermeiros destacaram a importância das habilidades do profissional para dar apoio à criança e saber identificar os sentimentos que surgem constantemente nessas condições:

Deve ter uma assistência voltada a minimizar não somente a dor em si, mas também os aspectos psicológicos que podem causar na criança tristeza, isolamento, entre outros. (E12)

A atuação da equipe assistencial em saúde é de extrema importância, dando apoio sobretudo ao cuidador. (E6)

O carinho da equipe de enfermagem ajuda a amenizar a dor causada pela doença. (E13)

Devemos abordar a criança de maneira que se sinta segura em relação ao profissional. (E12)

DISCUSSÃO

Os enfermeiros reconhecem que as crianças com DF se utilizam de comunicação verbal ou não verbal e identificam o choro e as queixas como manifestações mais recorrentes. Para as crianças menores, os métodos para avaliar a dor são: observação de expressões faciais, irritação e gemência; para as crianças maiores, relatos verbais, inquietação e agitação.

O relato verbal é a forma mais empregada na hora de avaliar a dor de um paciente. Trata-se, porém, de uma técnica baseada na capacidade do indivíduo comunicar seus sintomas, havendo uma maior dificuldade de avaliação no caso de crianças que ainda não verbalizam⁽¹¹⁾.

Quando a intensidade da crise vaso-oclusiva se apresenta de forma mais acentuada, até mesmo a criança que já verbaliza não suporta tanta dor e pode recorrer também ao choro. Esse ato, além de demonstrar desconforto, pode advir do medo, pelo fato da criança já ter vivido experiências de dor em crises anteriores^(3,12).

Nesse sentido, é possível entender que as crianças são as melhores fontes de informação sobre suas experiências⁽¹³⁾. Elas podem expor seus pensamentos e sentimentos de forma verbal ou não verbal e, para tanto, é essencial que o enfermeiro adentre no mundo infantil e ampare a criança nas situações por elas vivenciadas⁽¹⁴⁾.

Os entrevistados citam também o exame físico como indicativo para a percepção da dor na criança com DF: a localização da dor e a palpação são os passos observados nas falas de E1, E2 e E5 durante a avaliação da criança na crise álgica. O exame físico consiste em uma etapa do planejamento do cuidado de enfermagem que busca avaliar, por meio de sinais e sintomas, anormalidades que podem sugerir problemas no processo de saúde e doença. Deve-se realizar uma avaliação minuciosa, de maneira sistematizada, no sentido cefalocaudal do corpo, utilizando as técnicas propedêuticas: inspeção, palpação, percussão e ausculta⁽¹⁵⁾.

O grau da dor falciforme varia para cada paciente e idade⁽⁴⁾, sendo descrita por crianças como "dolorida" ou "martelante"⁽¹⁶⁾. Crianças pré-escolares e escolares tendem a referir a dor mais frequentemente em membros, enquanto adolescentes queixam-se de dor no abdome⁽⁵⁾. Dessa forma, a conduta do profissional deve ser sistemática, com linguagem e termos adequados para cada faixa etária para que possa obter a colaboração do paciente e, conseqüentemente, a diminuição das reações dolorosas⁽⁶⁾.

Os enfermeiros apontam ainda algumas alterações fisiológicas (queda de saturação, aumento da frequência cardíaca e frequência respiratória) como indicativos de dor na criança com DF. Ao reagir à dor, o sistema nervoso autônomo ativa mecanismos compensatórios, gerando respostas como o aumento da frequência respiratória e cardíaca, diminuição da saturação de oxigênio, sudorese e vasoconstrição periférica⁽⁶⁾. É perceptível que a dor provoca um desequilíbrio no organismo, portanto existe uma necessidade de intervenção imediata, pois a permanência desse agravo pode gerar reações significativas, inclusive comprometendo a vida do paciente.

No que diz respeito às estratégias utilizadas para controlar a dor na criança com DF, os entrevistados relataram terapias farmacológicas (administração de medicamentos) e não farmacológicas, como o lúdico, o diálogo e o apoio emocional. Aliar as

terapias farmacológicas às não farmacológicas envolve uma assistência mais humanizada à criança, deixando um método puramente técnico e demonstrando o cuidado holístico da equipe, inclusive no envolvimento da família durante os procedimentos⁽¹⁷⁾.

O brincar, embora não impeça a dor, auxilia a criança a liberar sentimentos de angústia, raiva, hostilidade, medo e desespero, amenizando os sentimentos negativos da hospitalização e intensificando a recuperação⁽¹⁸⁻¹⁹⁾. Dessa maneira, o uso do lúdico, por meio de brincadeiras, brinquedos, contação de histórias e diálogo, atua como alicerce para uma relação criança-enfermeiro embasada na confiança⁽²⁰⁾.

Quanto à avaliação da dor da criança com DF, foi perceptível, na fala de E2, a falta de contato e conhecimento de um instrumento para avaliação de dor, uma vez que o enfermeiro citou como instrumento de dor a escala de Braden; no entanto, percebe-se claramente a confusão do entrevistado em relação a esse tipo de instrumento, pois a escala citada é utilizada para classificação de lesão por pressão. Ainda de acordo com as falas, a instituição não possui ou disponibiliza um instrumento de escala para avaliar a dor de crianças com DF.

A dor é considerada uma experiência subjetiva, que não pode ser mensurada por instrumentos físicos, mas pode ser avaliada por escalas utilizadas nos serviços de saúde⁽²¹⁾. Quando essas escalas não são aplicadas na hospitalização, pode haver falhas na interpretação da dor, conseqüentemente atrapalhando a eficácia do tratamento, pois, para promover o alívio da dor do paciente, o enfermeiro deve ter habilidade para avaliá-la, identificando fatores agravantes, implementando estratégias de controle e monitorando os resultados dessas intervenções⁽²²⁾.

Sendo a dor considerada o quinto sinal vital, os serviços de saúde necessitam encorajar e acompanhar os profissionais em relação à avaliação desta como sinal vital e à utilização de escalas avaliativas, visando aliviar um sofrimento muitas vezes controlável⁽²³⁾.

Algumas técnicas foram citadas pelos enfermeiros como medidas utilizadas para a promoção do conforto da criança no momento da crise dolorosa: oferecer um ambiente tranquilo, minimizar ruídos, encorajar o repouso no leito, estimular a deambulação quando possível e incentivar a hidratação.

A criança hospitalizada acumula diversos sofrimentos, como a dor, a separação e o incômodo físico decorrente da intensa manipulação e da doença, conseqüentemente afetando suas áreas afetiva, emocional e psicológica⁽¹³⁾. Por isso, é importante que o enfermeiro reconheça tais sofrimentos e ofereça um ambiente de conforto, acolhedor para o paciente pediátrico. O impacto "dor e hospitalização" na rotina da criança com DF, segundo os profissionais entrevistados, compromete a qualidade de vida da criança, refletindo em suas atividades diárias, como o estudo e o lazer.

Alguns estudos, ao avaliarem as conseqüências da crise dolorosa na criança que convive com DF, verificaram que, tanto na percepção da criança como na do cuidador, a dor exerce importante impacto em vários momentos da vida cotidiana^(5,24). Desse modo, as limitações das atividades diárias, aliadas à dificuldade no controle de episódios dolorosos e à gravidade de sintomas, podem contribuir para o desencadeamento de problemas internalizantes como o isolamento, a tristeza, a negação e a dificuldade de adaptação social⁽¹¹⁾.

Os enfermeiros enfatizam a importância das habilidades do profissional em dar apoio e saber identificar esses sentimentos que surgem durante a hospitalização de crianças em episódios de dor falciforme, e destacam como medida uma assistência voltada não somente a dor em si, mas aos aspectos psicológicos, oferecendo suporte e atenção também ao cuidador e transmitindo segurança à criança.

Pode-se compreender, conforme os resultados apresentados, que os enfermeiros reconhecem a dor na criança com DF através da comunicação verbal ou não verbal, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio das crises álgicas da DF. Porém, no que diz respeito à avaliação da dor, os enfermeiros demonstram certa fragilidade no conhecimento de instrumentos como as escalas de dor.

Limitações do estudo

As limitações encontradas durante a pesquisa foram a recusa de três profissionais, dentre os trinta selecionados, para a participação das entrevistas, e o pouco contato dos profissionais – segundo um dos enfermeiros – com crianças com DF em crise dolorosa.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Este estudo pretende contribuir para a formação do enfermeiro norteando-o em relação aos cuidados à criança com DF no momento da internação pela crise álgica. É imprescindível que

o profissional enfermeiro esteja capacitado para reconhecer o processo patológico da DF a fim de intervir de maneira eficaz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros identificam a dor das crianças com DF através de sinais que elas emitem, como o choro constante, a inquietação e as expressões faciais, bem como o relato verbal em casos de crianças maiores. Apesar disso, os enfermeiros não dispunham de para avaliar a dor no ambiente de trabalho, o que pode acarretar impasses na conduta terapêutica.

Os profissionais destacaram, entre as estratégias de controle da dor prestadas à criança, o apoio emocional, a promoção do conforto e, principalmente, a administração dos fármacos prescritos pelo profissional médico.

Este estudo permitiu ampliar as evidências científicas relacionadas à identificação, avaliação e controle pelo enfermeiro da dor da criança com doença falciforme. Dessa forma, a pesquisa poderá contribuir com a reflexão do profissional na sua prática, considerando que, sem uma boa avaliação, não há uma boa intervenção, e que, sem um controle adequado da dor, haverá processos de hospitalização mais prolongados e mais traumatizantes.

Recomendam-se novos estudos relacionados à abordagem do enfermeiro na crise álgica da criança com doença falciforme, uma vez que a maioria das pesquisas aborda esta temática voltada ao adulto.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Doença falciforme: diretrizes básicas da linha de cuidado [Internet]. Brasília, DF; 2015 [cited 2016 Apr 25]. Available from: http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_diretrizes_basicas_linha_cuidado.pdf
2. Carvalho EMMS, Santos FHES, Anjos CD. Doença falciforme nas pesquisas em enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Baiana Enferm [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 11];29(1):86-93. Available from: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/9944/9546>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Doença falciforme condutas básicas para tratamento. [Internet] Brasília, DF; 2012 [cited 2016 Apr 25]. Available from: bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf
4. Soares AB, Gobbi DR, Silva GD, Siqueira ICGL, Cruz MP. A assistência de enfermagem em crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. Rev Recien [Internet]. 2012 [cited 2016 Apr 25];2(5):5-10. Available from: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/36>
5. Dias TL, Oliveira CGT, Enumol SRF, Paula KMP. A dor no cotidiano de cuidadores e crianças com anemia falciforme. Psicol USP [Internet]. 2013 [cited 2016 Jun 25];24(3):391-411. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642013000300003>
6. Tanabe P, Dias N, Gorman L. Care of children with sickle cell disease in the emergency department: parent and provider perspectives inform quality improvement efforts. J Pediatr Oncol Nurs [Internet]. 2013 [cited 2016 Apr 10];30(4):205-217. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23836847>
7. Raffet EJ, Alegria ND, Thiollier AF, Dugue S, Faye A, Ithier G, et al. Perception et évaluation de la douleur par le soignant et l'adolescent drépanocytaire: impact de l'anxiété du patient. Arch Pédiatr [Internet]. 2016 [cited 2017 Mar 17];23(2):143-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2015.11.013>
8. Novoa PCR. What changes in ethics in research in Brazil: 466/resolution 12 of the National Health Council. Einstein [Internet]. 2014 [cited 2016 Jan 10];12(1):VII-X. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1679-45082014ED3077>
9. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucited; 2010.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DM. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [cited 2016 May 11];27(2):389-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/20.pdf>

11. Blasi DG, Candido LK, Tacla MTGM, Ferrari RAP. Avaliação e manejo da dor na criança: percepção da equipe de enfermagem. *Semina: Ciênc Biol Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 03];36(1):301-10. Available from: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminario/article/view/18491/16956>
12. Santos JP, Maranhão DG. Cuidado de enfermagem e manejo da dor em crianças hospitalizadas: pesquisa bibliográfica. *Rev Soc Bras Enferm Pediatr* [Internet]. 2016 [cited 2016 Jun 20];16(1):44-50. Available from: http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-revisao-2.pdf
13. Santos PM, Silva LF, Depianti JRB, Cursino EG, Ribeiro CA. Nursing care in the perception of the child in the hospital. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2016 [cited 2016 Oct 25];69(4):646-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690405i>
14. Vasques RCY, Mendes-Castillo AMC, Bousso RS, Borghi CA, Sampaio PS. [Giving voice to children: considerations on qualitative interviews in pediatrics]. *Rev Min Enferm* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 08];18(4):1016-20. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/bde-26756> Portuguese
15. Lira ALBC, Fernandes MICD, Costa IAC, Silva RSC. Estratégia de aprimoramento do ensino do exame físico em enfermagem. *Enferm Foco* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 20];6(1/4):57-61. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/578/260>
16. Fosdal MB. Perception of pain among pediatric patients with sickle cell pain crisis. *J Pediatr Oncol Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 12];32(1):5-20. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1043454214555193>
17. Gonçalves B, Holz AW, Lange C, Maagh SB, Pires CG, Brazil CM. Care of children in pain admitted to a pediatric emergency and urgency unit. *Rev Dor* [Internet]. 2013 [cited 2016 May 11];14(3):179-83. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n3/en_05.pdf
18. Ferreira ML, Monteiro MFV, Silva KVL, Almeida VCF, Oliveira JD. Use of play in child care hospitalized: contributions to pediatric nursing. *Ciênc Cuid Saúde* [Internet]. 2014 [cited 2016 Jun 22];13(2):350-6. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/20596/pdf_193
19. Macedo L, Silva GF, Setúbal SM. Pediatric Hospital: the paradigms of play in Brazil. *Child* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 22];2(1):66-77. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4928750/>
20. Depianti JRB, Silva LF, Carvalho AS, Monteiro ACM. Nursing perceptions of the benefits of ludicity on care practices for children with cancer: a descriptive study. *O Braz J Nurs* [Internet]. 2014 [cited 2016 May 02];13(2):158-65. Available from: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.1008.1096&rep=rep1&type=pdf>
21. Motta GDCP, Schardosim JM, Cunha MLC. Neonatal infant pain scale: cross-cultural adaptation and validation in Brazil. *J Pain Sympt Manag* [Internet]. 2015 [cited 2016 Oct 22];50(3):394-401. Available from: [http://www.jpsmjournals.com/article/S0885-3924\(15\)00242-0/fulltext](http://www.jpsmjournals.com/article/S0885-3924(15)00242-0/fulltext)
22. Wilson BH, Nelson J. Sickle cell disease pain management in adolescents: a literature review. *J Pain Manag Nurs* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 20];16(2):146-51. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2014.05.015>
23. Kipel AGB, Franco SC, Muller LA. Nursing practices for pain management in hospitals of a city of Santa Catarina. *Rev Dor* [Internet]. 2015 [cited 2016 May 09];16(3):198-203. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150040>
24. Marques LN, Souza ACA, Pereira AR. O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. *Rev Ter Ocup Univ* [Internet]. 2015 [cited 2016 Jun 20];26(1):109-17. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/52376>