



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

NATALY TSUMURA INOCENCIO SOARES

**O MANEJO DA DOR DA CRIANÇA PELA EQUIPE DE
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE QUEIMADOS**

Londrina
2012

NATALY TSUMURA INOCENCIO SOARES

**O MANEJO DA DOR DA CRIANÇA PELA EQUIPE DE
ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE QUEIMADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Mauren Teresa
Grubisich Mendes Tacla

Londrina
2012

**Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

S676m Soares, Nataly Tsumura Inocencio.
O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma unidade de queimados / Nataly Tsumura Inocencio Soares. – Londrina, 2012.
163 f. : il.

Orientador: Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Enfermagem pediátrica – Teses. 2. Crianças – Cuidado e higiene – Teses. 3. Dor em crianças – Teses. 4. Queimaduras em crianças – Teses. I. Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083-053 2

NATALY TSUMURA INOCENCIO SOARES

**O MANEJO DA DOR DA CRIANÇA PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM
EM UMA UNIDADE DE QUEIMADOS**

Dissertação apresentada junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, como requisito à obtenção do título de Mestre.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora. Prof^a Dr^a Mauren T. Grubisich
Mendes Tacla
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a Dr^a Mara Lúcia Garanhani
Universidade Estadual de Londrina – UEL

Prof^a Dr^a Regina Aparecida Garcia de Lima
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 11 de junho de 2012.

DEDICO

A meus pais, João e Suely, por me ensinarem valores morais sólidos e oferecerem suporte educacional de excelência. Sem seu apoio, amor e dedicação, meu caminho não seria tão cheio de luz e conquistas.

A minhas irmãs, Michelle e Renata, pelo apoio em todas as minhas trajetórias, pelas palavras de conforto e por sempre me dizerem que tudo vai dar certo.

A meu noivo, Lucas, um anjo colocado em meu caminho, meu parceiro em todos os momentos de alegrias e dificuldades, sempre me apoiando, incentivando e jamais me permitindo desistir.

AMOS MUITO TODOS VOCÊS!!!!

AGRADECIMENTOS

À Deus,
por guiar e iluminar meu caminho e dar forças para vivenciar cada nova experiência.

À toda minha família,
pelas palavras de apoio e incentivo.

À Professora Doutora Mauren T. G. Mendes Tacla,
pela orientação, atenção e dedicação ao meu projeto. Por confiar em meu trabalho e compartilhar suas experiências para que esta dissertação se concretizasse. Nosso laço de carinho já estava criado e espero que permaneça por muitos e muitos anos.

Às Professoras Doutoradas Regina Aparecida Garcia de Lima e Mara Lúcia Garanhani,
por aceitarem o convite e integrarem a banca desta dissertação. Pela contribuição com seus valiosos conhecimentos e visão crítica muito bem colocada para melhor adequação deste trabalho.

À coordenadora do curso de enfermagem da Unifil, Rosângela Galindo,
por incentivar meu crescimento acadêmico e compreender meus compromissos com o mestrado.

Às Professoras do módulo 8 do curso de enfermagem da Unifil, em especial à Professora Irene, pelo apoio e compreensão e por proporcionar flexibilidade para com minhas obrigações com as atividades acadêmicas.

Ao profissional Cássio do SAME, por ser prestativo e fornecer os dados estatísticos necessários para melhor caracterizar esta pesquisa.

Aos dois profissionais da UTI pediátrica, por participarem do teste piloto, auxiliando na adequação do formulário utilizado no estudo.

À equipe de enfermagem do CTQ, por aceitarem participar da pesquisa, pelo acolhimento e colaboração para a coleta de dados deste trabalho.

Ao meu noivo Lucas, por me auxiliar pacientemente nas transcrições das entrevistas e na configuração do trabalho e por me socorrer sempre que entrava em desespero quando algo não estava dando certo.

Ao meu cunhado José Neto, por me atender, mesmo com seus compromissos e com o tempo extremamente limitado, contribuindo com seu brilhante conhecimento para a correção gramatical de parte deste trabalho.

“Que a cada manhã ao abrir os
olhos você sinta em seu coração que
a vida lhe espera de braços abertos para receber suas esperanças e
realizá-las com muito carinho.
Que a PAZ seja seu objetivo...
Que o AMOR seja seu caminho...
Que a SABEDORIA guie seus
passos!”

EWALD KOCH

SOARES, Nataly Tsumura Inocencio. **O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma unidade de queimados**. 2012. 163 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

RESUMO

Queimaduras são consideradas uma das mais traumáticas lesões sofridas por qualquer ser humano, seja pela ocorrência da lesão em si, seja pelos procedimentos necessários para sua recuperação. As crianças são a população mais atingida, devido à curiosidade natural e imaturidade em reconhecer e evitar o perigo iminente, características próprias da idade e do desenvolvimento infantil, principalmente até os quatro anos de idade. Diante disso, o estudo objetivou compreender a atuação da equipe de enfermagem em relação ao manejo da dor e processo de hospitalização da criança queimada. Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa, mediante entrevista semiestruturada aplicada a 16 integrantes da equipe de enfermagem, atuantes em um centro de tratamento de queimados. Também se realizou a observação da rotina do setor e a busca por registros clínicos contidos em prontuários. A análise da pesquisa pautou-se no referencial teórico descrito pela *Antropologia Interpretativa* defendida por Geertz, e no referencial metodológico baseado no *Método de Interpretação dos Sentidos*, proposto por Gomes e Minayo. Os resultados e a discussão foram organizados sob a forma de três artigos científicos. O primeiro, “Atuação da equipe de enfermagem no manejo da dor na criança queimada: uma revisão crítica da literatura”, consiste numa revisão crítica do tema e os outros dois, “Cuidado da equipe de enfermagem à criança queimada com dor” e “Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada”, sistematizam os dados coletados no estudo. Assim, o segundo artigo – *Cuidado da equipe de enfermagem à criança queimada com dor* – aborda as atitudes da equipe diante de uma criança vítima de queimadura, em termos de percepção, mensuração e alívio da dor. O terceiro texto – *Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada* – retrata a realidade de uma unidade de queimados, com foco na hospitalização pediátrica, considerando a criança, a família e a equipe de enfermagem. Diante do exposto, a pesquisa demonstrou que todo processo de hospitalização proporciona à equipe uma vivência estressante e penosa. Também foram encontradas fragilidades no manejo da dor infantil, em geral realizada de maneira assistemática, resultando em sofrimento no processo de reabilitação. Chama atenção, ainda, a importância da assistência multiprofissional dispensada a todos os membros envolvidos. Identificou-se a necessidade de se implantar atividades de educação continuada, com o intuito de capacitar os funcionários no manejo adequado da dor infantil e, assim, amenizar o sofrimento daqueles que dependem de seus cuidados, para que a recuperação seja o menos traumática possível. É também necessária a realização de programas de educação em saúde voltados para a prevenção de queimaduras, destinados à família e à comunidade, com a finalidade de reduzir os índices desse tipo de acidente e suas consequências dolorosas e, muitas vezes, permanentes.

Palavras-chave: Criança. Dor. Equipe de enfermagem. Unidades de queimados. Queimaduras.

SOARES, Nataly Tsumura Inocencio. **Children pain management by a nursing team working in a Burnt Victims Unit**. 2012. 163 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Londrina State University Nursing Post-Graduation Program, Londrina, 2012.

ABSTRACT

Burns are considered one of the most traumatic injuries suffered by a human being, either due to the injury itself or because the procedures required to heal it. Children are the major population of this injury, due to their natural curiosity and immaturity in recognizing and avoiding imminent danger. These characteristics are common to this age and to child development, mainly up to four years old. Therefore, the aim of this study was to understand about pain management by nursing professionals towards the burned child and the hospitalization process of this population in a Burnt Victims Unit. To do so, a descriptive and exploratory research was conducted using a qualitative approach, through semi-structured interviews with 16 members of a nursing team who worked in a Burnt Victims Unit. The daily routine of the unit was also observed and data from medical records were assembled. The theoretical reference used to analyzed data was the Interpretive Anthropology proposed by Geertz, and Sense-Based Interpretation theory, proposed by Gomes and Minayo, was used as methodological reference. The results and discussion originated three scientific papers. The first, "Nursing team actions in burned children pain management: a critical literature review" is a critical review and the other two, "Nursing team care with burned children in pain" and "The experience of the nursing team towards the hospitalization of a burned child" are results from the research. Hence, the second paper, "Nursing team care with burned children in pain" approaches the attitudes the nursing team adopts towards a burned child, considering their perceptions, pain measurements and relief. The third paper, "The experience of the nursing team towards the hospitalization of the burned child" reflects the reality of a Burnt Victims Unit, focusing on pediatric hospitalization, considering the child, the family and the nursing team. In conclusion, this research displayed that all hospitalization process poses a stressful and painful situation to the team. Some fragility was highlighted in child pain management, generally provided in a non-systematic way, as well as suffering regarding the rehabilitation process. We emphasize to the importance given to multi-professional care provided to all people involved. We identified the necessity to implement continued education activities to capacitate employees for adequate child pain management, and therefore, minimize the suffering of those under their care, so that healing is less traumatic as possible. Also, it is necessary to design health education programs focused on burn prevention addressing families and community, in order to reduce the incidence of this type of injury and its painful consequences, which are often permanent.

Key words: Child. Pain. Nursing team. Burnt units. Burns.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

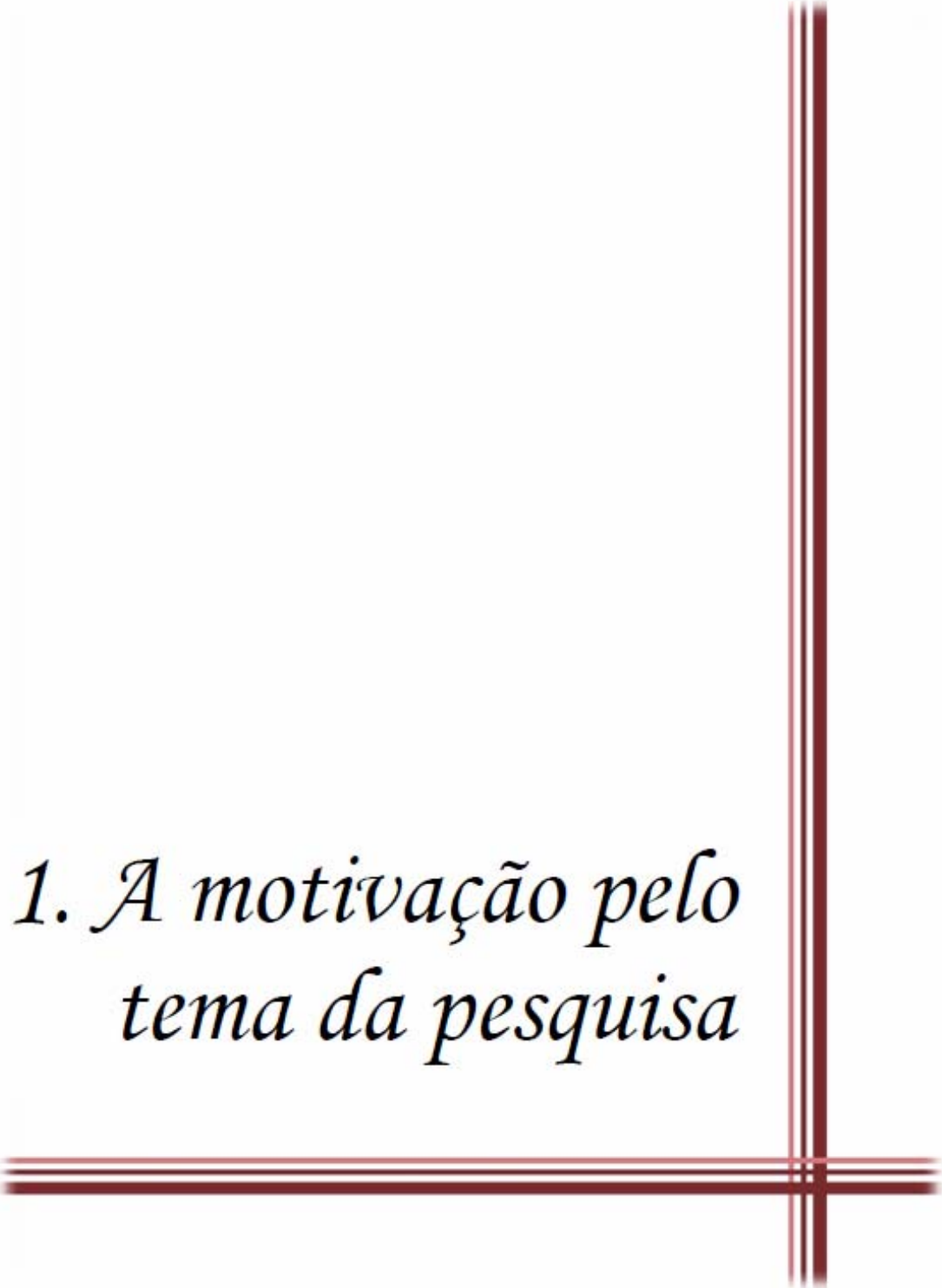
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
Decs	Descritores em Ciências da Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
HCFMRP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
HU	Hospital Universitário
IASP	International Association for the Study of Pain
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
MS	Ministério da Saúde
PA	Pronto Atendimento
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SCQ	Superfície Corporal Queimada
UEL	Universidade Estadual de Londrina
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1	A MOTIVAÇÃO PELO TEMA DA PESQUISA	12
2	INTRODUÇÃO	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	19
3.1	ASPECTOS DEFINIDORES DA QUEIMADURA	20
3.2	QUEIMADURAS EM CRIANÇAS	25
3.3	DOR NA CRIANÇA	26
3.4	DOR NA CRIANÇA QUEIMADA.....	29
3.5	A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A DOR NA CRIANÇA QUEIMADA	30
4	OBJETIVOS	34
4.1	OBJETIVO GERAL.....	35
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	35
5	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO	36
5.1	ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA DE GEERTZ.....	37
5.2	PESQUISA ETNOGRÁFICA	40
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	43
6.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	44
6.2	LOCAL DE ESTUDO	45
6.2.1	Descrição dos Atendimentos	45
6.2.2	Descrição das Internações no Ano de 2010	47
6.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	48
6.4	COLETA DOS DADOS.....	50
6.4.1	Entrevista.....	50
6.4.2	Observação não Participante.....	51
6.4.3	Pesquisa em Prontuário.....	53
6.5	ANÁLISE DOS DADOS	54
6.6	ASPECTOS ÉTICOS	56

7	RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
8	ARTIGOS	60
8.1	ARTIGO 1: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR NA CRIANÇA QUEIMADA: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA	61
8.2	ARTIGO 2: CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA COM DOR.....	76
8.3	ARTIGO 3: VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA.....	104
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICES	133
	APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido	134
	APÊNDICE B – Termo de confidencialidade e sigilo	136
	APÊNDICE C – Formulário para entrevista semi-estruturada	137
	APÊNDICE D – Roteiro de observação	138
	ANEXOS	141
	ANEXO A – Normas para publicação de trabalhos da Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN).....	142
	ANEXO B – Normas para publicação de trabalhos da Revista Mineira de Enfermagem (REME).....	149
	ANEXO C – Normas para publicação de trabalhos da Revista Investigación y Educación en Enfermería.....	156
	ANEXO D – Parecer de aprovação do comitê de ética.....	163

*1. A motivação pelo
tema da pesquisa*



Logo após a conclusão do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual de Maringá, fui admitida na pós-graduação *lato sensu* da Universidade Estadual de Londrina (UEL), modalidade Residência em Enfermagem, com ênfase em Saúde da Criança.

Com duração de dois anos, em tempo integral e dedicação exclusiva, a especialização ofereceu a oportunidade de conhecer e atuar em vários campos da área da saúde voltados para a Pediatria, como enfermagem, unidades de terapia intensiva (UTI) pediátrica e neonatal, banco de leite humano, maternidade, setor de quimioterapia, unidade básica de saúde, entre outros. Durante o curso, houve ainda uma ampliação dos campos de estágio, com a inserção do Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) do Hospital Universitário (HU) da cidade.

Como residente, exerci funções inerentes ao enfermeiro, principalmente atividades assistenciais voltadas ao paciente e sua família, sem deixar, obviamente, de atender as questões gerenciais dos setores. Dessa forma, realizava exames físicos, curativos, punções e sondagens, elaborava prescrições e evoluções de enfermagem, além de auxiliar nas escalas dos funcionários, entre outras responsabilidades.

Nos dias de atuação como residente no CTQ presenciei e auxiliei vários procedimentos peculiares a pacientes com queimadura, dentre os quais o curativo. Diariamente, pessoas hospitalizadas nessa unidade são submetidas a esse tipo de cuidado, seja na sala de pronto atendimento (PA), seja no próprio leito em UTI ou enfermagem. O agravante, nesses casos, é que tais procedimentos incorrem em intensa sensação dolorosa e requerem sedação e analgesia de alta eficácia, em quantidades adequadas, de forma a evitar maiores sofrimentos aos pacientes.

Em uma dessas situações, em momentos que antecederiam à realização do curativo de uma criança internada em um dos boxes da UTI desse setor – local em que seria realizado o procedimento –, eu e a equipe responsável pelo cuidado notamos que as doses dos fármacos contidos na prescrição médica para este fim ainda não eram suficientes para proteger a criança do sofrimento doloroso ao qual seria submetida. Eram eficientes em outras situações menos traumáticas, de modo que, nesse momento, necessitaria de concentrações mais elevadas.

O médico, ao qual solicitamos que aumentasse a dose ou prescrevesse um fármaco mais potente, disse que isso não seria necessário, pois

doses muito elevadas poderiam resultar em depressão respiratória, mantendo, por isso, a prescrição original.

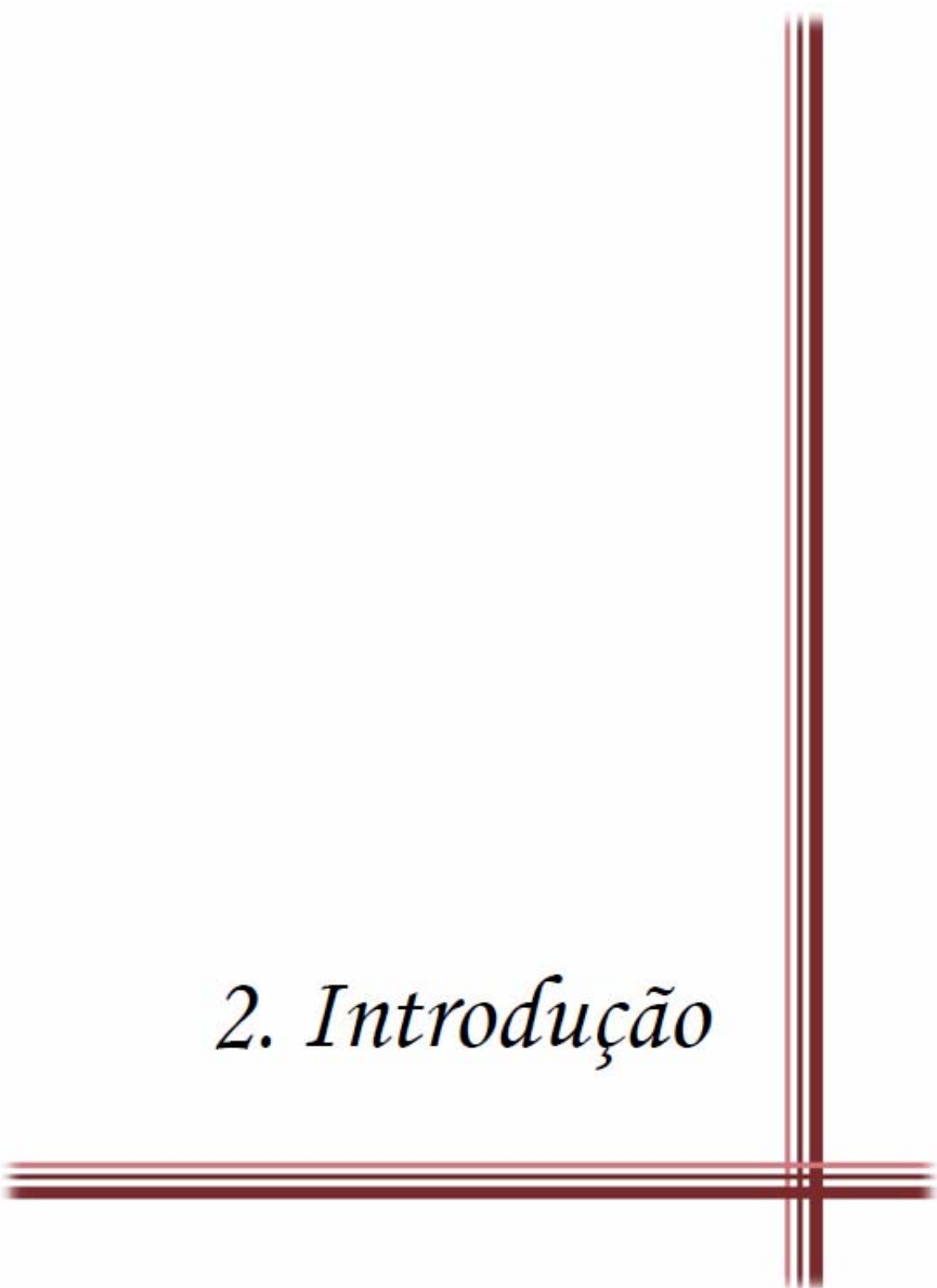
Ainda em desacordo, insisti que queria evitar maiores sofrimentos à criança, e que em todo caso ela se encontrava sob monitorização contínua, com equipamentos de suporte ventilatório, além da presença do anestesiolegista no setor. Mesmo assim, obtive resposta negativa do profissional.

Não satisfeita, entrei em contato com outro médico, explicando a situação. Dessa vez, enfim, foi solicitada a prescrição de dose e analgésico coerentes com o procedimento. Foi quando, finalmente, conseguimos realizar o curativo, sem sofrimento à criança ou qualquer intercorrência, sequer as relacionadas aos fármacos prescritos.

A partir desse caso em particular, surgiu o questionamento sobre a assistência relacionada à dor no referido setor, por ser um local onde ocorrem procedimentos que implicam em aflição física intensa e necessitam de intervenção específica e com elevada eficácia. Será que as crianças estavam recebendo adequada atenção em situações como a descrita, geradoras de tanto sofrimento?

Como a equipe de enfermagem é a responsável por avaliar e registrar a dor sentida, bem como aliviá-la de acordo com a intensidade verificada, decidi prontamente por esta população de estudo. Tratei de acompanhar, também, se situações como a relatada acontecem com alguma frequência e se o manejo da dor tem recebido a importância devida.

2. Introdução



As lesões causadas pela queimadura, em função de sua expressiva gravidade, geralmente resultam em longo tempo de hospitalização e tratamento, podendo levar a sequelas irreversíveis. Além disso, podem levar a óbito um número considerável de pacientes.

As crianças correspondem à faixa etária mais acometida, principalmente por influência de agentes térmicos. Rossi et al. (1998), em estudo realizado no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, cujo objetivo foi descrever os agentes causadores de queimaduras e as circunstâncias em que as mesmas ocorreram, assim como estabelecer os dados estatísticos de internação na unidade, descreveram, a partir das informações coletadas dos prontuários de 138 pacientes queimados que, do total, 50% tinham entre zero e onze anos, dos quais 33% foram vítimas de escaldadura, atingindo em maior escala as crianças menores de três anos. Já as com idade entre sete e onze anos tiveram o álcool como maior responsável, chegando a 40% dos atendimentos.

Esses dados parecem não ter se alterado ao longo do tempo. Em estudo realizado por Damasceno (2005), crianças de zero a dez anos de idade representaram 30% dos casos de queimaduras atendidos em um Centro de Tratamento de Queimados de Fortaleza. Destes, os líquidos aquecidos foram os principais agentes, seguidos por superfícies quentes e chamas.

O fator que influencia drasticamente a gravidade do caso é o tipo de queimadura. As de 2º e 3º graus demandam maior atenção e cuidados mais delicados. As queimaduras de 2º grau causam dor de grande intensidade, já que atingem, como as de 1º grau, as terminações nervosas sensitivas da pele (DAMASCENO, 2005).

Tanto no estudo de Damasceno (2005) quanto no de Rossi et al. (1998), as queimaduras de 2º grau foram as que acompanharam a maioria dos pacientes internados, correspondendo a 76% e 39% dos casos, respectivamente. Ainda no trabalho coordenado por Rossi et al. (1998), as queimaduras de 2º e 3º graus associadas corresponderam a 40% dos acidentes.

Esses dados justificam o elevado índice de hospitalização infantil, expondo a criança a riscos de complicações sérias. Além do mais, a internação exige intervenções terapêuticas consideradas altamente aflitivas, sem contar a dor da própria lesão.

As presenças da queimadura e da dor desencadeiam uma série de alterações fisiológicas que podem interferir na resposta ao tratamento e, conseqüentemente, na recuperação e na alta. Saber lidar com tais situações álgicas é essencial ao profissional que cuida do enfermo, de modo a evitar mais sofrimento e estresse a ele e à equipe. No entanto, o manejo da dor em crianças não é uma tarefa fácil, requer conhecimento, prática e confiança na queixa apresentada pelo paciente. Crianças maiores e conscientes ainda conseguem se expressar verbalmente, enquanto as pequenas têm no choro e na expressão facial de desagrado constante as principais formas de comunicação e manifestação do sofrimento. Nessas situações, nem sempre é fácil a diferenciação de outros incômodos como fome, sono, medo, comuns à hospitalização.

A identificação e a mensuração da dor, quando não efetuadas ou realizadas inadequadamente, acarretam alívio ineficaz, configurando-se em importante fonte de sofrimento para a criança, intensificando seu medo e fortalecendo sua desconfiança durante o processo de tratamento. Além disso, o profissional também sofre as conseqüências, já que se sente responsável pela dor referida, sem conseguir sanar esta queixa. Não só os aspectos físicos têm importância nesse tipo de acidente, sua influência vai além. Pode refletir-se em baixa autoestima em relação à imagem corporal, dificultando a reintegração social da vítima.

Desse modo, a equipe de enfermagem tem papel fundamental para tornar essa trajetória, da admissão à alta, menos traumática para o paciente. Este, que ficou apenas segundos sob a ação térmica, levará por toda a vida marcas e sequelas por vezes irreversíveis, que poderão resultar em distúrbios psicológicos importantes e dificuldades de relacionamento e de inserção em grupos sociais. A missão de oferecer uma assistência que visa melhorar a qualidade de vida do paciente requer que o profissional compreenda o enfermo como pessoa e ser único, que tem peculiaridades e formas de enfrentamentos específicos, merecendo, por isso, atenção especial e atitudes que favoreçam uma adaptação menos sofrida (SOUZA; MENDES; SILVA, 1994).

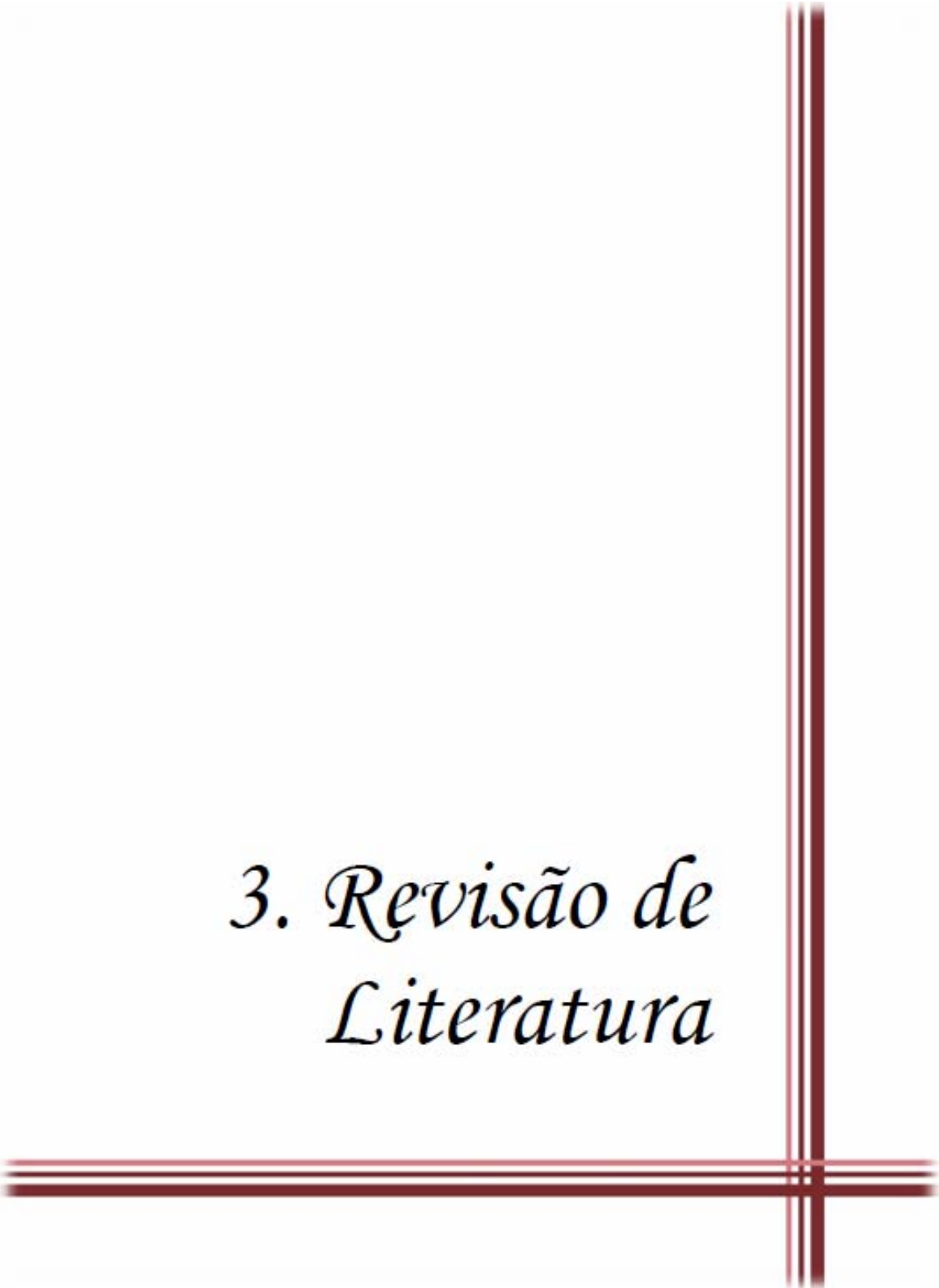
Com isso, o pressuposto de estudo se baseia no fato de que os profissionais de enfermagem nem sempre se encontram preparados para o manejo da dor na criança queimada. Além do mais, questões culturais configuram-se como possível obstáculo, já que muitos persistem com crenças errôneas relacionadas à

sensação álgica do paciente pediátrico, enquanto outros sentem dificuldades em lidar com a questão emocional, por conviverem com tanto sofrimento e se sentirem responsáveis pela dor experimentada por cada paciente.

Identificando as dificuldades que a equipe de enfermagem encontra no manejo da dor da criança queimada, ressaltam-se os pontos mais críticos a serem melhorados ou adaptados, para que seja a dor, de fato, identificada e controlada de forma eficaz, proporcionando, assim, maior conforto e melhor recuperação ao paciente.

O estudo contribuirá, ainda, para que outros Centros de Tratamento de Queimados se sensibilizem sobre a importância do manejo correto da dor na criança queimada. Sem dúvida, a aflição física está presente e, na maioria dos casos, de forma intensa e isso influencia diretamente o estado geral da jovem vítima. Além disso, toda a equipe de saúde poderá compreender melhor o processo de hospitalização em um CTQ, especialmente dos casos pediátricos, de forma a implementar um plano mais integral e humanizado.

3. Revisão de Literatura

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. One line runs vertically down the right side of the page, and another runs horizontally across the bottom. They intersect at the bottom right corner, forming a partial frame around the text.

3.1 Aspectos Definidores da Queimadura

Considera-se queimadura toda e qualquer lesão que tenha como agente causador produtos ou objetos térmicos, químicos, elétricos ou radioativos, de forma a destruírem tecidos, músculos, tendões e ossos total ou parcialmente (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008).

As queimaduras podem ser classificadas de acordo com a profundidade, o que também determina o prognóstico do estado de saúde do paciente, indo de leve a muito grave, de acordo com a classificação proposta por Prestes e Lopes Júnior (2008):

– **1º grau:** quando há envolvimento apenas da epiderme, apresentando hiperemia, edema, dor e umidade, sem interferências hemodinâmicas ou necessidade de reposição hídrica.

– **2º grau:** ao atingir epiderme e derme, caracterizada, principalmente, pela formação de bolhas íntegras ou rompidas. É ainda subdividida em queimadura de 2º grau superficial, de espessura parcial, afetando apenas parte da derme, preservando alguns anexos e com aparecimento de bolhas, dor acentuada, hiperemia e umidade, com o processo cicatricial de formação mínima e queimadura de 2º grau profunda, quando atinge quase toda derme e boa parte dos anexos, sendo menos dolorosa e necessitando de mais tempo para cicatrização, com maior propensão para formação de cicatrizes inelásticas e hipertróficas.

– **3º grau:** afeta epiderme, derme, tecido subcutâneo, e, em alguns casos, músculos e tecido ósseo. Apresenta aspecto de couro esbranquiçado, com tecido rígido e inelástico, e por vezes, estruturas carbonizadas. É considerada a mais grave das lesões.

Com o intuito de sistematizar o tratamento das vítimas de queimadura, além de controlar e regulamentar os gastos nessa área, o Ministério da Saúde (MS), a partir da portaria nº 1.274 de 22/11/2000, classificou tais pacientes em pequeno, médio e grande queimado (BRASIL, 2001):

– **Pequeno queimado:** o paciente diagnosticado com queimaduras de 1º e 2º graus, com até 10% da área corporal acometida.

– **Médio queimado:** aquele com queimaduras de 1º e 2º graus – tendo de 10 a 25% da superfície corpórea atingida; queimaduras de 3º grau com 10% da área corporal afetada ou quando há acometimento de mãos e pés.

– **Grande queimado:** as vítimas que apresentam queimaduras de 1º e 2º graus com mais de 26% do corpo lesionado, queimaduras de 3º grau com mais de 10% da área corporal atingida, além dos casos envolvendo o períneo.

Além disso, também se classifica como grande queimado o paciente em que se observam, associado(s) a qualquer dimensão de queimadura, presença de lesão inalatória, politrauma, trauma craniano, trauma elétrico, choque, insuficiência de vários órgãos, distúrbios de hemostasia, embolia pulmonar, infarto agudo do miocárdio, quadros infecciosos graves, síndrome compartimental e doenças consumptivas (BRASIL, 2001).

A partir dessas classificações, o tratamento pode ser realizado ambulatorialmente – nos casos em que a gravidade é menor ou clinicamente – quando o quadro do paciente inspira cuidados mais complexos e necessita, então, de hospitalização, até que a terapia se concretize e dê ao enfermo condições para alta (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008).

Para definir a complexidade do caso e a conduta a ser instituída, há muitos fatores que interferem e precisam ser analisados em conjunto, tais como grau da queimadura, superfície corpórea acometida, agente causador, bem como idade da vítima e presença de patologias primárias que tendem a diminuir a imunidade e o processo de cicatrização das lesões (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008).

Segundo Prestes, Lopes Júnior (2008) e Rossi (2003), os extremos de idade são os grupos com prognósticos menos favoráveis, principalmente em menores de dois anos e maiores de 60 anos de idade. Os lactentes são os que apresentam maior índice de mortalidade, principalmente pela imaturidade e menor relação entre área corporal e peso (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008). Entre os idosos isso se deve ao aumento da população nessa faixa etária e à menor capacidade cognitiva (RIBEIRO; FERRANTI, 2005).

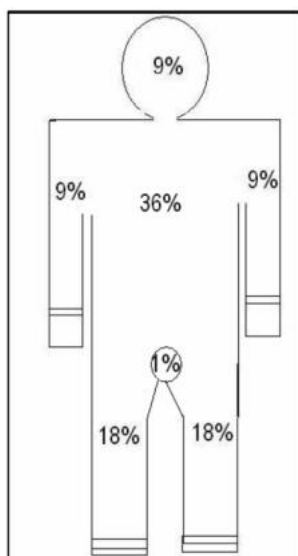
As queimaduras causadas por agentes de cunho elétrico ou químico são as que exigem maior atenção e apresentam os piores prognósticos, quando comparadas aos demais agentes causais (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008). Entre os produtos químicos, os mais comuns são os ácidos e álcalis, muitos deles vendidos livremente em supermercados, sem qualquer fiscalização ou controle pelas entidades responsáveis (ROSSI, 2003). Vale ressaltar que, quanto maior o tempo de exposição, pior o quadro clínico do paciente, independente do agente responsável (PRESTES; LOPES JÚNIOR, 2008). De acordo com os mesmos autores, as

queimaduras requerem maior atenção quando os locais atingidos são as vias aéreas superiores, tanto pela ação direta quanto pela inalação da fumaça, já que acarretam edemas importantes, prejudicando a troca gasosa e necessitando de ventilação mecânica de urgência.

Para a determinação da extensão da lesão, é preciso calcular a Superfície Corporal Queimada (SCQ), com adultos e crianças sendo avaliados de forma específica. Isso se deve ao fato de que as regiões corpóreas são proporcionais ao seu estágio de desenvolvimento, podendo algumas receber maior valor percentual em infantes quando comparado aos adultos, como a cabeça, por exemplo. Nesses casos, há dois métodos destinados para cada um dos casos. A “Regra dos Nove” é mais voltada para os adultos (Figura 1) e a tabela Lund-Browder (Tabela 1), mais indicada para as crianças, devido à simplicidade de utilização e, ao mesmo tempo, à rigidez e precisão de resultados (BARRET-NERÍN; HERNDON, 2005; DAMASCENO, 2005).

De acordo com Vianna (2008), na Regra dos Nove, o corpo é dividido em áreas específicas. A cada uma é designado um valor múltiplo de nove fixo, em que a cabeça corresponde a 9%; os membros superiores somados, a 18%; tronco, 36%; cada um dos membros inferiores equivale a 18% e genitália, a 1%. Assim, a somatória de cada uma das partes atingidas resulta na SCQ do paciente. É um método muito simples, fácil e rápido de se aplicar, porém pouco confiável nos casos pediátricos.

Figura 1 – Regra dos nove



Fonte: Vianna (2008)

No caso da tabela Lund-Browder, os valores se sustentam em áreas fixas e variam conforme a faixa etária da vítima, sendo a cabeça e os membros inferiores os que mais se alteram com a evolução da idade, de forma inversamente proporcional entre eles (VIANNA, 2008). Tal método, quando aplicado, apresenta um valor de SCQ mais fidedigno e apropriado para os pacientes pediátricos vítimas de queimadura.

Tabela 1 – Tabela Lund-Browder

IDADE (anos)	0 a 1	1 a 4	5 a 9	10 a 16	Adulto
ÁREA (%)					
Cabeça	19	17	13	11	7
Pescoço	2	2	2	2	2
Tronco anterior	13	13	13	13	13
Tronco posterior	13	13	13	13	13
Nádega direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Nádega esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Genitália	1	1	1	1	1
Braço direito	4	4	4	4	4
Braço esquerdo	4	4	4	4	4
Antebraço direito	3	3	3	3	3
Antebraço esquerdo	3	3	3	3	3
Mão direita	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Mão esquerda	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Coxa direita	5,5	6,5	8	8,5	9,5
Coxa esquerda	5,5	6,5	8	8,5	9,5
Perna direita	5	5	5,5	6	7
Perna esquerda	5	5	5,5	6	7
Pé direito	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Pé esquerdo	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5

Fonte: adaptado de Vianna (2008)

A decisão por um determinado tratamento depende de uma série de fatores que envolvem o ocorrido e a decisão deve ser ágil e precisa, imediatamente após análise inicial. A situação clínica do paciente regride rapidamente, com alterações metabólicas importantes, queda da temperatura corporal, maior exposição a micro-organismos responsáveis por infecções severas, bem como rápida evolução de edemas e maior propensão a choque e óbito (LIMA JÚNIOR et al., 2008).

De início, é necessária a estabilização da vítima, manter vias aéreas pérvias e instalar a reposição volêmica adequada são condutas primordiais para que

o paciente reúna condições vitais adequadas, que permitam a continuidade do trabalho e os demais cuidados, como banho e curativo. Para Serra e Araújo (2008), a dor também deve ser prontamente aliviada com a aplicação de morfina, a fim de evitar maior sofrimento ao paciente e facilitar a resposta à terapia.

Após os cuidados iniciais, durante os dias de hospitalização, vários procedimentos dão sequência ao tratamento estabelecido. A balneoterapia, que consiste em banho específico no qual também se eliminam tecidos desvitalizados, é realizada na grande maioria dos pacientes e necessita de analgesia e sedação controlada, em ambiente próprio, com monitorização contínua (LIMA JÚNIOR et al., 2008).

Nos casos mais severos, em especial nas queimaduras de 3º grau, a enxertia é uma intervenção necessária e se caracteriza por procedimento cirúrgico com reposição cutânea. Esse procedimento pode ser classificado de modos variados, como autógeno, autólogo ou autoenxerto (quando doador e receptor são a mesma pessoa); homogêneo, homólogo ou homoenxerto (quando o doador é outra pessoa); heterólogo ou xenoenxerto (quando é originado de algum animal de outra espécie), sendo o autoenxerto o mais comum, de baixo custo e com menos chances de rejeição (LESSA FILHO; MENEZES; HORA, 2008).

Além disso, Lima Júnior et al. (2008) relatam que, em algumas situações, ainda há necessidade da realização de escarotomia ou fasciotomia, que são procedimentos cirúrgicos de urgência, indicados nos casos de queimaduras circulares e síndrome compartimental, respectivamente. São realizados com o intuito de aliviar as compressões internas e evitar maiores sequelas e perdas funcionais. Segundo os mesmos, o processo de reabilitação ainda envolve uma ampla assistência multiprofissional, em que se incluem terapia nutricional rigorosa, apoio social integral, controle contínuo e adequado da dor, bem como exercícios fisioterápicos e atendimento psicológico sistematizados, sempre considerando as peculiaridades de cada paciente e a particularidade de cada caso.

Pelo exposto, fica evidente que o processo de recuperação da queimadura implica em uma série de procedimentos clínicos e cirúrgicos altamente dolorosos, independente do tipo ou severidade da lesão. O trauma emocional diante da dor intensa vivenciada neste processo permanece por tempo prolongado na memória da criança e interfere significativamente na resposta ao tratamento e na aceitação dos cuidados realizados pela equipe (SERRA; BASTOS, 2008).

3.2 QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

Os acidentes na infância, por causas externas, são responsáveis não só por grande parte das mortes, mas também por traumatismos não fatais, como encefalopatia, anóxia por quase afogamento, cicatrizes e desfiguração devido a queimaduras, bem como déficits neurológicos persistentes causados por traumatismos cranianos, que exercem um grande impacto a longo prazo, repercutindo na família e na sociedade e penalizando crianças e adolescentes em plena fase de crescimento e desenvolvimento (MARTINS, 2006).

Segundo estatísticas de 2007 do Ministério da Saúde (MS), o número de mortes entre os menores de 14 anos foi de 63.616. Dessas, cerca de 10% (5.329) correspondem a causas externas. Segundo esse levantamento, os acidentes de trânsito lideram a lista, com 40% do total dos óbitos. As mortes por incêndio e queimaduras representam 6%, ocupando o quarto lugar. É, também, a segunda causa responsável pelas hospitalizações infantis, sendo a escaldadura (por líquidos quentes) a mais comum (35%). Porém, em crianças de 1 a 4 anos, fase em que transita entre andar/correr e a aquisição da independência, essa causa sobe para a terceira colocação, correspondendo a 10% dos óbitos por queimadura (DATASUS, 2007).

Felizmente, de acordo com dados de 2009, o Brasil apresentou significativa redução nos índices de mortalidade infantil, de forma que, os óbitos por causas externas, foram de 5.329 para 4.992, uma queda de 6,3%. As queimaduras ainda permaneceram na quarta posição – como em 2007, mas os acidentes por líquidos quentes deixaram de ser a primeira causa de morte, para ocupar a terceira posição, estando as causadas por corrente elétrica e chamas em primeiro e segundo lugar, respectivamente. Da mesma forma, as taxas de hospitalização continuam representando a segunda posição (16%), porém, curiosamente, as escaldaduras perderam a primeira posição entre as causas de queimadura, posição ocupada agora por acidentes com corrente elétrica (BRASIL, 2009).

As crianças entram como grupo especial, não apenas pela pouca idade, mas pelas características particulares que envolvem seu crescimento e desenvolvimento, como os aspectos biológicos e fisiológicos, que demandam assistência específica de acordo com cada etapa da infância. Na comparação com

os adultos, a escolha da terapia, a dosagem de medicamentos e até mesmo a resposta ao tratamento são diferentes.

Estudo realizado por Gimenez-Paschoal et al. (2007), apontou as crianças menores de três anos como as mais suscetíveis aos acidentes do tipo escaldadura, devido à curiosidade natural, à impulsividade e à falta de experiência para avaliar os perigos. Mencionaram que, em crianças maiores de três anos, os acidentes com inflamáveis são mais comuns. Os meninos são os mais acometidos, por adquirirem liberdade mais precocemente que as meninas e por serem menos vigiados pelos adultos, fato que pode ser parcialmente atribuído a questões culturais de gênero.

A dor é também uma questão importante e deve ser levada em consideração de modo direcionado, pois a identificação e o alívio dependem diretamente da fase do desenvolvimento em que essa criança se encontra. Seu reconhecimento é muito mais difícil no paciente pediátrico, principalmente no início da infância, quando a comunicação ainda é limitada e o grau de compreensão está pouco estabelecido, de forma que o manejo exige preparo e comprometimento totais da equipe.

Em termos gerais, sabe-se que a hospitalização para a criança já é uma experiência estressante, que envolve profunda adaptação às várias mudanças que acontecem no seu dia a dia (LIMA; ROCHA; SCOCHI, 1999). Para a criança queimada, o enfrentamento é muito mais traumático, pois o tempo de internação é, na maioria das vezes, mais extenso, principalmente para o paciente *grande queimado*, envolvendo inúmeros procedimentos inerentes ao processo de recuperação, como curativos, balneoterapia, mudança de compressas e fisioterapia – reconhecidos como particularmente dolorosos.

3.3 DOR NA CRIANÇA

A dor é um fenômeno universal, o qual todos já vivenciaram de alguma forma, seja ela, física ou emocional (SILVA et al., 2007). Advém não só de um acontecimento fisiológico, mas também abrange os aspectos culturais, ou seja, a dor é compreendida, sentida e tratada de diferentes modos, de acordo com a realidade social em que o indivíduo está inserido (DOWDEN; MCCARTHY; CHALKIADIS, 2008).

Segundo a *International Association for the Study of Pain* - IASP (1979, 2001), a dor se caracteriza por uma “experiência sensorial e emocional desagradável associada com real ou potencial lesão de tecido ou descrita em termos de tal lesão e a incapacidade para comunicar a dor não exclui a possibilidade de que o indivíduo esteja experienciando dor”.

Para Silva et al. (2007), o fator álgico abrange um aspecto subjetivo e, portanto, está relacionado às particularidades de cada indivíduo, podendo variar ainda em termos de localização, qualidade, intensidade, frequência, duração, natureza e etiologia.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* - JCAHO (2006) descreveu e classificou, em 2000, a dor como quinto sinal vital, de forma que deve ser avaliada e registrada com o mesmo rigor e rotina com que são verificados os demais sinais vitais (PEDROSO, 2006).

Na infância, a dor é determinada e compreendida de acordo com a faixa etária e o nível de desenvolvimento, ou seja, a comunicação e o enfrentamento estão diretamente relacionados com a maturidade cognitiva da criança. (DAMASCENO; ALMEIDA; BARROSO, 2007; LEMOS; MIGUEL, 2008). Assim, recém-nascidos, lactentes e crianças que ainda não conseguem expressar sua dor de forma verbal, tendem a expressá-la de outras formas, como o choro, alteração de face, postura corporal e agitação.

Além disso, nenhum sinal, expressão ou comunicação de dor deve ser ignorada ou classificada como “manha” ou “mal criação”, pois incide diretamente no atraso da recuperação da criança, aflorando, ainda, outros sentimentos como depressão, irritabilidade, alteração dos demais sinais vitais (taquicardia, taquipneia, hipertensão), bem como o trauma permanente da desagradável experiência de dor, que ficará registrado em sua memória (FONTES; JAQUES, 2007; PERSEGONA; ZAGONEL, 2008; ROSSI et al., 2000).

Para garantir, igualmente, que a criança hospitalizada não enfrente o sofrimento de dor e para fortalecer a importância na avaliação e tratamento adequado, ela está protegida pela Resolução nº 41 de 13/10/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (denominada Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados), que garante, no Artigo 7º, “Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la” (BRASIL, 1995).

O hospital, por sua vez, para ser acreditado segundo os padrões de qualidade estabelecidos pela *JCAHO* (2006), deve ter a avaliação e o controle da dor implantados na instituição. Os métodos de reconhecimento devem estar de acordo com a idade e capacidade de cada indivíduo e, tão logo o sintoma seja reconhecido, deve ser tratado, seja no próprio ambiente hospitalar ou encaminhado para o tratamento.

Há diversas formas de reconhecimento e mensuração da dor na criança. Segundo Damasceno, Almeida e Barroso (2007), a equipe deve realizar a avaliação com a utilização de três métodos: o exame clínico, o relato da criança - aqui ainda leva-se em consideração o que a criança faz e como seu corpo reage - ou dos pais e a utilização de instrumentos ou escalas de mensuração da dor.

Com relação aos instrumentos para avaliação da dor, Correia e Linhares (2008), relatam que sua escolha deve levar em consideração alguns parâmetros como validade, fidedignidade, sensibilidade, especificidade e a aplicabilidade clínica, de forma que tal dor seja mensurada de forma correta e com qualidade.

De acordo com Thomazine et al. (2008), quando se trata de mensurar a dor da criança, o assunto deve ser tratado com muito mais delicadeza e sensibilidade, pois as especificidades inerentes a essa fase da vida se caracterizam pela subjetividade, implicando num reconhecimento complexo do processo doloroso.

Há diversos tipos de escalas, dentre elas as nominais, que apenas identificam se há dor ou não; as ordinais, que ordenam os graus de dor (sem dor, dor leve, dor moderada e dor forte); e as intervalares, que possuem intervalos numéricos fixos passíveis de comparação (CORREIA; LINHARES, 2008).

Vários autores apontam que além dos métodos de verificação destacadas anteriormente, as medidas fisiológicas, como pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca podem ser alternativas para determinar a dor do paciente (DAMASCENO; ALMEIDA; BARROSO, 2007; WALCO; GOLDSCHNEIDER, 2008). No entanto, este último método, muito utilizado quando os outros não são podem ser aplicados – principalmente em crianças sedadas ou sob ventilação mecânica – ainda sofre questionamentos pela inconsistência, já que sua ausência não exclui a sensação dolorosa, e pela divergência entre estudos sobre o assunto (MARCO et al., 2006).

Com relação ao alívio da sensação dolorosa, a equipe de saúde não pode encarar a dor em ocasiões traumáticas como uma situação já esperada e, menos ainda, deixar de assumir uma atitude eficaz diante do sofrimento da criança. Quanto à abordagem terapêutica, a utilização conjunta de métodos farmacológicos e não farmacológicos se mostra mais eficiente do que o tratamento medicamentoso isoladamente (DAMASCENO; ALMEIDA; BARROSO, 2007).

No tratamento, e como prática indispensável para seu sucesso, inclui-se o diálogo com a criança, explicando a origem e o significado da dor e o que se pode fazer para amenizar essa sensação, facilitando a cooperação e diminuindo o estresse. Além da sedação e analgesia, técnicas como recreação terapêutica, atividades sociais, relaxamento e distraibilidade mostram-se como boas opções para minimizar o desconforto doloroso (SILVA et al., 2007).

Segundo Silva, Tacla e Rossetto (2010), os pais, que deveriam ser incluídos no manejo da dor do filho, utilizam inconscientemente estratégias não farmacológicas para o controle algico das crianças e encontram resultados efetivos. Porém, tais medidas, ainda sob o ponto de vista dos autores, não é incentivada pela equipe, pois tais profissionais e a própria família ainda cultuam as técnicas medicamentosas, limitando ainda mais a ação da enfermagem.

3.4 DOR NA CRIANÇA QUEIMADA

A queimadura é classificada como a lesão pediátrica mais dolorosa, com períodos de internação prolongados (OLIVEIRA; FERREIRA; CARMONA, 2009). Nesse caso, a dor é ocasionada pela excitação das terminações nervosas da pele através do calor e da exposição das terminações nervosas sensitivas após a destruição das camadas do tecido cutâneo (ROSSI et al., 2000). Ela está presente desde a instalação do ferimento térmico até sua total recuperação, pois, no decorrer do tratamento, diversas situações que provocam dor são instituídas, como a realização do curativo, do desbridamento, mudança de decúbito e fisioterapia. Além disso, a criança também sofre a dor emocional, provocada pelas alterações corporais, distanciamento dos familiares e amigos, e pela própria hospitalização, o que para ela já significa uma potencialização da dor sentida (DAMASCENO, 2005; DAMASCENO; ALMEIDA; BARROSO, 2007; ROSSI et al., 2000).

Segundo Oliveira et al. (2009), o paciente queimado – além da integridade física prejudicada – encara a experiência de uma forma muito mais traumática devido ao alto grau de dor, à destruição de tecidos e órgãos, à alteração da imagem corporal e à sensibilidade cutânea.

Em estudo descritivo realizado na cidade de Belém (PA), cujo intuito era analisar os comportamentos concorrentes e não-concorrentes de infantes entre seis e 12 anos vítimas de queimaduras durante curativo sem sedação, observou-se que cerca de 80% desses pacientes demonstravam comportamentos como agressão física ao profissional, choro, gritos, tentativa de fuga, nervosismo e necessidade de imobilização, o que nos remete à ideia de intenso sofrimento (OLIVEIRA et al., 2009).

3.5 A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A DOR NA CRIANÇA QUEIMADA

Os profissionais de enfermagem nem sempre estão preparados para lidar com o manejo da dor na criança queimada, o que implica, muitas vezes, um desafio para a equipe, que deve avaliar e tratar algo tão subjetivo (ROIG et al., 2008). Além disso, outro obstáculo são as questões cultural e emocional, já que muitos ainda persistem com crenças errôneas relacionadas à sensação algica do paciente pediátrico. Enquanto eles cuidam da criança vítima de queimadura, têm a difícil missão de lidar com diversas situações que provocam dor, como a troca de curativos, ou a realização de mudanças de decúbito, apenas para citar algumas. Mesmo sabendo que estão contribuindo para a recuperação da criança, muitas vezes se sentem culpados por realizarem tais procedimentos.

O compromisso de melhorar a qualidade de vida do paciente queimado é uma tarefa árdua, cujos atributos fundamentais são a dedicação e a perseverança na assistência prestada. Para tal, é preciso entendê-lo enquanto pessoa, com peculiaridades consequentes à situação traumática vivenciada (SOUZA; MENDES; SILVA, 1994).

Quando o paciente envolvido é uma criança, a assistência deve adquirir um olhar mais específico, pois devem ser considerados os aspectos peculiares do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como os problemas que a hospitalização acarreta para a criança e sua família, as necessidades de cuidado

especializado, a participação dos pais de forma integral, entre outros (THOMAZINE et al., 2008).

Além disso, a criança tem vivências diversas de acordo com as fases de desenvolvimento, implicando reações e adaptações diferentes de acordo com o ambiente e a situação em que está inserida. Desta forma, no hospital, as enfermidades podem impor restrições, condicionando os estímulos ao seu desenvolvimento. Porém, o espaço hospitalar tem organização estabelecida para o tratamento das enfermidades e, em geral, não é planejado para atender à individualidade de cada criança e às necessidades globais da vida na infância (ZONNON, 1991). Este fato dificulta a oferta de uma assistência de qualidade, sem estresse para a criança e para a equipe.

Em um estudo desenvolvido na Unidade de Queimados do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP), observou-se que, frequentemente, os profissionais da equipe de enfermagem têm dificuldades em lidar com essas situações, pois muitas vezes se encontram em uma posição que provoca a dor no outro, uma vez que são responsáveis pela realização de procedimentos, como banho e curativos, muito dolorosos para os pacientes (ROSSI et al., 2000).

Tal dificuldade se intensifica quando o setor em que a equipe está inserida é composto por pacientes adultos e infantis, como a maioria das Unidades de Tratamento de Queimados. Devendo realizar cuidados reconhecidamente diferenciados e específicos de acordo com a faixa etária, o profissional de enfermagem se vê obrigado a singularizar a assistência prestada. A situação se agrava quando a dor, fato inevitavelmente presente na criança queimada, precisa ser avaliada e aliviada pelo profissional de enfermagem de forma correta e eficaz, de acordo com a idade do paciente.

Damasceno, Almeida e Barroso (2007) relatam que ocorre uma desvalorização dessa dor, principalmente em crianças. Isso decorre do fato de ser um fenômeno subjetivo, ou seja, só quem a sente tem a real ideia de sua magnitude, além da dificuldade que muitos profissionais têm em sua identificação, interpretação e alívio. Alertam, ainda, haver crenças de caráter negativo, como por exemplo, de que neonatos não sentem dor. As evidências científicas indicam que eles são muito mais sensíveis que crianças maiores, pois o limiar de dor tende a aumentar conforme a criança vai crescendo e se desenvolvendo.

Corroborando os autores anteriormente citados, Leão e Chaves (2007) lembram que existem muitos casos de subtratamento ou tratamento indevido ocasionados por crenças errôneas de que o sistema nervoso das crianças era imaturo, comparando-as com os adultos. Visão calcada na sua baixa sensibilidade dolorosa, na inexistência da memória da sensação dolorosa e na sua incapacidade de expressar a dor.

Outro agravante é o fato de a dor, muitas vezes, ser subestimada no âmbito hospitalar. Por isso, diversos procedimentos dolorosos são realizados sem sedação e analgesia adequadas. A insegurança no uso correto dos medicamentos disponíveis e o receio da dependência tendem a prejudicar o alívio da dor, tornando a experiência da hospitalização cada vez mais traumática e a recuperação ainda mais demorada (OLIVEIRA et al., 2009; ROSSI et al., 2000).

Segundo Silva et al. (2007), a criança com dor recebe menos atenção e tratamento menos rigoroso do que o adulto, pois nem sempre os profissionais da saúde ouvem o que ela tem a dizer em relação ao que sente, dando mais importância ao que os responsáveis relatam, pois acreditam que a mesma não sabe comunicar ou expressar tal sensação como o adulto.

O despreparo da equipe em lidar com a dor da criança tende a potencializar a sensação álgica e facilitar o surgimento da indiferença frente à situação. Isso decorre do fato de que os profissionais não têm a devida clareza e conhecimento sobre o assunto (PERSEGONA, 2008; SILVA et al., 2007).

Tacla, Hayashida e Lima (2008), em pesquisa para caracterizar o manejo da dor pós-operatória pediátrica, cuja análise foi realizada com dados de prontuários de crianças de zero a 14 anos submetidas a procedimentos cirúrgicos no ano de 2004 – em três hospitais de Londrina (PR), sendo que um deles é o mesmo hospital em que foi realizada essa pesquisa, afirmaram que há baixa cobertura analgésica medicamentosa em prescrições médicas e ausência de dados avaliativos referentes à dor da criança. Esses dados levaram as autoras a inferir que há pouca valorização do manejo clínico diário da dor pós-operatória em pacientes pediátricos.

Para Franck e Bruce (2009), as dificuldades na utilização dos métodos para a avaliação da dor estão entre os principais motivos para que a criança seja interpretada erroneamente ou negligenciada pela equipe de saúde.

Há ainda a questão emocional do trabalhador, decorrente do sofrimento do outro, principalmente quando a sua possibilidade de proporcionar

alívio a esse sofrimento é limitada. Assim, a dinâmica satisfação-sofrimento presente no processo de trabalho da equipe depende das possibilidades e limitações do cuidado prestado às crianças. Por um lado, há uma satisfação em levar alívio ao sofrimento do outro; por outro, emerge o sofrimento com as condições e limites impostos pela gravidade do caso (MAGNABOSCO; TONELLI; SOUZA, 2008).

Portanto, destaca-se a importância do preparo profissional no cuidado dispensado à criança, de forma a sentir-se seguro e consciente da importância do seu trabalho no alívio da dor, por meio do conhecimento e da informação ao paciente quanto às sensações e intensidade do estímulo doloroso, aliviando o estresse provocado pelos procedimentos, principalmente os invasivos (AZEVEDO et al., 2008).

Em estudo qualitativo realizado por Yamamoto et al. (2009) com enfermeiros de hospitais públicos do estado do Paraná, cujo intuito foi compreender o processo de trabalho desses profissionais em unidade de alojamento conjunto pediátrico, observou-se que a equipe de enfermagem acreditava ser possível desenvolver uma assistência mais humanizada, que atendesse às necessidades de mães e crianças no momento no qual elas apresentam a demanda. Porém, um dos empecilhos, na sua percepção, é a falta de funcionários e, conseqüentemente, o tempo escasso. A realização de cursos de formação permanente e de relacionamento interpessoal foram alternativas apontadas pela enfermagem como capazes de contribuir com a melhoria da qualidade da assistência.

Avaliar a dor já é uma atividade difícil ao cuidar de adultos, que são capazes de informar, com clareza, o tipo, local e intensidade. No caso do paciente pediátrico queimado esse manejo é ainda mais complexo, já que a sensação algica é uma condição frequente nesses casos e exige que o profissional consiga avaliá-la, corretamente, de forma a não comprometer o processo de recuperação enquanto o paciente estiver sob sua assistência. Ao passo que, compreender o manejo da dor pela equipe de enfermagem ao cuidar da criança queimada foi o foco desse estudo.

4. Objetivos



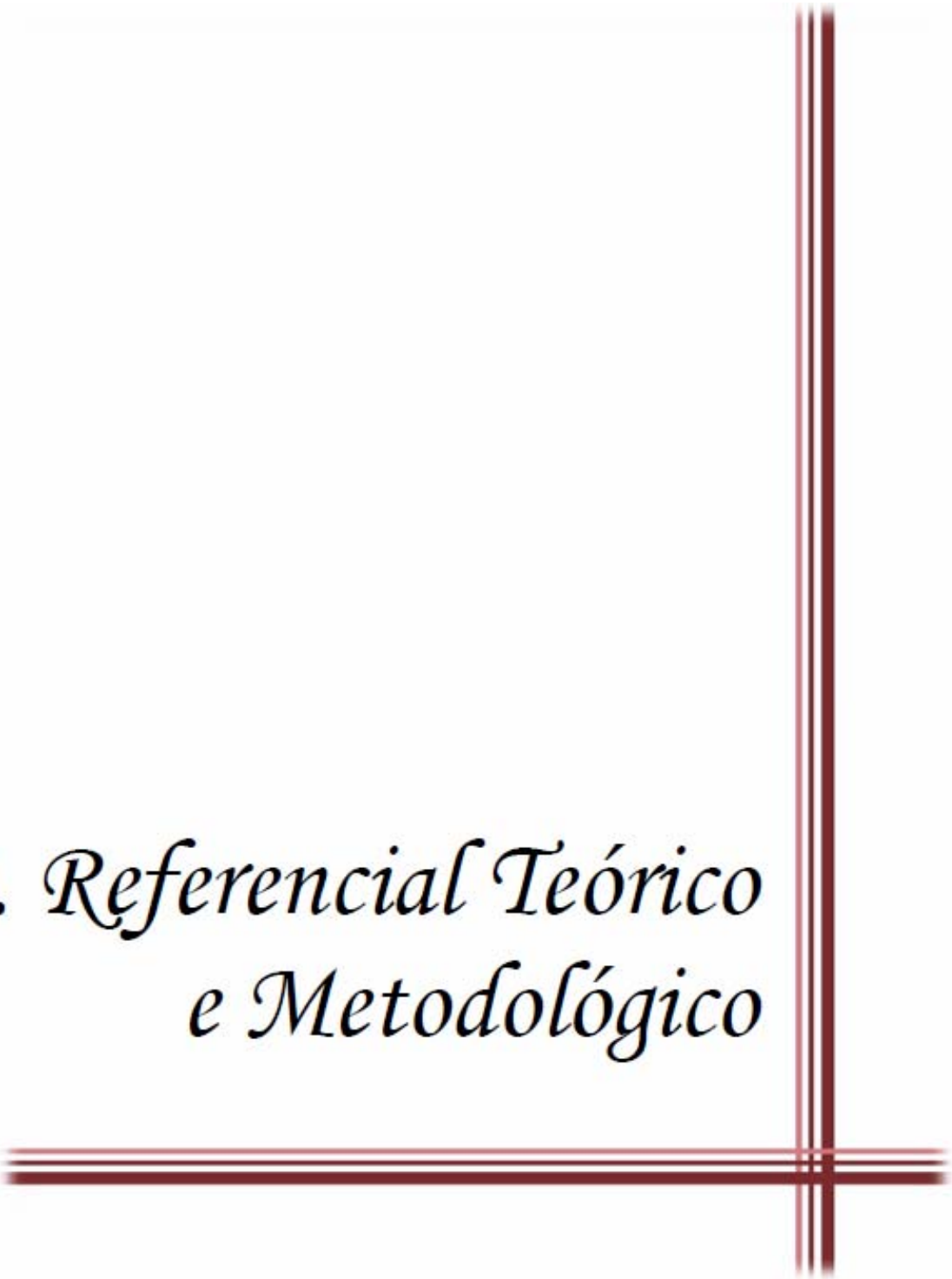
4.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a atuação da equipe de enfermagem em relação ao manejo da dor e ao processo de hospitalização da criança queimada.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Descrever como o manejo da dor na criança queimada tem sido tratado na literatura científica;
2. Identificar o conhecimento sobre a dor da criança queimada pela equipe de enfermagem;
3. Detectar as potencialidades e fragilidades no reconhecimento da dor da criança queimada pela equipe de enfermagem;
4. Relacionar as estratégias de enfermagem com relação ao manejo da dor da criança queimada;
5. Desvelar a vivência da equipe de enfermagem ao trabalhar com a criança hospitalizada vítima de queimadura.

5. Referencial Teórico e Metodológico



Para o tratamento dos dados coletados, e como base para uma discussão mais aprofundada dos resultados, a análise teórica deste estudo esteve pautada na Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz.

5.1 ANTROPOLOGIA INTERPRETATIVA DE GEERTZ

Considerado um dos antropólogos mais influentes a partir do século 20, Clifford Geertz, graduado em filosofia e inglês e PhD em antropologia, dedicou 50 anos de estudo às descobertas do mundo das comunidades na mais intensa vivência do ser humano como ser integrante de uma realidade cultural fascinante. Para ele, o papel do cientista social é conduzir as sociedades a se entenderem entre si, em consonância à crescente complexidade e envolvimento dos indivíduos enquanto seres habitantes de um mesmo universo (TSU, 2001).

Consagrado estudioso da antropologia contemporânea, Geertz tem como vertente de pesquisa a chamada *antropologia hermenêutica ou interpretativa*, que se caracteriza por compreender determinadas sociedades em todas as suas complexas interfaces entre comportamentos e atitudes comuns à cultura vivenciada, de forma a compartilhar essas experiências singulares com quem não tem a mesma oportunidade, além de transmitir novas descobertas aos vívidos por conhecer comunidades e práticas distintas às suas (TSU, 2001).

O trabalho de campo, segundo Geertz (2001), deve ser conduzido sem que os interesses ocupacionais e extraocupacionais da vida sejam interpretados separadamente. Para ele, todas as esferas que envolvem os aspectos culturais, incluindo ideias, atitudes, valores ou religião devem formar um só corpo de análise, de modo que o pesquisador viva e pense simultaneamente.

No que diz respeito aos padrões culturais, Geertz (1989) os classifica como uma complexa rede de símbolos que sofre influência de informações extrínsecas, da mesma forma que os genes determinam, intrinsecamente, o funcionamento do organismo e a forma como os indivíduos virão ao mundo. Assim, os padrões culturais influenciam, dentro dos processos sociais e psicológicos, as atitudes e comportamentos demonstrados pelo ser humano.

Durante longos anos exercendo a antropologia, Geertz (1997) estudou exaustivamente três sociedades, a javanesa, a balinesa e a marroquina, com objetivo de compreender como essas pessoas viviam, agiam e quais eram suas

ideias. As pesquisas do antropólogo buscavam, a partir da análise da representatividade de imagens, palavras e comportamentos, descobrir como os indivíduos se viam e o que representavam para os outros em cada um desses lugares.

Para Geertz (1997), a antropologia era, antigamente, conhecida por aqueles que a estudavam por motivos de lazer, curiosidade ou desenvolvimento ético, hoje ela é base do debate especulativo.

A antropologia sempre teve um sentido muito aguçado de que aquilo que se vê depende do lugar em que foi visto, e das outras coisas que foram vistas ao mesmo tempo. Para um etnógrafo, remexendo na maquinaria de ideias passadas, as formas do saber são sempre e inevitavelmente locais, inseparáveis de seus instrumentos e de seus invólucros (GEERTZ, 1997, p. 11).

De acordo com o mesmo autor, para conhecermos as pessoas, saber o que elas pensam, como elas agem e por que fazem da forma que fazem, é preciso que tenhamos uma familiaridade com os conjuntos de significados com os quais elas convivem (GEERTZ, 2001).

Segundo Schwarcz (2001), os estudos realizados por Geertz em sua trajetória ao longo de anos têm como um dos objetivos identificar a importância da descoberta da singularidade complexa dos povos e de suas experiências, assim como suas implicações para a antropologia interpretativa, perpassando por debates, críticas e ironias do relativismo cultural.

A compreensão das várias culturas e dos indivíduos que as compõem deve ir muito além dos detalhes superficiais. Engloba um caminho complexo e dirigido a partir de análises teóricas que percorrem a visão anatômica, fisiológica, psicológica, social e cultural, vistas separadas e mutuamente, partindo de uma preocupação particular para então se determinar o geral (GEERTZ, 1989).

Para Geertz (2001), a visão de cultura não pode ser restrita a concepções, sentimentos ou valores comuns, diante de tanta diversidade, dispersão e desarticulação presentes em uma sociedade. A identidade coletiva ultrapassa a ideia de acordos profundos, e está mais relacionada aos argumentos persistentes, mantendo a ordem da diferença. Não se pode, sob sua reflexão, tentar, como na empatia, encaixar a cultura do outro dentro da nossa concepção e sim, deixar essa nossa concepção de lado, para dar lugar à visão do outro sobre a sua própria

compreensão do “eu”. Somos muito diferentes, de sociedade em sociedade, para quisermos que o todo tenha uma só direção.

Quando discute sobre *a interpretação das culturas*, Geertz enfoca o papel da etnografia como uma descrição densa, relatando que o etnógrafo precisa lidar com situações e estruturas complexas, distorcidas e desconhecidas, as quais ele primeiro precisará compreender para depois apresentar (GEERTZ, 1989).

Também Minayo (2010), ao discorrer sobre os conceitos que definem a pesquisa qualitativa, traz como alicerces dessa abordagem exatamente as definições de experiência e vivência dentro do universo interpretativo, que está diretamente vinculado com a questão cultural que envolve o ser humano. Em seu discurso, que relaciona com diversos pensadores de renome, ela aborda o quanto o pesquisador e o pesquisado precisam estar em sintonia constante. Afirma que a experiência vem da ideia que o narrador tem do mundo, em sua visão própria somada à experiência do outro, fundamentados pela questão cultural e pela compreensão que se abstrai do sentido da vida.

Os ideais de Geertz podem ser encontrados de forma ainda mais explícita quando Minayo contempla o significado de vivência. Segundo a autora, várias pessoas podem experimentar um mesmo evento, mas o que cada um vivencia é algo único e depende das personalidades, experiências passadas, reflexões e interesses, bem como o lugar que ocupa em sociedade (MINAYO, 2010).

Para que ambas as descrições acima obtenham um significado mais concreto dentro da ciência compreensiva, é necessário que se crie um elo junto à compreensão. Para Geertz (2001, p. 84) “compreender”, no sentido da compreensão, da percepção e do discernimento, precisa ser distinguido de ‘compreender’ no sentido da concordância de opiniões, da união de sentimentos ou da comunhão de compromissos”.

Todos esses conceitos e essa união de significados diante do que se vive é exatamente o que infere a interpretação antropológica defendida por este intelectual, quando diz que tal interpretação se constitui na leitura daquilo que acontece, do que as pessoas dizem e fazem em qualquer lugar, e essa constituição jamais deve ser separada, de modo a evitar-se o vazio (GEERTZ, 1989).

5.2 PESQUISA ETNOGRÁFICA

Define-se etnografia, de acordo com Angrosino (2009, p. 30), como “arte e ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças”. Para isto, o etnógrafo se insere e participa subjetivamente como observador, com a finalidade de coletar dados da vivência humana e descrever padrões previsíveis a partir das experiências daqueles que estuda.

Geertz (2001) afirma que este método atua como objeto facilitador, já que nos coloca entre as pessoas e as pessoas entre nós, e assim dispõe o contato diante da subjetividade alheia, refletindo ainda a importância de conhecermos uns aos outros, mesmo que não nos amemos.

Ainda segundo o autor, há quatro vertentes que descrevem a pesquisa etnográfica, em suas palavras: “(i) ela é interpretativa, (ii) o que ela interpreta é o fluxo do discurso social, (iii) a interpretação envolvida consiste em tentar salvar o ‘dito’ num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis e (iiii) ela é microscópica” (GEERTZ, 1989, p. 15). Ou seja, dentro da antropologia, o pesquisador se aprofunda de tal forma a produzir análises extensamente abstratas em relação à interpretação do fenômeno estudado, de forma a extrair a essência daquele distinto grupo representativo e expandi-lo a uma escala muito mais ampla e visível.

Em estudo realizado por Gualda e Hoga (1997), descreve-se, sob o ponto de vista de outros pesquisadores, a existência de vários conceitos que caracterizam a pesquisa etnográfica, entre eles: (i) compreender o modo de vida de pessoas do grupo sob sua própria perspectiva, (ii) observar os comportamentos sociais a partir de uma relação humana e (iii) realizar processo sistemático de observação, documentação e análise de padrões específicos de uma cultura. Essa pluralidade se justifica pelos objetivos que se deseja alcançar ou pela técnica de aplicação escolhida para a obtenção dos dados. Para elas, o pesquisador pode se apropriar de uma ou mais modalidades, entre observar o fenômeno desejado ou receber informações e ponto de vista das pessoas investigadas, como motivo de complementaridade e autenticidade da pesquisa.

Quando se objetiva compreender as relações de trabalho, o estudo exige mais do que a observação. Requer escutar aquele que executa a atividade, de

forma a captar detalhes subjetivos menos evidentes e difíceis de apreender apenas observando (HELOANI; LANCMAN, 2004). Para esses autores, o entendimento vai além de ver e mensurar e necessita de compreensão e explicação, tamanha a complexidade e qualidade da relação que ele condiciona. Esse resultado pode ser alcançado quando se relacionam as técnicas de entrevista e observação em um mesmo estudo e as avalia com olhar diferente e mais direcionado ao objetivo de cada técnica, a se complementarem no final.

Angrosino (2009, p. 74) define observação como “ato de perceber um fenômeno, muitas vezes com instrumentos, e registrá-lo com propósitos científicos”. Ao que Marconi e Lakatos (2010) completam afirmando ser uma técnica aplicada com a finalidade de determinar aspectos da realidade em que, além de ver e ouvir, também possibilita examinar os fatos a serem estudados. Para as autoras, o ato de observar atua como elemento que auxilia na detecção e obtenção de provas quanto a fenômenos sobre os quais o indivíduo não reconhece, mas estão presentes em seu comportamento, que podem ser percebidos a partir do contato direto do investigador com a realidade.

Segundo Angrosino (2009), a observação etnográfica é realizada em campo com situações da vida real de uma forma mais sistemática e formal. Ao estudar a observação dentro da pesquisa qualitativa, Jaccoud e Mayer (2008) indicam que esta técnica implica em observar pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos registrados num diário de campo. Esses dados são submetidos à análise qualitativa, visando descrever e compreender a situação vivenciada.

Diante disso, a técnica observacional etnográfica se torna ferramenta extremamente vantajosa quando o pesquisador também é enfermeiro. Isso porque essa modalidade permite conhecer melhor o sistema de saúde, aproxima-o das pessoas com quem trabalha e a quem atende, facilitando a compreensão das mais variadas culturas inseridas em suas atividades profissionais (GUALDA; HOGA, 1997).

Segundo as mesmas autoras, a etnografia na enfermagem difere daquela do antropólogo pelos interesses da pesquisa e pelas características dos problemas levantados. Os estudos dos enfermeiros tendem a resultar em reflexões na melhoria das condições de trabalho, na qualidade da assistência e na satisfação do usuário, enquanto para o antropólogo esse método almeja a construção de

conhecimento profundo e abstrato sobre determinado ambiente e população cultural onde se está inserido.

Há várias formas de se empregar a observação dentro da pesquisa antropológica, dependendo dos meios que serão utilizados (assistemática ou sistemática), do número de observações (individual ou em equipe), do lugar onde está inserido (vida real, trabalho de campo ou laboratório), ou ainda do tipo de participação do investigador (observação participante ou não participante) (ANGROSINO, 2009).

6. Trajetória Metodológica



6.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo tem caráter descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa para analisar a percepção da equipe de enfermagem quanto à assistência à criança queimada.

O objeto de estudo – “o manejo da dor na criança queimada pela equipe de enfermagem” – requer como metodologia uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa permite o aprofundamento do mundo, dos significados das ações e relações humanas, que são determinadas pelas visões de mundo, crenças, valores, aspirações, dificilmente medidas ou quantificadas por parâmetros estatísticos. Tal abordagem incorpora a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas, tanto no advento quanto na transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008).

Segundo Minayo (2010, 2012), para que uma pesquisa qualitativa alcance perspectiva reflexiva confiável, é preciso que a estrutura esteja apoiada em um conjunto de universos complementares: experiência, vivência, senso comum e ação, descritos mediante três dimensões verbais – compreender, interpretar e dialetizar – as quais se envolvem mutuamente para concluir a ideia extraída durante o trabalho investigativo.

Outros passos, também enfatizados por Minayo (2012), dão seguimento a essa orientação que permeia a qualidade desse tipo de estudo e oferece magnitude aos seus resultados: a definição do objeto elaborado de forma interrogativa, o delineamento das estratégias e instrumentos operacionais, a aproximação do campo munido de hipóteses, a organização e apropriação do material coletado, bem como a interpretação profunda dos achados, com elaboração de uma redação coerente, salvaguardada diante de seus critérios de fidedignidade e validade. Devem ser construídos de forma a dar consistência ao processo reflexivo instituído na objetividade do estudo. Todos devem estar diretamente entrelaçados com os marcos teórico e metodológico escolhidos, em função da relevância da pesquisa no meio científico.

Como o manejo da dor está, na maioria das vezes, envolvido com os aspectos culturais vivenciados por cada um, os referenciais utilizados nesse estudo foram escolhidos sob esta perspectiva. Sendo que, Clifford Geertz e o Método de

Interpretação dos Sentidos, marcos teórico e metodológico, respectivamente, se caracterizam pelas visões de cultura que envolvem os indivíduos e suas atitudes.

6.2 LOCAL DE ESTUDO

O estudo foi realizado em um Centro de Tratamento de Queimados considerado referência no norte do Paraná, localizado na cidade de Londrina.

O setor foi inaugurado em agosto de 2007, sendo o segundo no estado. Está instalado em um hospital-escola público de grande porte, e possui uma área de 1.050 metros quadrados, além de equipamentos de última geração e equipe composta por profissionais de diversas especialidades e áreas da saúde. Dentre eles: nove enfermeiros – sete assistenciais e dois administrativos; trinta e nove técnicos de enfermagem; oito cirurgiões plásticos; um pediatra; sete anestesistas; dois médicos plantonistas, anestesistas de plantão; três fisioterapeutas; uma psicóloga; e uma assistente social. Além desses, encontram-se alunos de graduação e residentes das áreas de medicina e de enfermagem.

A unidade ainda conta com seis leitos pediátricos e quatro leitos adultos em enfermaria, seis leitos na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), duas salas cirúrgicas e um pronto atendimento (PA), bem como ambientes para atividades administrativas, de reunião e um para recreação. Atende por volta de 98 municípios da região e, em alguns casos, pacientes de outros estados.

6.2.1 Descrição dos Atendimentos

Todos os profissionais atendem as crianças internadas, as quais são admitidas até os dezoito anos de idade.

Em se tratando da proporção de funcionário para cada paciente crítico, o setor adota as normas da portaria 3.432, que estabelece os critérios de funcionamento de uma UTI (BRASIL, 1998). A distribuição é feita da seguinte forma: um técnico de enfermagem para cada dois pacientes e um enfermeiro assistencial para cada seis leitos.

Já na enfermaria, a proporção varia de um enfermeiro para cada dez leitos e um técnico de enfermagem para cada cinco pacientes, sem diferenciação entre adultos e crianças. Além disso, o mesmo enfermeiro responsável pela

enfermaria também assume os atendimentos na sala cirúrgica e PA, este último destinado para a realização de balneoterapia e pré-atendimento na admissão de pacientes.

Complementando a assistência, há o atendimento psicológico para os pacientes e suas famílias, oferecendo o suporte necessário para tornar o processo menos traumático. Quando necessário é realizado o acompanhamento realizado pela assistente social, que os ampara socialmente – já que a maioria das pessoas internadas possui baixo nível socioeconômico –, e o atendimento da equipe de fisioterapia, que visa tanto à manutenção da parte respiratória, quanto à preservação e restabelecimento da parte motora.

Os cirurgiões plásticos atendem diariamente durante todo o período, de acordo com agendamento prévio de cada procedimento, levando em consideração a necessidade de cada paciente diante da gravidade da lesão e resposta ao tratamento estabelecido. A ordem dos atendimentos é planejada visando uma série de questões biológicas e fisiológicas, priorizando as crianças e finalizando com os casos em que há pacientes expostos a micro-organismos patogênicos, como os portadores de bactérias multirresistentes.

Vale ressaltar que o hospital onde está situado o setor estudado iniciou, em 2007, a implantação do projeto "Dor como 5º Sinal Vital", exigindo que, nas prescrições e anotações de enfermagem, sua avaliação e manejo sejam registrados. Também foram adotadas as seguintes escalas para os pacientes pediátricos: a Escala de Dor para Recém-Nascidos (Neonatal Infant Pain Scale - NIPS) para recém-nascidos e lactentes (MELO; PETTENGILL, 2010) e a Escala de Claro para crianças a partir de 3 anos (LEÃO; CHAVES, 2007).

Em 2007, houve um curso de Educação Continuada destinado aos profissionais da área, com o objetivo de capacitá-los a identificar e controlar adequadamente a dor de adultos e crianças, bem como sensibilizá-los quanto à importância destas ações na recuperação do paciente. Porém, após a implantação desta iniciativa, novos funcionários foram admitidos e, portanto, não obtiveram capacitação nessa área.

6.2.2 Descrição das Internações no Ano de 2010

De acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do hospital em questão, no ano de 2010 foram internados, no CTQ, um total de 240 vítimas de queimaduras, sendo 167 adultos, na faixa etária de 19 a 82 anos, e 73 crianças e adolescentes entre um e 18 anos de idade.

A idade das crianças presentes no momento da pesquisa variou entre um ano e meio a 11 anos. De acordo com os registros, as causas dos acidentes foram, em ordem decrescente: (i) o fogo acrescido de álcool – 57,1%; escaldadura – 28,6%; e apenas fogo – 14,2%. Do total de casos, 71,4% foram ocasionados pela própria criança, durante brincadeiras entre amigos ou churrasco em família.

Dentre os tipos de queimadura, todos foram diagnosticados com queimadura de 2º grau, e o percentual de área corporal queimada chegou a 21%, predominando o acometimento dos membros superiores e inferiores, face e tronco.

Apesar de grande parte (42,9%) ter a região que circunda as vias aéreas superiores acometida durante o acidente, a maioria (57,1%) ficou internada inicialmente na enfermaria e os outros 42,8% na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Apenas um paciente (14,3%) necessitou de ventilação pulmonar mecânica.

No geral, os meninos foram os mais acometidos (67,1%). Dos 14 pacientes atendidos com idade entre 12 e 18 anos (19,2%), apenas um era do sexo feminino. Resultado semelhante se mantém entre as vítimas de 1 a 11 anos de idade, registrando-se maior incidência (61,0%) de crianças do sexo masculino.

A maioria dos pacientes (72,5%), entre adultos e crianças, era de procedência externa, advindos de todas as regiões de cobertura da unidade. Apesar disso, é considerável a taxa de 27,5% de vítimas moradoras de Londrina, levando em conta as mais de 100 cidades atendidas nesse período, inclusive de outros estados.

Entre os atendimentos infantis, considerando os pacientes de até 11 anos de idade, quase 50% são residentes de Londrina e da região norte do estado, que compreende um total de 28 cidades, um dado preocupante e que necessita de maior atenção por parte dos responsáveis pela saúde pública local.

Entre os pacientes de zero a 12 anos, o período de internação variou de um a 42 dias, com uma média de 11,1 dias. Desses, dois foram a óbito, um com

sete e outro com três anos de idade, com período de hospitalização de dois e quatro dias, respectivamente.

De uma forma geral, os principais agravos que acarretaram em hospitalização neste setor foram as queimaduras de 2º e 3º graus, sendo membros superiores, cabeça, tronco e pescoço as partes do corpo mais atingidas. As causas mais comuns foram combustão por produtos inflamáveis e líquidos superaquecidos. Os hospitalizados tiveram, ainda, uma média de 16,6% de superfície corporal queimada – sendo o menos acometido com 10%, e o mais grave com 90% do corpo lesionado.

6.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para avaliar o manejo da dor na criança vítima de qualquer tipo de queimadura, foram pesquisados 16 funcionários da equipe de enfermagem de um Centro de Tratamento de Queimados. Selecionaram-se quatro membros da equipe de cada turno (manhã, tarde, noite par e noite ímpar), sendo um o enfermeiro assistencial e os outros três os técnicos de enfermagem.

A equipe de enfermagem foi selecionada como integrante da pesquisa, por ser a responsável por identificar e registrar a dor, bem como aliviá-la em todas as situações que acompanham a pessoa hospitalizada, devendo considerar a forma mais adequada e eficaz, conforme idade e condições clínicas do paciente.

Os participantes foram escolhidos de forma aleatória, tendo como critérios de inclusão que o funcionário fosse contratado e lotado no setor em estudo, atuasse como integrante da equipe de enfermagem, e aceitasse abertamente participar da pesquisa. Não houve preferência por gênero, idade, nem experiência anterior com criança ou em unidades de queimados, visto que o foco era avaliar sua assistência atual. Não houve recusa em integrar a pesquisa. Foram excluídos aqueles profissionais que pertenciam a outro setor e estavam no CTQ para auxiliar a equipe, e também não foram incluídos residentes de enfermagem. A caracterização dos mesmos está detalhada no Quadro 1.

Quadro 1 – Caracterização dos participantes da pesquisa

Participante (P)	Idade	Gênero	Categoria profissional	Tempo de atuação no CTQ	Experiência com criança
P1	37	Feminino	Técnico de enfermagem	4 anos	Sim
P2	41	Feminino	Técnico de enfermagem	4 anos	Sim
P3	42	Masculino	Técnico de enfermagem	3 anos	Não
P4	51	Feminino	Enfermeiro	4 anos	Sim
P5	46	Feminino	Técnico de enfermagem	4 anos	Sim
P6	36	Masculino	Técnico de enfermagem	4 anos	Não
P7	41	Feminino	Enfermeiro	4 anos	Não
P8	27	Feminino	Enfermeiro	2 anos	Sim
P9	38	Feminino	Técnico de enfermagem	4 anos	Não
P10	34	Feminino	Técnico de enfermagem	2 anos	Não
P11	32	Feminino	Técnico de enfermagem	2 anos e 6 meses	Não
P12	33	Feminino	Técnico de enfermagem	2 anos e 6 meses	Sim
P13	30	Feminino	Técnico de enfermagem	2 anos e 6 meses	Sim
P14	41	Feminino	Técnico de enfermagem	4 anos	Não
P15	50	Feminino	Técnico de enfermagem	2 anos	Não
P16	45	Feminino	Enfermeiro	4 anos	Sim

Fonte: Soares (2012)

O total de 16 entrevistados foi determinado inicialmente, desde que se atingissem os objetivos do estudo. Caso a saturação dos dados não ocorresse com esse número de sujeitos, uma nova rodada de entrevistas com um participante de cada turno seria realizada até que fosse obtida a saturação. Porém, os objetivos foram contemplados já no primeiro momento, com o número originalmente proposto.

Segundo Pires (2008), uma das formas para determinar a interrupção da busca de novas observações e do recrutamento de novos participantes, é o processo de amostragem por saturação, em que o fechamento da coleta de dados ocorre quando novos elementos não são mais apreendidos no decorrer do campo de observação e não fornecem mais informações suficientes para aprofundar a teorização.

Para ingressar na pesquisa, explicavam-se ao participante os objetivos do estudo, a forma como a entrevista ocorreria, o tempo médio de duração, bem como sua liberdade em poder recusar. Em momento algum, qualquer profissional foi coagido a participar, sob qualquer espécie de penalidade, caso se recusasse.

6.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados se iniciou tão logo o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos – CEP/UEL e teve duração de cinco meses, no período de 30 de março a 30 de agosto de 2011.

6.4.1 Entrevista

Inicialmente realizou-se entrevista gravada, apoiada em um formulário semiestruturado (Apêndice C), contendo seis questões fechadas – que contemplaram dados de caracterização dos sujeitos – e seis abertas, abordando diretamente a temática deste estudo, como o manejo da dor frente ao paciente pediátrico queimado e a percepção do participante diante os aspectos que envolvem uma criança vítima de queimadura, em processo de hospitalização.

As entrevistas duraram entre oito e 32 minutos, e foram realizadas pelo pesquisador responsável no período de 04 a 13 de junho de 2011. O local escolhido foi o próprio CTQ, pela preferência dos entrevistados, devido à comodidade e à facilidade de encontro, os quais ocorreram ora em uma sala de reuniões, ora na sala da enfermeira, conforme determinação do responsável naquele turno. O horário era combinado previamente, de acordo com a disponibilidade e preferência do funcionário, ocorrendo normalmente após seu expediente ou mesmo durante o período de trabalho, em momentos de maior tranquilidade na unidade, principalmente nos turnos da noite e nos plantões de final de semana. O local e horário foram pontos, de certa forma, desfavoráveis, pois houve situações de interrupções breves, nada, porém, que desqualificasse a entrevista ou o momento de interação.

Antes da coleta oficial dos dados, foi realizado um pré-teste na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) do mesmo hospital, para adequação do instrumento de pesquisa, aplicado a dois funcionários da equipe de enfermagem: um enfermeiro e um técnico de enfermagem. Essas entrevistas foram suficientes para determinar o rearranjo do formulário. A escolha desse setor se deve ao fato de o mesmo apresentar características semelhantes ao do local de estudo e, em algumas ocasiões, admitirem crianças com quadro de queimadura.

Segundo Minayo (2008), a entrevista é uma rica fonte de informações, que possibilita a expressão de sentimentos, valores e símbolos ditos significativos e reveladores, permeados pela representatividade cultural e suas estruturas históricas e socioeconômicas presentes em determinadas famílias, grupos e comunidade.

6.4.2 Observação Não Participante

Uma das fases mais importantes da coleta dos dados foi a realização da observação da rotina do setor. Tal técnica possibilitou a aquisição de informações imprescindíveis para melhor caracterizar a assistência prestada à criança queimada hospitalizada, já que dados fundamentais nem sempre são apresentados com a utilização de outros meios de coleta, como a entrevista, por exemplo.

Para Minayo (2008), pesquisas que têm como técnica de coleta de dados a entrevista são muito mais enriquecidas e ganham maior completude quando acompanhadas da observação, já que oferece uma gama muito maior de informações, que podem não ser contempladas durante a conversação, e contribuem significativamente para a análise e discussão da pesquisa.

O referencial teórico se baseia na visão etnográfica e antropológica de Geertz, e engloba, além das entrevistas, a observação não participante, que visa a analisar a criança com dor, independente da mesma estar ou não se submetendo aos procedimentos e qual a atuação dos funcionários diante da situação. Tal processo observacional pautou-se em um roteiro pré-estabelecido (Apêndice D) que guiou o foco de busca, aplicado em um ambiente em que vários grupos de indivíduos eram acompanhados, sem que houvesse efetiva participação do pesquisador nas atividades diárias, apenas tomando nota dos fatos observados. Essa fase da coleta ocorreu posteriormente à entrevista, em cinco dias por semana em cada turno, nem sempre consecutivos por impossibilidade da pesquisadora, por um período de 20 dias, entre 01/08/2011 a 30/08/2011 e contou com o auxílio de um diário de campo contendo as anotações dos dados observados.

Na observação não participante, o pesquisador se relaciona com a equipe, estabelece contato, porém não se integra e nem assume as funções como a população estudada. Seu papel é presenciar os fatos, sem se envolver, de forma a

atuar mais como um espectador, agindo de forma sistemática, consciente, direcionada e ordenada, sem se esquecer de que tem um objetivo a ser alcançado (MARCONI; LAKATOS, 2010).

Para Angrosino (2009), um fator importante nesta modalidade é que os participantes tenham conhecimento de que o investigador age simplesmente como estudioso, sob as precauções éticas cabíveis para este tipo de pesquisa, em que o relacionamento a ser estabelecido com o grupo se configure meramente como o de “pesquisador”.

São poucos os trabalhos que definem a observação não participante, já que na maioria das pesquisas etnográficas aplica-se a observação participante, no qual o pesquisador se insere, por longo tempo, como membro do grupo estudado, age e se comporta como tal, a ponto de confundir-se com eles, influenciá-los e ser influenciado, ainda que ganhe confiança e maior condição de compreender os aspectos culturais que os envolve.

No caso do observador não participante, sua atuação é apenas como atento espectador, que segue um roteiro e registra o máximo de informações e ocorrências que possam lhe interessar e enriquecer seu trabalho, sem maior aproximação ou relação mais extensa com a população estudada (GODOY, 1995).

Segundo Richardson (1999), a coleta de dados, entrevistas, observações e discussões em grupo podem enriquecer as informações obtidas, particularmente pela profundidade e pelo detalhamento das técnicas qualitativas.

A utilização da observação, associada a outras técnicas de coleta de dados, permite ao pesquisador ampliar seus recursos de investigação e apropriar-se com maior veemência do contingente de conhecimentos e experiências vivenciados pelos sujeitos pesquisados (LUDKE; ANDRÉ, 2004).

Durante a realização da observação, foi desenvolvido um diário de campo contendo informações pertinentes ao estudo. É um instrumento utilizado para auxiliar o pesquisador a não perder o que observa e o que compreende dos fatos ocorridos do local investigado.

Segundo Mayan (2001), as notas de campo são registros que relatam de forma objetiva o que está ocorrendo no cenário observado, de forma a capturar a experiência vivenciada pelos participantes. O diário descreve ainda as reflexões do investigador, sentimentos, ideias, interpretações de tudo o que se

observa, como forma de auxiliá-lo a se organizar e a planejar as próximas observações.

Jaccoud e Mayer (2008), nesse caso, se remetem à classificação utilizada por Schatzman e Strauss que distinguem as anotações em três categorias: anotações metodológicas, que descrevem o desenvolvimento das atividades e a integração do pesquisador no meio observado; anotações teóricas, que estão relacionadas à interpretação teórica da situação pesquisada; e anotações descritivas, que registram a percepção do vivido e relatam exhaustivamente a situação observada.

6.4.3 Pesquisa em Prontuário

A última etapa da coleta de dados consistiu na análise dos prontuários, com foco nas anotações e prescrições de enfermagem e médica do paciente, pertencentes ao dia em que foi realizada a observação e aos dois períodos anteriores, ou seja, se a observação ocorria à noite, eram coletados os dados deste turno, bem como da manhã e tarde anteriores, de forma a serem os mais recentes e próximos ao período em questão.

A busca desses dados ocorria simultaneamente ao processo observacional, sendo escolhidos os momentos mais oportunos, que não interferissem na observação realizada pela pesquisadora.

A amostra foi composta por sete prontuários, de modo que a maioria foi analisada mais de uma vez (de uma a 12 vezes cada). Foram, no total, 42 análises documentais, visto que os pacientes permaneciam internados por longos períodos.

Coletaram-se os registros considerados importantes para complementação da pesquisa: sinais vitais, anotações dos técnicos de enfermagem, evoluções e prescrições de enfermagem e médica, informações quanto aos procedimentos realizados – como balneoterapia e enxerto, e os medicamentos utilizados em cada situação.

Vale ressaltar que a interação entre as três técnicas utilizadas foi exponencialmente relevante para este estudo, já que possibilitou uma visão mais ampla sobre a dinâmica da população e o local estudados, além de diversificar as possibilidades de discussão diante de um significativo contingente de dados

coletados, a fim de contemplar com maior relevância os objetivos propostos por uma pesquisa qualitativa (LUDKE; ANDRÉ, 2004; MINAYO; DESLANDES E GOMES, 2008).

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados obtidos nas entrevistas, o referencial utilizado foi o Método de Interpretação dos Sentidos, caracterizado pela “perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa (a) palavras; (b) ações; (c) conjunto de inter-relações; (d) grupos; (e) instituições; (f) conjunturas, dentre outros corpos analíticos” (GOMES et al., 2005, p. 202).

Tem como ferramentas para fundamentação a teoria da interpretação da cultura descrita por Clifford Geertz e a interação entre as concepções de hermenêutica e dialética.

Segundo Gomes (2008), o conceito de cultura está socialmente estabelecido e tende para uma conjunção de conceitos e significados extraídos do processo de compreensão das formas simbólicas extraídas dos fenômenos humanos e sua realidade social, seus valores e atitudes. Para ele, o posicionamento de Geertz diante do termo *ethos*, definido como o caráter e a qualidade de vida em consonância com o estilo moral e estético e do termo visão de mundo, abordando as ideias que o povo tem da sua realidade, da natureza, de si mesmo e da sociedade, orientam, quando conjugados, a interpretação acerca dos sentidos da vida social.

Além do fenômeno cultural, a conjunção entre os conceitos de hermenêutica e dialética complementam e valorizam a análise contextualizada pelo Método de Interpretação dos Sentidos. Com relação à influência da hermenêutica, definida pela compreensão textual, e da dialética, reconhecida pela indução ao pensamento crítico, Minayo (2008) e Gomes (2008) destacam o fato de que a união desses dois conceitos contribui para nortear a operacionalização dos princípios desse método. Tais princípios auxiliam na análise e interpretação dos dados, visando a situar e buscar a lógica dos fatos, relatos e observações, bem como a produzir um relato acerca desses eventos.

Para Gomes (2008), a trajetória analítico-interpretativa não precisa ocorrer de forma que essas ações se excluam ou sejam sequenciais uma à outra.

Pelo contrário, elas podem interagir e permear mútua e profundamente dentro de um determinado contexto. Com isso, há três etapas que demarcam essa trajetória:

- 1) **Leitura compreensiva do material selecionado:** possibilita ao pesquisador a visão do conjunto, bem como o conhecimento das particularidades do material. Esse momento permite a elaboração das categorias e distribuição das unidades que compõem os dados coletados. As duas formas mais comuns de definir as categorias são por segmentos de atores, ações e depoimentos ou por gênero dos envolvidos (masculino e feminino). Porém, outros agrupamentos podem ser adotados de acordo com o teor do estudo;
- 2) **Exploração do material:** é a fase em que o pesquisador deve ir além das falas e dos fatos. Momento em que ele imerge e extrai o íntimo daquele material, de forma a expor aquilo que estava implícito. Para tanto, é necessário, primeiramente, identificar e problematizar as ideias, para depois buscar os sentidos mais amplos e, então, proporcionar uma interação entre essas ideias e a literatura e o referencial teórico.
- 3) **Elaboração da síntese interpretativa:** a interpretação em si. Através da articulação dos dados relevantes com os objetivos da pesquisa e o referencial teórico adotado se elabora uma síntese que exprima a lógica do conjunto estudado.

O método de interpretação dos sentidos é o caminho para ir além dos conteúdos textuais e explorar com mais profundidade os dados encontrados. Envolve a interação entre as dimensões subjetivas e objetivas, de sentimento e cognição, explorando as ideias encontradas numa determinada cultura de acordo com a temática proposta, frente toda metodologia teórica que a conduz.

6.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi submetido à apreciação do CEP/UEL. De acordo com o disposto nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, o pesquisador garante o compromisso em manter total sigilo, diante de qualquer outra informação que não esteja contida nos bancos de dados disponibilizados pelos serviços (BRASIL, 1996).

Sendo assim, os participantes da pesquisa estão protegidos pelo sigilo das informações coletadas e se encontram livres de qualquer risco. Os benefícios vêm com os resultados e divulgação da pesquisa, que visa à melhoria nos cuidados com a criança com queimadura.

Após a aprovação da presente pesquisa, os sujeitos foram comunicados dos seus direitos mediante a apresentação do termo de consentimento livre e esclarecido e dos deveres do investigador (Apêndice A), assinado após consciência e concordância do participante.

Há, também, comprometimento do pesquisador em manter sigilo e confidencialidade com relação aos dados coletados no prontuário do paciente, de acordo com o Termo de Sigilo e Confiabilidade proposto pelo CEP (Apêndice B).

A pesquisa foi aprovada pelo CEP/UEL (registro CONEP 268) no dia 23 de fevereiro de 2011, sob o parecer de aprovação nº 010/2011, CAAE nº 0267.0.268.000-10, folha de rosto nº 390502 e processo nº 36449/2010 (Anexo D).

7. Resultados e Discussão

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. A vertical line runs down the right side of the page, and a horizontal line runs across the bottom. They intersect at the bottom right corner, forming a cross-like shape that frames the text.

Os resultados obtidos, assim como a discussão dos achados mediante sua análise e reflexão, são apresentados na forma de três artigos científicos, que serão encaminhados aos periódicos abaixo especificados, cujas normas encontram-se ao final deste trabalho (Anexos A, B e C).

O primeiro – *Atuação da equipe de enfermagem no manejo da dor na criança queimada: uma revisão crítica da literatura* – é uma revisão crítica com base na temática proposta. Os resultados e a discussão são apresentados em três categorias: (i) a dor na criança e suas implicações para a enfermagem; (ii) a dor na criança queimada; e (III) intervenções de enfermagem para identificação e controle não farmacológico da dor da criança. Será enviado à Revista Brasileira de Enfermagem, estando de acordo com o seguinte objetivo da pesquisa:

“Descrever como o manejo da dor na criança queimada tem sido tratado na literatura científica”.

Os demais, de classificação original, contemplam os dados da pesquisa. Um tem foco no manejo da dor da criança queimada; o outro, no processo de enfrentamento da hospitalização que a criança vítima de queimadura vivencia, levando em consideração a família e os profissionais envolvidos.

O segundo – *Cuidado da equipe de enfermagem à criança queimada com dor* – aborda as categorias: (i) *A vivência da equipe de enfermagem quanto à dor da criança*, e (ii) *A criança com dor em seus diferentes momentos de hospitalização*. Será encaminhado à Revista Mineira de Enfermagem, e contempla os seguintes objetivos do estudo:

- i. “Identificar o conhecimento sobre a dor da criança queimada pela equipe de enfermagem”;
- ii. “Detectar as potencialidades e fragilidades no reconhecimento da dor da criança queimada pela equipe de enfermagem”;
- iii. “Relacionar as estratégias de enfermagem com relação ao manejo da dor da criança queimada”.

O terceiro – *Vivência da equipe de enfermagem frente à hospitalização da criança queimada* – apresenta as categorias: (i) *os sentimentos que afloram na vivência do cuidado à criança queimada*, e (ii) *estratégias de enfrentamento no cuidado à criança queimada*. Será submetido à revista *Investigación y Educación en Enfermería*, abordando o objetivo:

“Desvelar a vivência da equipe de enfermagem ao trabalhar com a criança hospitalizada vítima de queimadura”.

Ressalta-se que os artigos aqui apresentados se encontram com páginas, quantidade de laudas, tamanho da letra, fonte, espaçamento e disposição dos títulos e referências configurados de modo a atender as normas estabelecidas pelos respectivos periódicos aos quais serão encaminhados.

8. Artigos

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. A vertical line runs down the right side of the page, and a horizontal line runs across the bottom. They intersect at the bottom right corner, forming a partial frame around the text.

8.1 Artigo 1
Atuação da equipe de enfermagem no
manejo da dor da criança queimada:
uma revisão crítica da literatura

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DA CRIANÇA QUEIMADA: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA*

NURSING TEAM ACTIONS IN BURNED CHILD PAIN MANAGEMENT: A CRITICAL LITERATURE REVIEW

ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL NIÑO QUEMADO: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

Nataly Tsumura I. Soares^I; Mauren T. G. Mendes Tacla^{II}

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma Unidade de Queimados”, defendida em 11/06/2012, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina

^I Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Email: natysoares@hotmail.com. Fone: (43) – 33045384/ (43) 9107-9637. Rua: Helen Keller, 130 apto 404. CEP: 86039450, Londrina - PR. E-mail: natysoares@hotmail.com. Trabalhou na elaboração do projeto, na coleta e análise dos dados e concepção do artigo.

^{II} Enfermeira. Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: mtacla@sercomtel.com.br. Orientadora, atuou na elaboração do projeto, concepção do artigo e correção final.

ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DA CRIANÇA QUEIMADA: UMA REVISÃO CRÍTICA DA LITERATURA

Resumo: O presente artigo apresenta uma revisão crítica, com base em literatura científica especializada, sobre o manejo da dor da criança queimada. Foram realizadas buscas nas bases de dados apresentadas por MEDLINE, LILACS, Cochrane e Scielo, utilizando os descritores dor e queimadura e seus correspondentes em inglês (pain e burns) e em espanhol (dolor e quemaduras), no período de 2006 a 2010. Os limites para a palavra-chave dor foram: criança, cuidados de enfermagem e queimaduras; e para queimaduras: dor e criança. Foram identificadas 645 produções e selecionados 11 estudos referentes ao tema em questão. Os dados obtidos indicaram que ainda há profissionais que não dão importância à avaliação da dor. Isso ocorre apesar de estudos científicos demonstrarem, por meio de inúmeros trabalhos, que o controle adequado da sensação dolorosa influencia positivamente a recuperação da criança, principalmente, no caso da queimadura, injúria constantemente associada à dor.

Palavras-chave: Dor. Queimaduras. Criança. Cuidados de enfermagem.

NURSING TEAM ACTIONS IN BURNED CHILD PAIN MANAGEMENT: A CRITICAL LITERATURE REVIEW

Abstract: This is a critical review of specialized scientific literature to describe the management of pain in burned child by the nursing team. A search was conducted on MEDLINE, LILACS Cochrane and Scielo online databases using the subject headings *pain* and *burns* in Portuguese (dor e quemaduras), English and Spanish (dolor and quemaduras). The search included the period from 2006 to 2010. The limits for the subject heading *pain* were: child, nursing care and burns; and for *burns*, they were pain and child. The search results displayed 645 papers from which 11 were selected. Data indicate that many professionals still do not value pain assessment. This occurs despite the scientific knowledge, presented by innumerable published articles, that adequate control of pain sensation positively influences child recovery, especially while dealing with burns, an injury often associated to pain.

Key words: Pain. Burns. Child. Nursing care.

ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN EL MANEJO DEL DOLOR DEL NIÑO QUEMADO: UNA REVISIÓN CRÍTICA DE LA LITERATURA

Resumen: Esta es una revisión crítica, para describir el manejo del dolor del niño quemado, por el equipo de enfermería; que se encuentra en la literatura científica especializada. Se realizaron búsquedas minuciosas de datos MEDLINE, LILACS, Cochrane y Scielo se utilizando las palabras clave dolor y quemadura y sus equivalentes en Inglés (pain y burns) y en español, en el período del 2006 al 2010. Los límites para la palabra clave dolor fueron: niños, cuidados de enfermería y quemaduras; y para quemaduras: dolor y niños. Dando como resultado en la identificación de 645 producciones y seleccionados 11 estudios referentes al tema en cuestión. Los datos obtenidos indicaron que todavía hay profesionales que no le dan importancia a la evaluación del dolor. Esto ocurre, a pesar del mundo científico demostrar, a través de diversos trabajos, que el control adecuado de la sensación de dolor influye positivamente en la recuperación del niño, especialmente en el caso de la quemadura, injuria constantemente asociada al dolor.

Palabras clave: Dolor. Quemaduras. Niño. Cuidados de enfermería.

INTRODUÇÃO

A mais completa e utilizada definição de dor é a proposta pela *International Association for Study of Pain (IASP)*, que, em 1979, publicou a primeira descrição desta terminologia e a manteve, em 2011, após atualização, como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”⁽¹⁾.

Assim, por ser uma sensação subjetiva, cada indivíduo a vivencia de maneira diferente, o que requer tratamento individualizado. Não é tarefa fácil descrever a própria dor e, mais complicado ainda, classificar a experiência dolorosa do outro, pois esta sensação está associada às características fisiológicas do indivíduo, à história pregressa do mesmo e ao contexto no qual ela ocorre⁽²⁾.

A criança, diferentemente do adulto, muitas vezes, apresenta dificuldade para expressar sua dor, além de exigir habilidade e experiência do profissional para identificar tal reação. A sensação dolorosa implica em variáveis comportamentais e neurofisiológicas que são muito mais difíceis de serem diagnosticadas em crianças do que em adultos, e estas levam ao estresse infantil e, conseqüentemente, interferem na qualidade de vida e de recuperação desses pequenos indivíduos indefesos⁽³⁾.

Se a identificação da dor na criança já exige da equipe uma maior sensibilidade, aliviá-la requer igual ou maior conhecimento e prática. Devido a isso e a muitas crenças errôneas sobre o assunto, por muitos anos, os pacientes pediátricos não receberam diagnósticos precisos quanto à sua dor e, assim, foram subtratados e avaliados/acompanhados inadequadamente⁽⁴⁾.

Graças, porém, ao avanço dos estudos sobre o assunto e à preocupação em quebrar o estigma de que crianças não sentem dor como os adultos ou que são incapazes de comunicar e memorizar sua experiência dolorosa, vários métodos, que vão desde o uso de escalas até a avaliação de reações comportamentais com utilização de protocolos⁽²⁻³⁾, vêm sendo desenvolvidos para facilitar o reconhecimento da dor.

Os pacientes pediátricos, durante seu processo de hospitalização, são submetidos, com frequência, a procedimentos dolorosos, como a punção para acesso venoso, técnicas cirúrgicas e sondagens. Porém, quando se trata da criança com queimadura, seja ela de 1º, 2º ou 3º, a dor é uma condição de presença quase contínua e, em geral, de forte intensidade, que requer constante avaliação e intervenção para seu alívio. Isso exige sensibilidade e experiência do profissional que trabalha com vítimas de queimadura, a fim de se evitar, ao máximo, o sofrimento do paciente.

Na criança, o processo de manejo da dor é mais complexo e, assim, demanda um olhar diferente e um cuidado especializado⁽⁵⁻⁶⁾ da equipe que a assiste, o que exige capacitação específica, que leve em consideração os aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil, suas diferenças anatômicas e fisiológicas, além dos problemas emocionais que a hospitalização acarreta para ela e sua família.

O trabalho da enfermagem visa o cuidado à criança de forma a lhe proporcionar, além da recuperação física, condições de crescer e se desenvolver, adequadamente, em âmbito social e emocional, sem se esquecer de que o esforço conjunto com outros profissionais influenciará, de maneira satisfatória, sua evolução e o prognóstico⁽⁷⁾.

Para o paciente, vítima de queimadura, e sua família, a dor está presente durante todo o tratamento, o que, muitas vezes, dificulta a adesão aos procedimentos terapêuticos indispensáveis à sua recuperação, como curativos,

fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros, considerados, particularmente, dolorosos⁽⁸⁾.

Tal fato predispõe a criança a um alto nível de estresse, não somente por estar em um lugar diferente, com pessoas desconhecidas, mas, principalmente, pela presença da lesão térmica e todas as consequências a que ela induz. Assim, quanto maior a ansiedade e a tensão vivenciadas pelo paciente infantil, mais intensa será sua sensação dolorosa. Por essa razão, uma das estratégias que devem ser adotadas pela equipe de saúde é a redução dos níveis de estresse da criança, de forma individualizada, a fim de amenizar, ao máximo, a percepção de dor durante o período de hospitalização⁽⁴⁾.

Além disso, a criança queimada, devido às suas diferenças peculiares relacionadas à idade, entre elas, uma maior superfície corpórea em relação ao peso, quando comparada ao paciente adulto, é considerada, fisiológica e emocionalmente, como um caso mais grave⁽⁶⁾.

A equipe de enfermagem representa um importante e imprescindível personagem no acompanhamento de todo o processo de hospitalização do paciente pediátrico vítima de lesões por queimadura. Sua participação no cuidado não se reflete somente no tratamento clínico e cirúrgico para cicatrização da ferida, mas também, e de uma forma bastante significativa, no manejo adequado da dor dessas crianças⁽⁷⁾.

Assim, o objetivo deste estudo é descrever como o manejo da dor na criança queimada tem sido tratado na literatura científica.

MÉTODO

Os dados obtidos nesta pesquisa constituíram fonte de revisão crítica para a elaboração de uma dissertação de mestrado, cujo problema foi a dor na criança queimada.

A busca por artigos sobre o tema centrou-se em bases de dados eletrônicas, entre elas, MEDLINE, LILACS, Cochrane e Scielo, entretanto, foram selecionados apenas artigos da MEDLINE e da LILACS, em revistas da área médica, de enfermagem, de psicologia e multidisciplinares.

O levantamento dos periódicos deu-se com base nos descritores dor e queimaduras, contidos no portal Descritores em Ciências da Saúde (Decs) e seus correspondentes em inglês (pain e burns) e espanhol (dolor e quemaduras).

Os critérios de inclusão foram estabelecidos a partir dos limites de cada palavra-chave, sendo que, para dor, foram: criança, cuidados de enfermagem e queimaduras; e para queimaduras: dor e criança. O período de publicação foi delimitado entre 2006 e 2010 e foram utilizados apenas estudos que apresentavam o texto completo, não excluindo as teses e dissertações.

Os quesitos que fundamentaram as exclusões foram: publicações em geral, artigos de revisão e estudos epidemiológicos não atuais (anteriores ao ano de 2006), relacionados diretamente à família ou cujo conteúdo não era condizente com o tema em questão.

A partir dos delimitadores, foram encontrados, para o descritor “queimaduras”: 85 publicações referentes à criança, sendo uma tese e 84 artigos, e 20 artigos relacionados à dor. Para o descritor “dor”, encontrou-se 496 publicações relacionadas à criança, sendo 493 artigos e 3 teses; associados à queimadura, foram encontrados 27 artigos, além de 16 artigos uma tese que trata dos cuidados de enfermagem, totalizando 645 produções científicas, que foram novamente selecionadas de forma a atender o tema proposto.

Assim, para a presente discussão, foram utilizados os artigos referentes à dor relacionados à enfermagem pediátrica e às queimaduras, configurando-se 12 artigos, organizados em três subtemas, sendo eles: a dor na criança e suas implicações para a enfermagem; a dor na criança queimada; e intervenções de enfermagem para identificação e controle não farmacológico da dor na criança.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Dor na Criança e suas Implicações para a Enfermagem

Dos oito artigos sobre o assunto, todos destacaram a importância da equipe de enfermagem no manejo da dor na criança, de forma que esta deve ser comprometida e estar preparada para avaliar e aliviar essa alteração no pequeno paciente internado que, na maioria das vezes, expressa sua sensação dolorosa de

maneira subjetiva, o que exige maior sensibilidade do profissional. Um desses estudos destaca a indiscutível relevância que o relato da criança deve ter no momento do diagnóstico da dor, uma maneira simples de individualizar e humanizar o cuidado. O estudo lembra, entretanto, que ainda há enfermeiros que não possuem conhecimento e prática suficientes para atender, satisfatoriamente, essa real necessidade no contexto pediátrico⁽⁹⁾.

Estudo realizado com oito enfermeiros de um hospital infantil do sul do país revelou o quão presente e próximo o enfermeiro deve estar da criança doente, de modo a considerar sua subjetividade na expressão da sensação dolorosa para o reconhecimento e tratamento da dor⁽⁹⁾.

Houve uma significativa evolução histórica da enfermagem e das demais profissões da área da saúde em relação à atenção que dispensam à dor na criança, mas a equipe ainda necessita de aprimoramentos e de um comprometimento maior com o cuidado na vigência da dor. Do levantamento realizado, seis estudos demonstraram a fragilidade do conhecimento e da prática da enfermagem no controle da dor, concluindo que esse quinto sinal vital ainda não é prioridade na assistência ao paciente pediátrico.

No caso de paciente pediátrico queimado, as quatro pesquisas selecionadas afirmam que o trauma térmico e seu tratamento, além das sequelas físicas e emocionais, resultam, ainda, em sensação dolorosa intensa, o que exige a aplicação de doses variáveis de sedativos e analgésicos e maior atenção da equipe, para que se possa concluir o tratamento com sucesso e sem danos ao paciente.

Dois dos estudos analisados confirmaram que, apesar dos esforços da academia e das sociedades americanas de dor, que a introduziram como o quinto sinal vital para que passasse a ser encarada com o mesmo rigor com que os outros sinais vitais são avaliados, muitos profissionais, inclusive os enfermeiros, ainda não incorporaram esse dado à sua rotina de trabalho^(9-13,15-18).

Em um estudo realizado com 50 profissionais da enfermagem, das três categorias, que atuam em um hospital privado brasileiro com gestão do SUS, 9% dos técnicos e auxiliares e 25% dos enfermeiros relataram ter pouco conhecimento no que diz respeito à dor. O estudo concluiu que, mesmo após anos do estabelecimento de seu conceito como um quinto sinal vital, a dor ainda não é prioridade para muitos integrantes da equipe de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Nesse sentido, uma pesquisa americana, realizada em uma Administração de Veteranos da Saúde que aderiu e incentivou a avaliação da dor como quinto sinal vital, verificou que muitos médicos, mesmo após essa implantação, não despendiam a devida atenção ao campo de registro de dor ou recebiam o prontuário do paciente apenas com informações referentes aos outros quatro sinais vitais. Tal fato evidencia que a decisão de implantar este “novo” sinal vital não recebeu a valorização esperada e exigida pelos órgãos de saúde americanos⁽¹¹⁾.

O mesmo artigo relata, ainda, que a enfermagem tem um papel fundamental na avaliação e no registro da dor, o que propicia redução das falhas na comunicação interdisciplinar e melhorias na assistência ao paciente⁽¹¹⁾, além de ressaltar a importância dessa categoria da área da saúde, imprescindível para que o manejo da dor tenha início e acompanhamento adequados por parte dos demais profissionais.

Um terceiro estudo, realizado em três hospitais paranaenses que recebem crianças com indicação cirúrgica, confirma as conclusões a que chegaram os trabalhos citados anteriormente, ou seja, que a equipe de enfermagem precisa dedicar, com rigor, constante observação e intervenção em relação à dor, principalmente, em situações previsíveis de sensação dolorosa, para que sejam desenvolvidos procedimentos de prevenção e não somente de alívio, quando a manifestação já está estabelecida⁽¹²⁾.

Nessa pesquisa foram avaliados os prontuários de 281 crianças que realizaram procedimentos cirúrgicos. O registro de enfermeiros em relação ao manejo da dor, ou melhor, a falta deles, causou desapontamento e, ao mesmo tempo, confirmou o despreparo desses profissionais para lidar com situações que permeiam o processo doloroso. No acompanhamento do percurso desenvolvido pelo paciente da sala de recuperação pós-anestésica até o 5º dia do período pós-operatório, havia apenas 10 registros de enfermeiras relacionados à dor, no primeiro hospital; oito registros, na segunda instituição; e 182, na terceira, sendo que os dois primeiros são de grande porte e o último de médio porte⁽¹²⁾.

Apesar dos inúmeros estudos que demonstram a importância da avaliação da dor para a recuperação de qualquer indivíduo, independente da faixa etária ou de sua condição de saúde, ainda há profissionais com alto grau de

capacitação que subestimam esse sinal que provoca a alteração dos demais sinais vitais e de toda dinâmica fisiológica do paciente.

Por meio de um questionário, equipes de enfermagem que atuam em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) foram avaliadas quanto ao manejo da dor das crianças internadas, sendo que, dentre os 35 participantes, foram encontrados dois profissionais que não consideravam importante a avaliação da dor nesta unidade hospitalar⁽¹⁴⁾. Ao se considerar as implicações éticas que envolvem o cuidado do ser humano, entretanto, conclui-se que a preocupação em controlar a dor do paciente deveria ser unânime.

Para garantir que a criança hospitalizada não sofra dores desnecessárias e para fortalecer a importância da avaliação e do tratamento adequados, a Resolução nº 41 de 13/10/1995 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, denominada Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, lhes assegura, no Artigo 7º, "Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la"⁽¹⁴⁾.

A Dor da Criança Queimada

A queimadura é conhecida, principalmente, por deixar sequelas físicas e emocionais nos pacientes acometidos, independente da faixa etária e do sexo. Tão grave quanto as marcas, por vezes, irreversíveis, porém, é o trauma térmico que vem acompanhado de dor de alta intensidade, principalmente, nas queimaduras de 2º grau, as mais comuns na infância⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Além da dor ocasionada pela própria lesão, as medidas terapêuticas utilizadas, nesses casos, tendem a ser igualmente dolorosas, desde a fisioterapia até a realização de enxertos, sendo necessárias, em todas as circunstâncias, diferentes doses de sedação e analgesia, para que se possa concluir o procedimento com sucesso e sem danos ao paciente^(17-18,20).

O curativo, principal método de tratamento das queimaduras, é, por vezes, aplicado sem sedação. Um estudo realizado com seis crianças, termicamente lesionadas em 2º grau por escaldadura, álcool e fogo, e submetidas a curativos sem sedação, observou que 86% destas apresentaram reações concorrentes, ou seja, dificultaram a execução do procedimento por meio de protestos, comportamento nervoso, choro, gritos e inquietação. Dentre os não concorrentes, caracterizados

pelas atitudes que não dificultaram ou mesmo facilitam o atendimento, foram mais frequentes a fala, a resposta verbal e a solicitação de informação⁽¹⁸⁾.

A pesquisa mencionada evidencia, claramente, pelo alto índice de reações negativas (86%) em resposta à ausência de sedação durante a realização do curativo, o quanto a criança sofre e se estressa; o que se preconiza, entretanto, é amenizar ao máximo os níveis de estresse que aumentam a sensação de dor.

Tão grave e decepcionante quanto esse sofrimento a que a criança, por vezes, é submetida, é o fato dos profissionais responsáveis pelo cuidado “ignorarem” as reações de angústia sofridas por esses pacientes, o que também foi evidenciado no estudo⁽¹⁸⁾.

Intervenções de Enfermagem para Identificação e Controle não Farmacológico da Dor da Criança

Para auxiliar equipes de enfermagem, dois estudos apresentam escalas simples e fidedignas que facilitam o reconhecimento e a mensuração adequada da dor da criança, pois, ao identificar a dor, o enfermeiro deve agir de forma que esta sensação incômoda seja aliviada ou prevenida.

As escalas de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability) e FPS-R (Faces Pain Scale – Revised), adaptadas e aplicadas em crianças e adolescentes portadores de câncer, obtiveram uma boa aceitação tanto pelos pacientes quanto pelos cuidadores, configurando-se em métodos simples e rápidos. Além disso, tais escalas representam duas diferentes classes de mensuração, sendo a FPS-R mais utilizada quando há possibilidades de auto-relato e a FLACC, quando é necessária uma avaliação cognitiva⁽¹⁵⁾. É importante que os profissionais saibam que as escalas são instrumentos para auxiliar na identificação da dor, tanto para poder planejar a intervenção mais indicada quanto para avaliar se a ação realizada foi satisfatória⁽¹⁴⁾.

Para auxiliar a equipe de enfermagem a identificar a dor a criança queimada, de forma consideravelmente fácil e confiável, a Escala Visual Analógica (EVA), também conhecida como escala de faces, foi apontada, em um estudo no estado do Ceará, como um instrumento adequado a ser utilizado em queimados, pois se aproxima ou mesmo supera as escalas numéricas e verbais em sua qualidade⁽¹⁹⁾.

Além de identificar a dor, o enfermeiro deve agir de forma que este sinal/sintoma seja aliviado ou prevenido. Além das medidas farmacológicas para aliviar a dor da queimadura e das técnicas não farmacológicas mais conhecidas, três estudos, um nacional, um americano e outro espanhol, apresentam medidas alternativas eficazes e sem uso de medicamentos, como a participação dos pais, a utilização de aparelhos tecnológicos computadorizados e o uso da psicologia a favor da comunicação^(17, 20).

A participação dos pais em ações não medicamentosas para alívio da dor foi objeto de estudo de três enfermeiras especializadas na área pediátrica e neonatal. As autoras apresentaram 14 estratégias alternativas, utilizadas por eles no período pós-operatório de seus filhos, que vão desde a distração e o carinho até o uso da massagem. Embora a aplicação das estratégias não tenham, necessariamente, eliminado a sensação dolorosa, os resultados foram positivos, pois aumentaram o limiar de dor das crianças⁽¹⁶⁾.

No caso dos microprocessadores, apresentados no estudo americano, estes são alternativas de distração, pois a criança pode utilizar um capacete que oferece interação de som e imagem de alta definição, em 3D, o que reduz a atenção consciente na sensação dolorosa⁽²⁰⁾. No entanto, apesar da comprovação da sua eficácia no alívio da dor no paciente queimado, esta técnica pode ser considerada economicamente inviável, pois seu elevado custo está distante da realidade brasileira.

Porém, uma alternativa que poderia ser indicada, em termos de custo, seria o videogame, que também tem como foco minimizar a dor pela distração proporcionada por esta tecnologia e é comum entre as crianças brasileiras. Segundo estudo americano realizado com crianças de seis a 10 anos de idade, que utilizou um aparelho pressor frio a 7°C, que testa pontos de tolerância à dor, os infantes apresentaram aumento no limiar algico, quando expostos a este tipo de intervenção não farmacológica²¹.

A utilização da psicologia é mais adequada para os padrões financeiros nacionais além de oferecer resultados tão positivos quanto os propiciados pela tecnologia apresentada anteriormente. Este método, aplicado, principalmente, por psicólogos, pode ser realizado por enfermeiros e consiste no estímulo à fala, de modo a levar o paciente a reproduzir toda a realidade vivenciada antes, durante e após o acidente térmico, assim como, nos procedimentos

causadores de dor. Seu alívio é baseado também na técnica da distração, mas, além disso, permite que o paciente desabafe suas experiências negativas, diminuindo sua ansiedade e estresse, além de estimular o fator confiança entre paciente e equipe, quando a comunicação é bem estabelecida entre ambos⁽¹⁷⁾.

Avaliar a dor é, sem dúvida, uma dificuldade frequente entre os profissionais da saúde principalmente quando está relacionado ao paciente pediátrico. Determinar a presença da dor, diferenciando-a de outros desconfortos, exige atenção, preparo e treinamento da equipe, de forma a evitar maiores danos à recuperação da criança, bem como sua adaptação ao meio hospitalar diante das intervenções a que é submetida.

As escalas são as alternativas mais confiáveis e proporcionam suporte seguro no momento da avaliação da dor, oferecendo ao profissional condições para determinar sua existência e sua intensidade, auxiliando-o ainda na escolha do método mais eficaz para seu alívio, entre meios farmacológicos e não farmacológicos e, entre os analgésicos, qual o mais apropriado.

Por uma questão cultural, o ser humano está condicionado a buscar, logo de início, o alívio medicamentoso, por acreditar que seu efeito é mais rápido e duradouro. Mas, em algumas situações, é possível tratar a dor sem recorrer a essa alternativa e em muitas ocasiões associá-la a medidas não farmacológicas. Para isto, a equipe deve estar atualizada, mediante a realização de atividades de educação continuada sobre o tema, organizadas pelas instituições de saúde. É necessário ainda que os participantes sejam ouvidos, para que seus pontos de vista sejam discutidos e suas dúvidas sanadas, para que compreendam os mecanismos dos principais métodos de manejo da dor.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo possibilitou a compreensão da importância da atuação da equipe de enfermagem no difícil processo de assistência e tratamento da criança vítima de queimadura. Apesar de ainda existirem crenças equivocadas quanto à dor na criança, muitos estudos foram e estão sendo realizados, de forma a desmistificar essas ideias negativas.

Este estudo evidenciou a existência de maneiras diferentes, com alternativas de baixo custo, fáceis e confiáveis para o reconhecimento e o controle

adequados da dor, nos pacientes pediátricos, que podem ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1. International Association for Study of Pain. IASP pain terminology 2011 [homepage]. Seattle, USA; c1973 [atualizado em 2012, acessado em 06 mai. 2012]. [1 tela]. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>>.
2. Pimenta CA. Fundamentos teóricos da dor e sua avaliação. In: Carvalho MM. (org.). Dor: um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 31-46.
3. Guimarães SS. A dor na infância. In: Carvalho MM. (Org). Dor – um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: SUMMUS, 1999. p. 248-264.
4. Borges LM. Manejo da dor pediátrica. In: Carvalho MM. (org.). Dor: um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 265-297.
5. Thomazine AM, Passos RS, Bay-Júnior OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. Cienc Cuid Saude 2008; 7(1):145-152
6. Silva EP, Oliveira RA, Costa FA, Serra MC, et al. Peculiaridades da criança queimada. In: Maciel E, Serra MC. Tratado de queimaduras. São Paulo: Atheneu; 2006. p. 201-206.
7. Dias MA, Brito ME, Leontsinis CM, Damasceno AK. Peculiaridades no cuidado de enfermagem à criança queimada. In: Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MC. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 223-232.
8. Lotufo CC, Novaes FN, Júnior EM. A dor e o paciente queimado. In: Lima Júnior EM, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MC. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 165-170.
9. Persegona KR, Zagonel IP. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2008; 12(3): 430-436.
10. Saça CS, Carmo FA, Arbuleia JP, Souza RC, Alves AS, Rosa BA. Pain as 5th vital sign: role of the nursing staff in a private hospital with management of Basic Health Unit. J. Health Sci. Inst. 2010; 28(1): 35-41.
11. Mularski RA, White-Chu F, Overbay D, Miller L, Asch SM, Ganzini L. Measuring pain as the 5th vital sign does not improve quality of pain management. J. Gen. Intern. Med. 2006; 21(6): 607-612.

12. Tacla MT, Hayashida M, Lima RA. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev. Bras. Enferm.* 2008; 61(3): 289-295.
13. 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.): 82-87.
14. Resolução nº 41, art. 7º, de 13 de outubro de 1995. Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. *Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados*, Brasília (DF), 17 out 1995: seção 1:1.
15. Silva FC, Thuler LC. Tradução e adaptação transcultural de duas escalas para avaliação da dor em crianças e adolescentes. *J. Pediatr.* 2008; 84(4): 344-349.
16. Silva LD, Tacla MT, Rossetto EG. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2010; 14(3): 519-526.
17. Guerrero GZ. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. *Rev. Latinoam. Psicopatol.Fundam.* 2008; 11(1): 29-38
18. Oliveira FP, Ferreira EA, Novaes VR, Lima JS. Análise do comportamento de crianças vítimas de queimaduras expostas a curativo sem sedação em enfermaria. *Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.* 2009; 19(3): 369-382.
19. Damasceno AK, Almeida PC, Barroso MG. Pain in children with burns – epidemiology study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2007; 6(2): [about ## p.].
20. Sharar SR, Miller W, Teeley A, Soltani M, Hoffman HG, Jensen MP, et al. Applications of virtual reality for pain management in burn-injured patients. *Expert Rev. Neurother.* 2008; 8(11): 1667-1674.
21. Dahlquist LM et al. Effects of Videogame Distraction and a Virtual Reality Type Head-Mounted Display Helmet on Cold Pressor Pain in Young Elementary School-Aged Children. *J Pediatr Psychol.* 2010; 35(6): 617–625.

*8.2 Artigo 2
Cuidado da equipe de enfermagem
à criança queimada com dor*

CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA COM DOR***NURSING TEAM CARE WITH BURNED CHILD IN PAIN****CUIDADO DEL EQUIPO DE ENFERMERIA AL NIÑO QUEMADO CON DOLOR**

Nataly Tsumura I. Soares^I; Mauren T. G. Mendes Tacla^{II}

Categoria do artigo: Pesquisa

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma Unidade de Queimados”, defendida em 11/06/2012, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

^I Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina. Rua: Helen Keller, 130 apto 404. CEP: 86039450, Londrina - PR. E-mail: natytsoares@hotmail.com.

^{II} Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem – Centro de Ciências da Saúde – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, Brasil. Av. Robert Koch nº 60, Vila Operária, 3º andar, Departamento de Enfermagem, CCS, UEL, CEP: 86038-440, Londrina, Paraná, Brasil. Email: mtacla@sercomtel.com.br.

CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA COM DOR

RESUMO: A dor, considerada de difícil avaliação, ganha real importância no caso da queimadura. No entanto, a interpretação dessa sensação, muitas vezes, tende a ser influenciada por fatores culturais e, desse modo, a interferir na atitude do profissional envolvido e na recuperação do paciente. Assim, o presente estudo, que se caracteriza como descritivo de abordagem qualitativa buscou identificar o conhecimento sobre a dor da criança queimada pela equipe de enfermagem, com o objetivo de detectar as potencialidades e fragilidades no seu reconhecimento, bem como, relacionar as estratégias adotadas pela equipe no manejo da dor desses pacientes. Para tanto, foram entrevistados 16 membros da equipe de enfermagem de um Centro de Tratamento de Queimados, além da realização de observação não participante e de coleta de dados em prontuários. Os dados foram analisados por meio do Método de Interpretação dos Sentidos e o referencial teórico que embasou a discussão do estudo foi a Antropologia Interpretativa de Geertz. Os resultados permitiram verificar que a equipe utiliza variadas formas e critérios no manejo da dor, sendo que alguns ainda apresentam crenças de caráter negativo em relação à sua manifestação pela criança, o que interfere no alívio correto desta sensação. Por fim, o estudo demonstrou que a equipe ainda apresenta limitações no controle da dor da criança vítima de queimadura e que há necessidade de realização de atividades de educação continuada com toda a equipe, além de adequação do setor quanto à adoção de escalas de avaliação de dor específicas para o paciente pediátrico.

Palavras-chave: Criança. Unidades de queimados. Queimaduras. Dor. Equipe de enfermagem.

NURSING TEAM CARE WITH BURNED CHILD IN PAIN

ABSTRACT: Pain is difficult to assess and it has great importance in burns. However, the interpretation of this sensation, very often, tends to be influenced by cultural factors, which may interfere with the attitude of the health professional involved in the patient's care and recovery. Hence, this descriptive study, with a qualitative approach, aimed to identify the knowledge of the nursing team about burned child pain. Also, to detect the potentialities and fragilities in recognizing this pain, as well as to discuss the strategies used to manage pain in these patients. To do so, 16 members of a nursing team were interviewed, all employed in a Center for Burn Victims. Also, the non-participating observation method was applied and data was collected from patients' medical records. Data was analyzed by the Sense-based Interpretation Method using Geertz's Interpretive Anthropology approach as theoretical reference. Results showed that the team uses a varied set of ways and criteria to manage pain, and some still display negative beliefs related to the child manifestation of pain, wrongfully interfering with the relief of this sensation. In conclusion, this study revealed that the team still presents some limitations in pain control of burned child. There is also the need for continued educational activities with the whole team and to improve the work process in adopting specific pain assessment scales for pediatric patients.

Key words: Child. Burn units. Burns, Pain. Nursing team.

CUIDADO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA AL NIÑO QUEMADO CON DOLOR

RESUMEN: El dolor, considerado difícil de evaluar, adquiere verdadera importancia en el caso de la quemadura. Sin embargo, la interpretación de esa sensación, a menudo tiende a ser influenciada por factores culturales, que pueden interferir en la actitud del profesional implicado y en la recuperación del paciente atendido. Este estudio descriptivo, de abordaje cualitativo, buscó identificar el conocimiento del dolor en el niño quemado por el equipo de enfermería, detectar las potencialidades y debilidades en su reconocimiento, así como relacionar las estrategias adoptadas por el equipo en el manejo del dolor de esos pacientes. Se entrevistó a 16 miembros del equipo de enfermería de un Centro de Tratamiento para Quemados, además de observar sin participar y de recoger datos de las historias clínicas. Los datos fueron analizados a través del Método de Interpretación de los Sentidos y la base teórica que fundamentó la discusión del estudio fue la Antropología Interpretativa de Geertz. Los resultados indicaron que el equipo utiliza diversas formas y criterios para el manejo del dolor, y algunos todavía presentan creencias de carácter negativo relacionado con lo que el niño manifiesta; lo que interfiere en el alivio correcto de esta sensación. Por último, el estudio mostró que el equipo aún tiene limitaciones en el control del dolor del el niño víctima de quemadura, así como la necesidad de llevar a cabo actividades de educación continua con todo el equipo y la adecuación del sector en cuanto a la adopción de escalas de evaluación del dolor específicas para paciente pediátrico.

Palabras clave: Niño. Unidades de quemados. Quemaduras. Dolor. Equipo de enfermería.

CUIDADO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM À CRIANÇA QUEIMADA COM DOR

INTRODUÇÃO

A sensação dolorosa é um sinal utilizado pelo organismo para alertar que algo de errado está acontecendo e que providências devem ser tomadas. No caso das crianças, ainda é útil para que as mesmas conheçam os perigos e os evitem¹.

A dor, tanto na criança como no adulto, nem sempre é de fácil diagnóstico. Não só a sua identificação é complexa, mas também sua quantificação, que exige preparo e atenção do profissional, para que a assistência prestada seja adequada à dor e eficaz no seu alívio.

A dificuldade em lidar com a sensação dolorosa pode ser explicada, em parte, por sua subjetividade². A interpretação depende do que cada um, tanto paciente como cuidador, entende por dor e da importância a ela conferida. Cada ser

humano interpreta de uma forma particular sua dor e nem sempre é capaz de comunicar tal desconforto, pois sua expressão é culturalmente determinada³. O conceito de dor tem um forte embasamento cultural e depende dos valores aprendidos na infância e do meio familiar em que o indivíduo está inserido, podendo se modificar no decorrer da vida, de acordo com as experiências e vivências sociais a que o mesmo é exposto⁴.

No entanto, além das diferenças culturais e individuais que as equipes de saúde devem considerar, há os diferentes grupos etários, que também constituem um desafio a ser superado, com eficiência, pelos profissionais.

A dor da criança queimada tem importância não apenas no que se refere à humanização do cuidado, mas, principalmente, porque o manejo inadequado, nesse caso, pode acarretar piora significativa no quadro clínico e psicológico do paciente, o que repercute no prolongamento do tempo de internação e no aumento do estresse⁵.

Além disso, tal inadequação frente à dor na criança pode ser considerada uma atitude de negligência, já que, segundo a Resolução nº 41 de 13/10/19956, que dispõe sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados, a criança tem “direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la”. Assim, toda a equipe de saúde, incluindo a enfermagem, é responsável por cumprir esta determinação e oferecer tratamento adequado à esta queixa.

No ferimento por queimadura, várias terminações nervosas são afetadas, o que resulta em insensibilidade local até sua regeneração, quando, então, a sensibilidade é recuperada e apresenta reação mesmo na ausência de estímulos⁵, podendo provocar sensação dolorosa ainda que o paciente esteja em repouso.

Nesse momento, as terminações ainda intactas ou parcialmente afetadas permanecem gerando impulsos dolorosos, com conseqüente hiperalgesia secundária, frente a qualquer manipulação terapêutica, o que tende a aumentar no decorrer da hospitalização. Estas particularidades fazem com que a dor provocada pela queimadura seja considerada uma das piores dores já vividas e suportadas pelo ser humano^{5, 7}.

O presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento relativo à dor da criança queimada pela equipe de enfermagem, de modo a detectar as potencialidades e fragilidades no seu reconhecimento, bem como, relacionar as estratégias adotadas pela equipe no seu manejo.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo, realizado em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) referência no norte do Paraná, caracteriza-se como descritivo e exploratório com abordagem qualitativa. Participaram 16 funcionários alocados nos períodos da manhã, tarde, noite (par) e noite (ímpar), sendo 12 técnicos de enfermagem (três por turno) e quatro enfermeiros (um por turno). Vale ressaltar que auxiliares de enfermagem não são admitidos nesse setor.

A escolha dos sujeitos foi aleatória, não havendo distinção de sexo ou idade, mas era imprescindível que fossem trabalhadores da área de enfermagem e que atuassem como funcionários do local em estudo. Não houve recusa em integrar a pesquisa.

A coleta de dados foi efetuada em duas etapas. Inicialmente, entre 04 a 13 de junho de 2011, foram realizadas e gravadas as entrevistas semiestruturadas, que ocorreram no próprio CTQ, ora em uma sala de reuniões ora na sala da enfermeira, conforme determinação do responsável pelo turno. A entrevista teve como base um formulário composto por seis questões com dados de identificação pessoal e informações sobre experiência profissional, e outras seis, abertas, que questionaram o significado do cuidar de uma criança queimada, a compreensão do participante sobre dor na infância, bem como, suas atitudes em relação ao manejo da dor no paciente pediátrico e suas sugestões para auxiliar a equipe a lidar com a sensação algica infantil dentro do setor de queimados.

Os participantes que tiveram seus depoimentos aqui expostos foram identificados aleatoriamente, por codinomes de personagens de histórias infantis, independente do gênero ou categoria profissional, a fim de preservar sua identidade pessoal, já que no setor estudado há poucos funcionários do sexo masculino. Foi realizada a correção ortográfica e retirados os vícios de linguagem, com o objetivo de facilitar a leitura e a compreensão dos dados.

A segunda etapa consistiu na observação não participante realizada pela própria pesquisadora, ocorrida no local de estudo, durante 20 dias, no turno da manhã, da tarde ou da noite, alternadamente, durante o mês de agosto de 2011. A equipe foi observada, considerando-se sua atuação na verificação da dor, em termos de local e intensidade, bem como as reações das crianças e as técnicas

aplicadas para o alívio álgico. Além disso, com base nas atitudes dos profissionais, foi analisada a importância atribuída pelos mesmos à dor.

Sempre que possível, procedimentos como curativos, desbridamentos, enxertos e sessões de fisioterapia foram acompanhados pela pesquisadora, buscando compreender o comportamento da criança, as ações do profissional e as sensações dolorosas e suas circunstâncias. Os dados observados foram registrados em um diário de campo, elaborado especificamente para essa etapa da pesquisa, os quais, posteriormente, foram cuidadosamente analisados e interpretados como subsídios para a discussão dos resultados. Os relatos das observações descritas durante a apresentação dos resultados foram identificados com a sigla “Obs” seguida de um algarismo arábico, conforme sequência cronológica em que ocorreram.

Concomitantemente à observação, foram verificados os prontuários de sete crianças internadas nesse período de 20 dias. A maioria dos prontuários foi analisada mais de uma vez (de uma a 12 vezes cada), totalizando 42 análises documentais. As informações neles coletadas seguiram um roteiro pré-estabelecido, conforme o objetivo deste estudo. Foram priorizadas as informações do período em que ocorria a observação juntamente com as coletadas nos dois períodos anteriores a este, ou seja, se a observação havia ocorrido a noite, eram coletados os dados deste turno, bem como os apontados na manhã e na tarde anteriores.

Foram coletados e analisados dados como: intensidade da dor, sinais vitais, relatórios, prescrições e evoluções de enfermagem, prescrições médicas referentes à analgesia e sedação, além da descrição de procedimentos cirúrgicos e de curativos quanto à medicação utilizada e às reações do paciente.

A interação entre entrevista, observação e análise de prontuário foi fundamental, pois possibilitou uma visão mais ampla sobre a dinâmica da população e do local estudados e diversificou as possibilidades de discussão frente ao significativo contingente de dados coletados. Assim, o concurso desses três instrumentos de pesquisa deu maior relevância aos resultados auferidos, conforme os objetivos propostos pela pesquisa qualitativa.

Os dados foram analisados com base no Método de Interpretação dos Sentidos, que se caracteriza pela compreensão de: palavras, ações, conjuntos de inter-relações, dentre outros, descritos a partir da análise interpretativa que envolve a sistematização cultural. Este tipo de análise permite que se avance para

além dos textos e que se aproxime, cada vez mais, da fase compreensiva e crítica que permeia a dimensão subjetiva de um determinado contexto⁸.

A Antropologia Interpretativa formulada por Geertz, vinculada à corrente etnográfica, foi utilizada como referencial teórico para nortear a discussão deste estudo. Tal referencial possibilita que se adentre e se compreenda o mundo desses profissionais por meio de seus próprios discursos, que revelam a estrutura da vivência humana, a singularidade de cada indivíduo e detalhes da vida e da cultura por ele experienciadas⁹.

Desta forma, os resultados e a discussão da pesquisa foram apresentados, após profunda análise e correlação dos dados coletados, com base nas seguintes categorias encontradas: a vivência da equipe de enfermagem quanto à dor da criança e a criança com dor em seus diferentes momentos de hospitalização. Todos os procedimentos ocorreram mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Parecer nº 010/2011, CAAE nº 0267.0.268.000-10.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com relação aos participantes deste estudo, dois eram do sexo masculino e 14 do feminino, tinham entre 27 e 51 anos de idade e de dois a quatro anos de atuação no setor, sendo que oito já tinham experiência anterior com crianças. Dois deles trabalharam por 12 anos em unidades pediátricas.

A vivência da equipe de enfermagem quanto à dor da criança

O comportamento infantil é culturalmente influenciado¹⁰. A forma como a criança expressa seus sentimentos e desejos, bem como, suas reações frente às adversidades impostas pelo processo de hospitalização, dentre elas, a dor, estão diretamente relacionadas ao ambiente em que vive e aos costumes a que está habituada^{1,11}.

O profissional também imprime um viés cultural às suas ações. A forma como este aborda o paciente e ameniza seu sofrimento foi identificada de diversas maneiras, durante o período de observação. Os próprios funcionários reconhecem que cada um tem sua maneira de interpretar e valorizar a dor do outro.

Um mesmo evento de queixa pode significar dor para um e simbolizar estresse e ansiedade para outro¹², o que, infelizmente, em algumas ocasiões, pode induzi-los à subvalorização das queixas álgicas de seus pacientes.

A crença de que nem sempre é verdadeira a dor que a criança refere foi um achado frequente durante as entrevistas. Comportamentos rotulados como manha, vício no sedativo e estratégias para chamar a atenção apareceram, diversas vezes, como nas falas a seguir:

[...] às vezes fazer aquela manha, por exemplo, aquele drama, chamar a atenção, medo de você sair de perto dela, então às vezes ela fala “ai estou com dor”, “estou com aquilo” (Anjinho).

[...] porque criança queimada ela fica muito assustada... Só que às vezes você chega perto e ela já chora, então tem que estar atento com isso, se é dor mesmo ou ela está assustada (Chico Bento).

Tais crenças não apenas dificultam a realização de uma assistência adequada e eficaz, como podem, também, condicionar a criança a um sofrimento desnecessário, que acarreta alterações sistêmicas importantes e pode provocar um retardo na recuperação e alta do paciente^{1,7}. As crenças embasam os significados dispensados às experiências de vida que cada ser humano enfrenta em momentos de morte, vida e sofrimento, e, em sua maioria, estão relacionadas a ideais religiosos⁵. O significado atribuído à dor pode ser interpretado positiva ou negativamente, no sentido de enfrentá-la ou aliviá-la, conforme as avaliações cognitivas e os compromissos de cada indivíduo, caracterizados por atitudes e valores impostos⁵.

Durante o primeiro dia de observação, enquanto uma criança se queixava de dor para a técnica de enfermagem e para a mãe, após a drenagem de um abscesso realizado no próprio leito da enfermaria, o médico responsável pelo procedimento, que passava em frente ao quarto no momento, verbalizou, como se pensasse em voz alta, que não poderia ser dor, mas apenas manha, pois ela ainda estava sob o efeito do analgésico. Como a mãe e a funcionária estavam com a atenção voltada para a criança, aparentemente, não ouviram o comentário. Sem ser atendida, minutos mais tarde, a paciente relatou dor novamente, e foi, então, medicada por via oral, sem que a intensidade da mesma fosse avaliada ou registrada em relatório (Obs 01).

Em crianças, a intensidade da dor percebida pode ser influenciada pelo medo⁴, o que não permite que se desqualifique seu incômodo e se evite a intervenção, já que mesmo as dores de origem psicológica são reais e merecem atenção¹. A resistência em acreditar na sensação álgica infantil ainda é percebida entre profissionais e predispõe o paciente a sofrimentos desnecessários e a um período de internação mais estressante. As lembranças da criança com relação à dor e sua cooperação nas atividades diárias estão diretamente ligadas às atitudes da equipe frente a essa experiência, no sentido de amenizar ou não seu sofrimento.

Outro ponto importante a ser discutido e que, infelizmente, persiste entre os profissionais de saúde, é a crença de que crianças menores ou bebês estão menos propensos a sentir dor, sintoma tão comum nos casos de queimadura, como se pode constatar a seguir:

*[...] criança um pouco maior de 8 ou 9 anos acho que sofre mais do que uma que tem menos idade, porque a que tem menos idade sente dor, mas você faz um remédio parece que ela aquieta (Pluto).
Ela [a criança] suporta mais que adulto (Mônica).*

Até pouco tempo, grande parte dos profissionais de saúde não acreditava que lactentes tinham sensibilidade a qualquer tipo de dor e usavam como justificativa a mielinização incompleta dos neurônios infantis e a possível ausência de memória de dor nas crianças. Essas crenças contribuem para o subdiagnóstico e, o que é pior, para a privação do tratamento adequado a que a criança tem direito^{1,4,13}. Atualmente, embora as considerações acerca da dor em crianças estejam mais avançadas e o conceito de que bebês sentem tanta dor quanto qualquer adulto seja mais aceito⁴, ainda há profissionais que não compreendem a dor na infância e que não entendem que a capacidade de expressar qualquer sensação álgica é singular nessa faixa etária e deve ser de conhecimento geral.

Além disso, observa-se ainda o subtratamento da dor em crianças hospitalizadas, principalmente, em situações em que ela é frequente, como nas queimaduras. Alguns profissionais acreditam que o paciente infantil se queixa de dor com o intuito de receber uma medicação que o fará dormir. Neste contexto, como avaliar a queixa de dor de um paciente?

Pela dificuldade em identificar a dor em crianças, o autorrelato é algo precioso, relevante e deve receber atenção instantânea⁴. Somente quem a sente sabe o quanto dói¹.

De fato, durante os dias de observação, foi possível presenciar situações em que a criança solicitava algum medicamento. Em um dos casos, curiosamente, o paciente, que se encontrava em situação de dor após ter sido submetido à analgesia administrada via oral e a curativo em pavilhão auricular, realizado no próprio leito pelo cirurgião plástico, requisitou à enfermeira, com intuito de aliviar sua sensação dolorosa, morfina, dizendo o nome, a dose, no caso 2 mg, e a via de aplicação. A droga e a dose correspondiam ao que estava prescrito e, quanto à via, ele queria que fosse aplicada diretamente na veia e não pelo reservatório. A medicação foi feita, mas diluída no equipo de soro (Obs 06).

Outra situação que ocorreu repetidas vezes, durante o tempo de acompanhamento no setor, foi a de uma criança de difícil relacionamento que, ao final da noite, solicitava um remédio que a ajudasse a dormir (Obs 09, 11, 13). Os dois casos são de crianças que sofreram queimaduras graves e em regiões corporais consideradas delicadas, que resultaram em um longo período de hospitalização, o que possibilita o conhecimento da rotina da assistência.

Esse conhecimento os familiariza com as medicações administradas, bem como, com seus efeitos no organismo. Na primeira situação descrita, a criança já diferenciava quais drogas e vias de administração eram mais eficazes para mitigar sua dor. Já na segunda, o efeito desejado era o de auxiliá-la a adormecer. Nesse caso, não há relação direta com a dor, mas é um dos motivos que induz alguns profissionais a desconfiarem das queixas álgicas e passam a entendê-las como tentativas de cair no sono mais rápido, como fuga da realidade.

Assim, além das observações, alguns relatos também mencionaram a solicitação de medicamentos pelas crianças, principalmente, de analgésicos e sedativos, durante a hospitalização. Não há distinção entre meninos e meninas e ocorre, prioritariamente, com crianças maiores, que já compreendem as ações medicamentosas em sua rotina de tratamento. O relato a seguir ilustra essa situação:

[...] nós percebemos que tem algumas crianças que gostam um pouco da medicação, principalmente do opióide quando é feito, então aí às vezes eles pedem “tia faz direto na veia”, aí nós não fazemos, mas isso é raro sabe, são crianças maiorzinhas já [...] nós não podemos ver se realmente a criança ficou dependente da medicação [...] (Minnie).

[...] é com relação à fuga. Às vezes eles querem fugir daquele momento, tem umas que querem dormir, “ah estou com muita dor” e você vê, daqui a pouco você passa ela está meio dormindo. Até dessa menina que eu estava cuidando plantão passado até você via que ela estava o tempo todo com sono, ela queria dormir, ela não estava com dor. Ela falava que estava com dor para gente poder fazer o remédio para ela dormir, meio que como usar como fuga daquele momento, deve ser, porque com os adultos acontece muito disso (Mickey).

[...] eles sabem até horário da morfina, que dilui muito para dar aquilo que eles querem ter (Pateta).

Realmente, os traumas térmicos são de difícil aceitação e compreensão, ainda mais para uma criança que fica confusa e até se sente culpada pelo ocorrido. As marcas físicas, os procedimentos diários, as dores e a distância do ambiente familiar são enfrentamentos que causam medo^{14,15}, pois fogem da imagem de mundo ideal que elas tinham.

O medo e o estresse são sentimentos comuns nas crianças e características fortemente presentes em situações que fogem do seu cotidiano e do seu círculo familiar^{14,15}, pois estas veem os pais como refúgios e seus fiéis protetores nas situações adversas. Sair desse meio seguro e confiável é assustador para a criança, situação que se traduz pelo choro, recolhimento ou silêncio. Assim, muitas vezes, por acreditar ser apenas medo e não dor, os profissionais podem, equivocadamente, propiciar um alívio inadequado.

Dizer que dor e estresse são sinônimos é uma afirmação errônea, embora a dor, em suas diferentes etiologias, possa se tornar um severo fator de estresse para a criança, principalmente, quando ocasionada repetidas vezes^{4,15}. O medo e o estresse provocados pelo processo de hospitalização são fortes potencializadores da experiência dolorosa¹, que pode ser amenizada pela compreensão e paciência da equipe e, principalmente, pela presença dos pais.

Em crianças, o medo pode contribuir para o aumento da intensidade da dor percebida⁴. Tal constatação não permite que se desqualifique a sensação algica e se evite a intervenção, já que mesmo as dores de origem psicológica são

reais e merecem a mesma atenção. Também o manejo inadequado da dor pode causar alteração no padrão de sono da criança¹.

Diante disso, aproveitar-se do sono como alternativa de fuga de todo estresse a que está submetida pode ser considerada uma atitude possível, que está longe de ser taxada como vício psicológico. A dependência física é consequência do uso prolongado dos opióides, em doses elevadas, sendo mais comum e passível de ocorrer em longos períodos de internação, principalmente em pacientes com dor crônica, de modo a provocar sintomas de tolerância e abstinência, ao contrário da dependência psíquica, que é pouco observada nesses casos¹⁶.

Portanto, é imprescindível que a equipe de enfermagem esteja capacitada para avaliar, adequada e criteriosamente, a queixa, bem como, para intervir de forma satisfatória, aliviando a dor e trabalhando seu comportamento^{4,17} diante das diferentes situações vivenciadas enquanto profissional da saúde em um setor de tratamento de queimados.

A criança com dor em seus diferentes momentos de hospitalização

Uma dor não tratada corretamente pode acarretar, além da irritabilidade e do estresse diário, alterações na aceitação alimentar¹. Em algumas entrevistas, a recusa de dieta foi citada como um dos sinais observados em caso de dor.

Para que a dor da criança não seja reconhecida de forma equivocada, é preciso selecionar recursos adequados aos níveis de desenvolvimento infantil. Esses métodos, como a avaliação dos sinais vitais e a utilização de escalas, geralmente simples, requerem treinamento da equipe e do paciente para que o resultado reflita o que ele de fato está vivendo.

Foi possível observar distintas formas de avaliação da dor nos pacientes pediátricos; algumas técnicas são culturalmente influenciadas e outras, determinadas pelas experiências profissionais anteriores, como se pode observar nos relatos a seguir:

Geralmente ela vai chorar, alguém vai me avisar, o acompanhante, a mãe, o pai vai avisar. Pelo gesto dela, pela aparência ali dá para ver. [...] pergunto [...] (Anjinho).

Muda, expressão da criança muda, a criança não quer comer, ela chora [...] (Pato Donald).

Eu vejo muito os sinais vitais da criança, elas ficam mais taquicárdicas, a frequência respiratória também aumenta, tem criança que fica com sudorese, tem criança que fala que está com dor (Cascão).

A melhor e mais confiável alternativa para se avaliar a dor em crianças, principalmente, quando estas ainda não conseguem se comunicar verbalmente, é a utilização de escalas, desde que específicas para o momento em que o paciente se encontra, para a faixa etária, para a maturidade neurológica e para o nível de consciência do mesmo, assim como, para a experiência do profissional^{4,11}. Além das escalas, outros aspectos devem ser considerados, já que também são fontes valiosas para auxiliar na identificação da dor, como o exame físico, relatos dos pais, sinais vitais, dentre outros¹.

No entanto, a insegurança em utilizar as escalas disponíveis no setor pode acarretar em identificação e quantificação incorretas da dor na criança e, conseqüentemente, em alívio inadequado^{5,7}. Tal fragilidade consta nos depoimentos a seguir:

[...] usamos aquela escala das faces, aqui tem, mas assim para falar bem a verdade é difícil mostramos para uma criança essa escala, apesar de ter, é algo que eu também ainda estou pensando em como podemos mudar isso, mas tem a escala, que na verdade é subutilizada [...] (Moranguinho).

Bom, a escala de dor só se ela tiver assim uma dor não muito intensa, porque senão é difícil, porque se ela está chorosa, irritada, se mostra figurinha para ela, que é a escalinha de dor, ela não quer saber, aí que ela grita mais mesmo e esperneia (Minnie).

As escalas disponíveis no setor estudado são as de Claro¹ (a partir de três anos de idade) e a Escala Linear Analógica Não Visual (ideal a partir dos 6 anos)¹. Além disso, mesmo em crianças com idade adequada, essas escalas, principalmente, a de Claro, são pouco aplicadas pelos sujeitos deste estudo, e a Escala Linear Analógica Não Visual, mais utilizada na unidade, destina-se a escolares e adolescentes⁵. Vale ressaltar que, quando o campo destinado à dor, na folha de registro da enfermagem, estava preenchido numericamente, não era especificada a escala utilizada. No período de observação, foram internadas

crianças com idades entre um e 11 anos, e os níveis de dor registrados iam de um a dez, o que leva a supor que a escala utilizada era a numérica, já que na de Claro o escore máximo é cinco.

Outro questionamento importante foi sobre a quantificação da dor em bebês, já que as escalas disponíveis na unidade não são apropriadas para essa faixa etária e, ainda assim, valores algícos foram registrados e os pacientes, medicados.

Durante o período de acompanhamento, foi possível presenciar uma conversa entre os funcionários sobre a dor infantil. Nessa conversa, um deles mencionou que é muito difícil lidar com esse aspecto, já que não é possível quantificar a dor na criança. Tal ideia corrobora os relatos dos entrevistados e confirma a dúvida sobre a identificação da dor em bebês.

(pergunto qual sua dificuldade) [...] o grau de dor, avaliar o tanto que ela está sentindo de dor, em uma criança menor, não dá para usar a escala numérica, não dá para usar a escala de faces (Moranguinho).

Além do autorrelato da dor e das alterações comportamentais, as medidas fisiológicas, como o acompanhamento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da sudorese, são opções complementares que auxiliam no reconhecimento dos níveis de dor^{1,5,11}.

Os profissionais relataram que utilizam os mais diversos recursos para quantificar a dor na criança e, conseqüentemente, optar pelo tratamento mais adequado. Cada um conhece sua limitação e/ou facilidade para identificar a intensidade da dor infantil e escolhe o método que mais condiz com sua experiência profissional e pessoal, o que é válido desde que o recurso utilizado tenha reconhecimento científico e indicação para a idade do paciente.

[...] começou a agitar um pouco mais, porque tem o choro, o choro é acompanhado de tudo igual eu te falei, mas se ela fica muito inquieta, então você vê que é uma intensidade de dor maior [...] porque se está com dor às vezes você não quer nem mexer[...] (Mickey).

É que na criança intubada não tem nem como perguntar a intensidade da dor, mas no bebezinho, recém-nascido, um ano, depende da intensidade do choro dela, da agitação dela, da criança (Anjinho).

Muitas vezes usamos aquela escala de dor, que é aquela que tem as caricaturas do Cebolinha, e pergunto, “me mostra qual que é a dor”, aí ela fala “aí é horrível, então é essa daqui, por que está horrível tia”. [...] Quando começamos a perceber que a criança está ficando muito taquicárdica, ou com sudorese, às vezes também ela chega a ficar com a bochecha bem vermelhinha, bem hiperemiada. Se a criança agitar muito, eu considero uma dor bastante intensa (Cascão).

Por outro lado, os sinais sistêmicos, como frequência cardíaca e respiratória, sudorese e agitação, apesar de estarem presentes, são indícios pouco precisos na identificação da dor, pois também caracterizam outras situações, como fome, frio, medo, desconforto e estresse^{1,4}. Além disso, os sinais vitais relacionados à dor são considerados de complexa avaliação. De acordo com os relatos dos participantes, ao observarem alterações dos parâmetros vitais imaginam que seja dor, mas de uma forma empírica. Além disso, tal método ainda é inconsistente, pois essas alterações podem persistir após o fim do estímulo doloroso⁴.

Ao se confrontar os sinais vitais registrados no prontuário com as informações referentes à dor ou à analgesia realizada, observou-se que nem sempre os dados eram compatíveis, pois, muitas vezes, os sinais estavam alterados sem que houvesse qualquer anotação relacionada à dor, o que confirma possíveis inconsistências dos sinais sistêmicos na sua determinação.

Outra dificuldade apontada pelos entrevistados foi a identificação da dor em bebês, pois os mesmos são incapazes de verbalizar a sensação e apresentam reações de fácil correlação com outros desconfortos, como sono, fome, calor, frio, fralda úmida. No setor, não há uma escala específica para lactentes e a disponível para crianças é possível de ser aplicada somente a partir de três anos. Desta forma, a avaliação da presença ou não da dor e sua intensidade é julgada, na maioria das vezes, pela força do choro.

Alguns relataram que fazem a avaliação pela face da criança, o que é correto e mais se aproxima do ideal, mas essa ação é realizada de maneira

assistemática, pois o setor não adota escala específica para essa faixa etária. Outros se baseiam no relato da mãe, que pode ser importante fonte de informação, mas inconsistente em termos de quantificação:

*O bebê temos que nos guiar muito pela mãe, porque ela o conhece muito mais do que a gente (Cascão).
[...] quando é menor, avaliamos pela face, ou pelos sinais, taquicardia, hipertensão, geralmente elas fazem muita hipertensão, agitação, vemos por esses parâmetros [...] (Magali).*

É cultural que o choro do bebê seja associado à sensação dolorosa, principalmente, em situações de cólicas, por exemplo. Como eles não conseguem expressar verbalmente seus incômodos cabe ao cuidador decifrá-los pelas expressões faciais, hábito que o profissional transfere para suas atividades assistenciais. Escalas como a *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) e a *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS), entre outras, porém, são os recursos mais indicados para a identificação da dor em neonatos e lactentes¹⁸.

Além disso, crianças pré-verbais ou incapazes de se comunicar verbalmente apresentam limitações em relação ao autorrelato e, dessa forma, a avaliação da dor pelos pais constitui uma fonte de informação positiva para o reconhecimento desta nessa população^{1,11}, o que muito auxilia a equipe, minimizando, assim, o tempo de desconforto do pequeno paciente. Inclusive, a criança, algumas vezes, por medo, nega o processo doloroso quando questionada pelo profissional, mas não o esconde dos pais¹.

Pesquisas e estudos experimentais detectaram sinais visíveis, caracterizados por expressões faciais, como contração das sobrancelhas e olhos, prega nasolabial e abertura oral, ou por movimentos corporais, que facilitam a identificação da dor nos recém-nascidos e bebês, de forma a desmistificar a ideia de que crianças pequenas não sentem dor devido à imaturidade cerebral^{1,4,7}. Tais estudos contribuem para que se evite o subdiagnóstico e o subtratamento da dor em bebês, já que é pela imaturidade do sistema nervoso e pelo sistema supressor da dor pouco desenvolvido que crianças mais novas podem sentir mais dor^{1,4}.

Com relação à criança em ventilação mecânica, os participantes afirmaram que costumam utilizar, como recurso na identificação da dor, principalmente, a alteração dos sinais vitais, a interferência no respirador e a agitação:

Bom, se ela estiver intubada geralmente ela fica agitada e também, ela expressa pela face (Mônica).

Verificamos os [...] sinais vitais, porque tem alterações, e [...] mesmo a criança estando intubada você percebe que ela chora, então já podemos imaginar que [...] ela deve estar com dor (Rosinha).

Às vezes é até mais fácil, porque conseguimos ver, vemos nos sinais, a frequência se altera, ela começa a interferir no respirador (Mickey).

Os pacientes em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que estão intubados e sob contínua sedação, podem ser considerados como um grande desafio para a equipe identificar a dor¹. As fontes mais utilizadas, nessas situações, são as reações comportamentais e as alterações sistêmicas, porém, ainda assim, estas são imprecisas, já que também podem ser influenciadas por medicamentos comumente usados em UTI¹:

Geralmente eu observo na criança qual medicação que ela recebeu antes. Se não foi alguma aminofilina, que vai dar taquicardia mesmo [...]. Para estar observando aquela situação, e nunca pegar um só sinal para avaliar a dor, tem que ter mais de um (Cascão).

Há escalas para avaliação da dor em UTI que podem auxiliar a equipe que vivencia o cuidado da criança em ventilação mecânica, como a *Comfort Behavior* (Comfort B), derivada da escala Comfort, que avalia sete variáveis comportamentais com pontuações de um a cinco em cada item. Esta escala pode ser utilizada com lactentes, crianças e adultos. A Escala de Avaliação de Atividade Motora (AAM) classifica o nível de sedação, levando em consideração o nível de consciência em resposta à dor, e nível de cooperação, e os divide em sete variáveis, que vão de zero a seis¹⁹.

As crianças, durante o processo de tratamento, são submetidas a diversos procedimentos considerados fortemente dolorosos, como balneoterapia, curativos, fisioterapia e etapas de enxertia^{1,7,14}. Nesse sentido, os profissionais fizeram aos seguintes relatos:

Tem criança que sente muita dor na hora que você vai trocar, às vezes ela tem uma evacuação na fralda ou uma diurese e encharcou a fralda, ou mesmo se molhou muito a cama, ou o próprio curativo, e na hora que você vai trocar e manipular, esta criança chora, então pensamos, vamos fazer o analgésico primeiro e depois trocar, porque se não cada um que chega para trocar, ela vai estar relacionando com a dor (Cascão).

Elas não costumam medicar na fisioterapia, mas quando elas veem que é um paciente meio pesado, que elas vão ter que trabalhar muito, elas já perguntam “tem alguma medicação para dor para fazer logo em seguida da fisioterapia?” ou “dá para fazer algum remédio pra dor porque eu vou ter que trabalhar meio pesado?” [...] (Tio Patinhas).

Os exercícios terapêuticos, a troca de curativos e o banho são intervenções necessárias para a reabilitação do paciente queimado, entretanto, essas ações, geralmente, desencadeiam alterações na sensação dolorosa, que passa de leve para intensa, o que dificulta a cooperação por parte do enfermo infantil⁷, que nem sempre compreende as ações nele realizadas.

Apesar da relutância de alguns pacientes, os autores salientam que tais procedimentos mantêm uma relação ambígua com a dor, pois, ainda que fortemente ligados a ela, também contribuem para seu alívio, já que, com os exercícios e mobilizações executados pela fisioterapia, é experimentada uma sensação de leveza, além de uma melhora no retorno venoso⁷. Porém, ainda que atuem como atenuadores da dor, os procedimentos diários com o paciente queimado devem receber atenção especial prévia, para evitar o sofrimento e obter a colaboração do mesmo, chegando a resultados mais satisfatórios e em menor tempo.

Houve um episódio em que a criança se queixava de muita dor enquanto eram realizados exercícios fisioterápicos, até que um funcionário da enfermagem interveio oferecendo analgésico e solicitando que fossem aguardados alguns minutos até que o mesmo fizesse efeito. Após a intervenção, os exercícios prosseguiram sem queixas (Obs 05).

Durante a manipulação do paciente, considerando-se todas as circunstâncias causadoras de dor, a analgesia deve ser adequada e agir antes, durante e após o procedimento, principalmente, nos casos menos dolorosos, que podem ser, facilmente, controlados administrando-se morfina até uma hora antes do cuidado⁵. Um dos estudos apresenta o *midazolam*, um dos sedativos mais comuns para uso pré-operatório, como estratégia eficaz para reduzir a angústia e a

ansiedade antes de procedimentos dolorosos, pois, devido ao rápido efeito, aumenta a cooperação da criança frente a essas situações²⁰.

Em todas as terapias, os pacientes receberam diversos medicamentos, sedativos ou analgésicos, com predominância da sedação. É importante ressaltar, porém, que, ao se administrar sedativos e analgésicos, antes de procedimentos considerados severamente dolorosos, é necessário que se conheça e se respeite o tempo de efeito da droga.

Durante a observação, presenciou-se uma situação em que um paciente pediátrico, enquanto estava na maca ao lado da mesa de balneoterapia, solicitou que esperassem o efeito da medicação, pois, na sessão anterior, o procedimento foi iniciado antes que isso ocorresse e ele sentiu muita dor (Obs 04).

Iniciar um procedimento doloroso sem analgesia e sedação adequadas faz com que a experiência desagradável seja, recorrentemente, recordada, o que aumenta o estresse e o medo antes do processo de terapia e gera pavor e rejeição à manipulação. Não é da cultura e tampouco comum, porém, as pessoas recorrerem à medicação como método preventivo de dor. Normalmente, espera-se que esta sensação cause algum incômodo ou, até mesmo, influencie nas atividades diárias para que o fármaco seja administrado.

Em relação à terapêutica medicamentosa, os analgésicos mais utilizados na unidade, de forma crescente, foram: morfina, cetamina e fentanil para balneoterapia. Para os casos de enxerto de pele, as drogas mais usadas foram: morfina, dipirona e fentanil. Na realização dos procedimentos, os pacientes infantis foram acompanhados por anestesistas que mantiveram a sedação e a analgesia, de forma constante, até o retorno ao quarto. Durante todo o período de observação, verificou-se que, após as intervenções, a criança, normalmente, se queixava de dor era medicada conforme prescrição médica. As medicações analgésicas mais comuns, nessas prescrições, foram: dipirona, tramadol, paracetamol e morfina.

Foi possível observar uma diversidade de recursos utilizados pela equipe para a promoção do alívio da dor da criança, fato que demonstrou, novamente, a influência cultural dos profissionais ou mesmo dos familiares. Os métodos citados vão desde ações mais objetivas, como a medicamentosa, até atitudes classificadas como afetivas, como a promoção do conforto, a interação e o entretenimento.

Segundo os relatos dos entrevistados, a medicação é, na maioria das vezes, a primeira ou, até mesmo, a única escolha de alívio, e esta segue uma ordem, do fármaco mais fraco para o mais potente. No período de observação, foi possível identificar que estratégias não farmacológicas foram pouco utilizadas, já que, quando a criança se queixava de dor, a primeira atitude era medicar. Segundo os profissionais:

[...] ela tem que ficar bem confortável, e nós temos que ter um cuidado muito grande com o ambiente, pois quando a criança está com frio ela vai sentir dor, e a hipotermia é ruim para a recuperação do queimado[...]. Canto, mudo de posição, procuro ver [...] se essa dor é realmente fisiológica (Cascão).

Aliviar a dor com a medicação primeiro. Tentar conversar, dar uma acalmadinha nela (Pernalonga).

Então, eu não sei se conta, tem a psicóloga, que ela vem aqui, faz uns trabalhos manuais com eles, e vemos que isso ajuda bastante (Moranguinho).

A terapêutica não deve se resumir somente a métodos medicamentosos. Utilizar estratégias não farmacológicas para alívio da dor em crianças pode acarretar resultados bastante positivos, sem o risco de efeitos adversos^{1, 21}. Até por uma questão cultural, porém, ao se deparar com um indivíduo com dor, principalmente, uma criança, a alternativa não medicamentosa não é a primeira escolha¹⁷. Dificilmente se vê um pai ou uma mãe recorrer a vídeos ou músicas logo de início, quando o filho sente dor. Distrações como leitura de historinhas, músicas, televisão, videogames e brinquedos, em geral, tendem a alterar o estado de estresse, de medo e de dor, pois propiciam uma sensação de relaxamento e calma¹. Entretanto, embora a equipe se preocupasse com a temperatura ambiente e com o conforto da criança, não foram presenciadas situações em que o profissional cantasse para as crianças, como diz o relato de Cascão. Aliás, as ações não farmacológicas observadas, além das mencionadas acima, foram ofertas de vídeos, televisão e encaminhamento à brinquedoteca, este último, muitas vezes, realizado pelo acompanhante.

O toque e a presença dos pais também são valiosos aliados quando o assunto é alívio da dor. Os pais são transmissores de segurança e proteção, pois oferecem carinho e conforto¹, principalmente, nos casos de procedimentos mais simples. Além disso, o fato de abraçar, acariciar e massagear é reconfortante e facilmente aceitável pelas crianças¹. Em neonatos, além dessas técnicas, pode-se

adotar ainda o método canguru²¹, muito utilizado em unidades de terapia intensiva para ganho de peso, mas com esse outro benefício aliado a ele. Em estudo sobre a dor nessas crianças, a sucção não nutritiva e o método canguru, entre outros, foram citados como técnicas possíveis na prevenção da dor em procedimentos mais simples²².

A participação de um profissional da psicologia na equipe de saúde eleva a qualidade do tratamento à criança hospitalizada, já que o mesmo adota condutas terapêuticas que, além de reduzir os níveis de estresse e contribuir para a recuperação do paciente, também podem orientar a equipe, a criança e sua família, de forma que estes adquiram hábitos minimizadores da dor durante o tratamento⁴.

Os analgésicos são, senão o principal, o mais forte aliado tanto na redução da sensação algica quanto na promoção de uma hospitalização menos traumática, e integram parte relevante no tratamento infantil⁷. As prescrições médicas dos pacientes do setor estudado tinham, no mínimo, um analgésico a ser administrado, dependendo das condições da criança, o que é bem positivo, porém, muitas vezes, tais medicações não estavam “de horário”, mas sim “se necessário”, provocando, em certos casos, um sentimento de insegurança, segundo a visão dos próprios entrevistados:

[...] quanto que você pode dar de medicação, se já não está dando bastante, porque às vezes está prescrito se necessário, não está prescrito de horário, e ela continua reclamando, e a equipe também às vezes tem medo, será que não vai ser demais, não vai acabar sedando ela, acaba rebaixando o nível de consciência dela, isso é para mim uma dificuldade [...] (Moranguinho).

A utilização de sedativos e opiáceos envolve inúmeras crenças, na equipe de enfermagem¹⁵, como o temor da depressão respiratória. De fato, alguns opióides, quando utilizados em doses inadequadas ou em pacientes com histórico de doenças respiratórias, procedimentos cirúrgicos e apneia do sono, podem comprometer o processo respiratório de forma alarmante⁵. Tal fato, em certos momentos, deixa de ser uma crença e passa a exigir uma avaliação criteriosa por parte da equipe.

Deixar uma medicação prescrita como “se necessário” incorre em risco para o paciente, já que se incumbe outro para avaliar sua administração, o que pode gerar dúvidas e decisões corretas ou incorretas e, em se tratando de

medicação, principalmente, as de alta potência, erros podem resultar em graves consequências.

Os registros de enfermagem, em geral, são de extrema importância, e devem incluir vários aspectos referentes à dor, como intensidade, local e método de avaliação, de forma que as intervenções possam ser estipuladas adequadamente e seus resultados averiguados. O registro é um valioso meio de comunicação e responsabilidade legal da enfermagem, pois indica a condição do paciente, as intercorrências do dia, bem como, o planejamento e a continuidade dos cuidados, devendo ser descrito com clareza e riqueza de detalhes¹.

No entanto, foi observado que as anotações eram, na maioria das vezes, ausentes ou continham dados inconsistentes. Em alguns casos, estavam registrados apenas a presença e o grau da dor (em um intervalo de zero a dez), mas sem menção a essa queixa em anotações ou evoluções de enfermagem. Outras vezes, havia o registro da dor, inclusive de grau elevado, mas nenhum analgésico checado, o que induz a pensar que o mesmo não foi administrado. Outras vezes, a medicação estava checada, mas nenhuma anotação a respeito foi efetuada.

Tais dados são semelhantes aos de outro estudo, realizado em três Unidades Pediátricas, sendo que uma delas era do mesmo hospital desta pesquisa¹², que faz uma reflexão sobre a inadequação da atuação da equipe de enfermagem no registro do manejo da dor pediátrica. Vale ressaltar que essas anotações, principalmente da enfermagem, favorecem a comunicação entre a equipe e que, quando não realizadas corretamente, implicam em sérias e indesejadas consequências para o paciente^{17,23}.

Na maioria das vezes, informações sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas (eram mais constantes as farmacológicas, checadas na prescrição médica) ou sobre a efetividade do cuidado não foram encontradas nos prontuários, embora os funcionários tenham informado, nas entrevistas, que usam tais medidas e reavaliavam os resultados.

Durante a realização das entrevistas e do período observacional, duas situações chamaram a atenção. Uma foi o relato de um profissional e a outra se constitui na conversa de um funcionário com a mãe de um paciente. Ambas compartilham da ideia de que a dor é algo inevitável e pode ser aceitável, pois visa à recuperação do paciente:

Ele te vê como causador de dor, por fazer banho, higiene [...] fisioterapia, que é muito importante [...] vai causar um pouco de dor, mas o tratamento é necessário para não ter sequela depois (Tio Patinhas).

Na conversa mencionada, o funcionário explicou, para acalmar a acompanhante, as etapas do curativo. Esclareceu que seu filho não sentiria dor durante o procedimento e retornaria sonolento para o quarto. Alertou para o fato de que o paciente seria medicado com analgésicos sempre que solicitado, mas que sentir um pouco de dor era inevitável (Obs 03).

Infelizmente, o que se percebe, nas situações descritas, é que a sensação de dor, principalmente no pós-operatório, é considerada uma situação natural pelos profissionais¹². Embora a literatura defenda, veementemente, o alívio da dor com todos os recursos possíveis e disponíveis, reconhece que nem sempre ela pode ser completamente eliminada, mas apenas minimizada¹. Esta é, portanto, uma meta que a equipe deve lutar para alcançar, já que a criança está em um ambiente com elevada disponibilidade de medicamentos.

Situações em que a dor da criança queimada é considerada algo comum ou aceitável podem ocorrer de formas mais graves e preocupantes. Em estudo recente realizado no Setor de Pediatria de um hospital localizado em Belém-PA, seis crianças, de 6 a 12 anos, vítimas de queimadura, tiveram suas reações descritas, enquanto eram submetidas a curativos sem sedação, assim, além da dor sentida, suas queixas álgicas eram ignoradas pela equipe²⁴.

Para os pacientes, a dor da lesão térmica é terrível e assustadora, mesmo com a administração de fármacos, fato que pode estar ligado a uma questão cultural dos membros da equipe, que subestimam e/ou adotam uma terapêutica inadequada²⁵.

Apesar dos desafios e das fragilidades percebidos nas entrevistas e observações, muitos profissionais apresentaram visões e atitudes positivas e relataram acreditar na dor como quinto sinal vital e na veracidade das queixas álgicas demonstradas pelas crianças:

A criança, acho que ela é mais verdadeira, se ela está com dor ela vai reclamar, ela não vai querer tomar o remédio por tomar[...] (Tio Patinhas).

Eu acho que a dor é um quinto sinal vital [...]. Já tem sido preconizado aqui no hospital, e assim, como quinto sinal nós temos que estar muito atentos, é algo muito essencial porque a dor ela vai repercutir em todo o sistema, em todo o organismo, em toda a hemodinâmica da criança (Moranguinho).

A crença de que uma criança realmente está com dor reflete, muitas vezes, a experiência vivenciada em casa, principalmente, quando se tem filhos. Assim, colocá-los na situação daquele paciente, torna o profissional mais sensível às queixas apresentadas pelos infantes hospitalizados, o que induz a uma melhor assistência¹².

Foram vários os episódios em que demonstraram paciência e carinho para com os enfermos em situação de dor e sofrimento, como a preocupação em mantê-los confortáveis, a maneira delicada de atendê-los e a tentativa de interação com os mesmos e sua família. Durante os procedimentos severamente traumáticos, as crianças estavam sempre cobertas por sedativos e analgésicos e, normalmente, ao retornarem, dava-se continuidade à analgesia.

Foi possível perceber também, o esforço da equipe em oferecer um atendimento de qualidade, embora tivesse que agir conforme a disponibilidade de materiais e funcionários, sem mencionar os imprevistos de última hora. Apesar de que, em muitos casos, há falta de profissionais, este fato não é justificativa aceitável diante das queixas algicas do paciente¹².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos neste estudo evidenciaram que os sujeitos do presente estudo ainda mantêm crenças negativas relacionadas ao processo doloroso na criança. Além de persistirem muitas fragilidades na avaliação da dor, as escalas são subutilizadas e nem sempre apropriadas para as faixas etárias dos pacientes avaliados e há o uso quase que exclusivo das medidas farmacológicas para o tratamento.

Os registros relacionados à dor da criança nem sempre são realizados de maneira adequada. É necessário enfatizar a importância desses registros para a assistência ao paciente, além de cobrar maior atenção e

responsabilidade nas atividades desenvolvidas pelos profissionais da saúde. Essa tarefa pode ser compartilhada entre a chefia de enfermagem e o setor de auditoria da instituição. Tal análise indica a necessidade de programas de educação continuada para a equipe e a adequação de escalas de acordo com as faixas etárias específicas e as peculiaridades dos pacientes, para que se possa aprimorar, ainda mais, o atendimento fornecido e minimizar ao máximo o sofrimento das crianças queimadas.

No caso da educação continuada, o enfermeiro precisa ter a atenção e o cuidado para que seu foco não seja direcionado apenas ao preparo técnico, baseado em um ensino vertical. Mas, também proporcionar um espaço de reflexão, para que a equipe tenha a possibilidade e abertura para compartilhar suas visões de mundo e expor suas crenças, de forma que suas dúvidas possam ser sanadas e suas opiniões discutidas. Assim, os profissionais poderão compreender as razões e a importância de se aplicar as ações orientadas.

Ficou evidente que os profissionais não querem que os pacientes sintam dor ou sofram, pois recorrem a medicações e oferecem atenção. Porém, o tempo quase lhes falta, devido à elevada quantidade de tarefas e cuidados exigidos pelo paciente queimado, principalmente, em situações de quadro clínico grave, admissões ou intercorrências, o que não lhes permite muitos momentos para brincar ou conversar com as crianças e seus familiares.

REFERÊNCIAS

1. Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari; 2007. 639p.
2. Guinsburg R, Cuenca MC (Documento Científico do Departamento de Neonatologia. Sociedade Brasileira de Pediatria). A linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2010.
3. Budó MLD, Nicolini D, Resta DG, Büttgenbender E, Pippi MC, Ressel LB. A cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. Rev Esc Enferm USP. 2007; 41(1):36-43.
4. Carvalho MMMJ et al. Dor: um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus; 1999. 340p.
5. Teixeira MJ, Braum Filho JL, Marquez JO, Yeng LT. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio; 2003. 840p.

6. Brasil. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente (BR). Resolução nº 41, 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1995 17 out; Seção I:163.
7. Lima EMLJ, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVFS. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu; 2008. 646p.
8. Minayo MCS, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108p.
9. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989. 213p.
10. Thomazine AM, Passos RS, Bay-Júnior OG, Collet N, Oliveira BRG. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. Cienc Cuid Saude. 2008;7(Supl. 1):145-152.
11. Correia LL, Linhares MBM. Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. J. Pediatr. 2008; 84(6): 477-486.
12. Tacla MTGM. Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006. 251 p. Doutorado em Enfermagem.
13. Grégoire M-C, Finley GA. "Doctor, I think my baby is in pain": the assessment of infants' pain by health professionals. J Pediatr. 2008; 84(1):6-8.
14. Bicho D, Pires A. Comportamento de mães de crianças hospitalizadas devido a queimaduras. Análise Psicológica. 2002; 1(XX): 115-129.
15. Carvalho WB, Troster EJT. Sedação e analgesia no pronto socorro. Jornal de Pediatria. 1999; 75(Supl. 2): S294-306.
16. Kahan M, Srivastava A, Wilson L, Gourlay D, Midmer D. Misuse of and dependence on opioids. Can Fam Physician. 2006; 52 (9): 1081-1087.
17. Stevens BJ et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. CMAJ. 2011; 183 (7): 403-410.
18. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. REME – Rev. Min. Enf. 2006; 10(2): 118-124.
19. Amoretti CF, Rodrigues GO, Carvalho PRA, Trotta EA. Validação de escalas de sedação em crianças submetidas à ventilação mecânica internadas em uma unidade de terapia intensiva pediátrica terciária. Rev Bras Ter Intensiva. 2008; 20(4): 325-330.
20. Walco GA; Goldschneider KR. Pain in children: a practical guide for primary care. Totowa (USA): Humana Press, 2008. 279 p.
21. Anand KJS, DPhil MBBS. Analgesia for skin-breaking procedures in newborns and children: What works best? CMAJ. 2008; 179 (1): 1-12.

22. American Academy of Pediatrics and Canadian Paediatric Society. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. 2006; 118 (5): 2231- 2241.
23. Tacla MTGM, Hayashida M, Lima RAG. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. *Rev Bras Enferm*. 2008; 61(3): 289-95.
24. Oliveira FPS, Ferreira EAP, Novaes VR, Lima JS. Análise do comportamento de crianças vítimas de queimaduras expostas a curativo sem sedação em enfermaria. *Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum*. 2009; 19(3): 369-382.
25. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2000; 8(3): 18-26.

*8.3 Artigo 3
Vivência da equipe de enfermagem
frente à hospitalização da criança
queimada*

VIVÊNCIA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE À HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA QUEIMADA*

THE EXPERIENCE OF THE NURSING TEAM TOWARDS THE HOSPITALIZATION OF A BURNED CHILD

VIVENCIA DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA FRENTE A LA HOSPITALIZACION DEL NIÑO QUEMADO

Nataly Tsumura I. Soares^I; Mauren T. G. Mendes Tacla^{II}

* Este artigo é parte da dissertação de mestrado intitulada “O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma Unidade de Queimados”, defendida em 11/06/2012, no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina.

^I Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. E-mail: natytsoares@hotmail.com.

^{II} Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem –Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, Brasil. Email: mtacla@sercomtel.com.br.

RESUMO:

Objetivo: O estudo buscou desvelar a vivência da equipe de enfermagem ao trabalhar com a criança queimada hospitalizada **Método:** Os dados foram coletados a partir da realização de uma entrevista semiestruturada aplicada a 16 funcionários da equipe de enfermagem de um Centro de Tratamentos de Queimados. A análise pautou-se no Método de Interpretação dos Sentidos. O referencial teórico utilizado para embasar a discussão do estudo foi a Antropologia interpretativa proposta por Geertz. **Resultados:** Os relatos demonstraram que o processo de internação em um setor de queimados é estressante tanto para a criança, quanto para sua família e para os profissionais, que sofrem, diariamente, com o envolvimento psicológico diante da história trágica do paciente que sofreu a queimadura e, conseqüentemente, da situação clínica em que ele se encontra. Essa circunstância propicia o desenvolvimento de empatia ente ambos, profissional/paciente. **Conclusão:** Com base nos dados levantados, ficou evidente a necessidade de se implantar programas de educação continuada em saúde para o preparo e atualização da equipe, além do desenvolvimento de ações preventivas para a diminuição dos índices de acidentes térmicos desta magnitude em nosso meio.

Palavras-chave: Criança. Unidades de queimados. Queimaduras. Equipe de enfermagem.

ABSTRACT:

Aim: this study aimed to unfold the experience of the nursing team while dealing with a hospitalized burned child. **Methods:** data was collected through semi-structured interviews with 16 people from the nursing team who worked in a Center for Burn Victims. Data was analyzed using Sense-based Interpretation Method. The theoretical reference used to discuss data was Geertz's Interpretive Anthropology. **Results:** Speeches demonstrated that the hospital admittance process in a Burn Victims unit is stressful to the child as well as to the family and professionals involved. Sometimes it makes it harder to deal with this situation due to daily psychological involvement, due to the patient's tragic history of being a burn victim, and consequently, due to the clinical condition of the patient, leading to a feeling of empathy toward this circumstance. **Conclusion:** it is evident there is the need to implement permanent education programs in health to prepare and update the health team and to design preventive actions in order to reduce thermic accidents of this magnitude.

Key words: Child. Burn units. Burns. Nursing team.

RESUMEN:

Objetivo: El estudio buscó mostrar la vivencia del equipo de enfermería al trabajar con el niño quemado hospitalizado **Método:** Los datos se obtuvieron a partir de una entrevistas semi estructurada aplicada a 16 funcionarios del equipo de enfermería que trabajan en un Centro de Tratamiento para Quemados , con el método de análisis basado en el Método de Interpretación de los Sentidos. Así como, la base teórica utilizada para apoyar la discusión del estudio fue la Antropología interpretativa propuesta por Geertz. **Resultados:** Los relatos demostraron que el proceso de hospitalización en un sector de quemados es estresante tanto para el niño, como para su familia y para los profesionales involucrados. Siendo muchas veces difícil la vivencia diaria al estar involucrados psicológicamente, delante de la

historia trágica del paciente que sufrió quemadura, y por la situación clínica en que él se encuentra, ambos reflexionando en el sentimiento de empatía que surge en esa circunstancia. **Conclusión:** De esta manera queda evidente, la necesidad de establecer programas de educación continuada en salud para la preparación y actualización del equipo y el desarrollo de acciones preventivas para disminuir las tasas de accidentes térmicos de esta magnitud en nuestro medio.

Palabras clave: Niño. Unidades de quemados. Quemaduras. Equipo de enfermería

INTRODUÇÃO

A ocorrência de acidentes na infância mantém uma forte correlação com o estilo de vida, os costumes da família, a rede social a que a criança pertence, as fases de crescimento e desenvolvimento infantil, além de outros fatores, como aspectos financeiros, culturais e educacionais¹.

No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde (MS)², as queimaduras, em suas variadas formas, são uma das principais causas de hospitalização de crianças, estando em 2º lugar entre os acidentes da infância e ocupando o 5º e 6º lugares nos casos de mortalidade em crianças até 4 anos e de 5 a 9 anos, respectivamente.

As queimaduras, consideradas um sério problema de saúde pública no Brasil³, constituem um atentado à integridade física e psicológica da vítima, pois a submetem a experiência potencialmente dolorosa e traumática, com grave envolvimento dos tecidos, órgãos e membros e, conseqüentemente, com o comprometimento da imagem corporal e da autoestima^{4,5}. Além disso, os familiares, e até mesmo os próprios profissionais envolvidos diretamente no cuidado de crianças vítimas de queimaduras, sofrem ao se depararem com tão comovente situação de dor e sofrimento.

O medo e a insegurança do desconhecido são transtornos que acompanham toda a trajetória da hospitalização infantil⁶, principalmente, no momento inicial. A presença e participação dos pais⁷ e a humanização do cuidado são elementos essenciais para amenizar a condição assustadora e angustiante do ambiente hospitalar.

A recuperação total é lenta e demanda uma série de procedimentos clínicos e cirúrgicos, principalmente, nos casos das queimaduras de 2º e 3º graus, mais extensas, que envolvem regiões corporais consideradas mais críticas ou as

chamadas áreas nobres, que são aquelas que refletem mal prognóstico, embutem elevado risco de sequelas e são inaptas para serem doadoras em casos de enxerto, como face e pescoço (principalmente olhos e vias aéreas superiores), locais de flexão, mãos, pés, couro cabeludo, mamas e genitália^{8,9}. Além disso, as queimaduras mais graves podem comprometer sistemas vitais como o cardiovascular, o imunológico, o nutricional, entre outros, o que reflete na evolução clínica, na resposta ao tratamento e na sobrevivência da criança⁸.

É neste contexto que este estudo buscou desvelar a vivência da equipe de enfermagem ao trabalhar com a criança hospitalizada vítima de queimadura.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O presente estudo, que se caracteriza como descritivo e exploratório com abordagem qualitativa, foi realizado em um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ) referência no norte do Paraná. Participaram do estudo 16 sujeitos alocados nos períodos da manhã, tarde, noite (par) e noite (ímpar), sendo 12 técnicos de enfermagem (três por turno) e quatro enfermeiros (um por turno). Vale ressaltar que auxiliares de enfermagem não são admitidos neste setor.

A escolha dos sujeitos foi aleatória, não havendo distinção de sexo ou idade, mas era imprescindível que fossem trabalhadores da área de enfermagem e que atuassem como funcionários do local de estudo. Não houve recusa em integrar a pesquisa.

Para a coleta de dados, foram realizadas e gravadas, entre 04 a 13 de junho de 2011, as entrevistas semiestruturadas, que ocorreram no próprio CTQ, ora em uma sala de reuniões ora na sala da enfermeira, conforme determinação do responsável pelo turno. A entrevista teve como base um formulário com seis questões sobre os dados de identificação pessoal e informações quanto à experiência profissional, além de seis questões abertas que questionaram o significado do cuidar de uma criança queimada, a compreensão do participante sobre dor na infância, suas atitudes em relação ao manejo da dor no paciente pediátrico e sugestões para auxiliar a equipe a lidar com a sensação algica infantil dentro do setor de queimados.

Os participantes foram identificados aleatoriamente por codinomes de personagens infantis, independente do gênero ou categoria profissional, a fim de preservar sua identidade pessoal, já que há poucos enfermeiros e profissionais do sexo masculino. Foi realizada a correção ortográfica e retirados os vícios de linguagem, com o objetivo de facilitar a leitura e a compreensão dos dados.

A análise dos dados foi realizada com base no Método de Interpretação dos Sentidos, que se caracteriza pela interpretação de palavras, ações, conjunto de inter-relações, dentre outros quesitos, descritos a partir da análise interpretativa que envolve a sistematização cultural, com o objetivo de avançar para além dos textos e se aproximar, cada vez mais, da fase compreensiva e crítica que permeia a dimensão subjetiva de um determinado contexto¹⁰.

A Antropologia Interpretativa, vinculada à corrente etnográfica formulada por Geertz, foi utilizada como referencial teórico para nortear a discussão deste estudo. Este referencial possibilita que se adentre e compreenda o mundo desses profissionais por meio de seus próprios discursos, pois a estrutura da vivência humana, a singularidade de cada indivíduo e detalhes da vida e da cultura experienciadas são fontes primordiais que caracterizam a Antropologia Interpretativa proposta por Geertz¹¹.

Desta forma, os resultados e a discussão da pesquisa foram apresentados, após profunda análise e correlação dos dados coletados, com base nas categorias encontradas: Os sentimentos que afloram na vivência do cuidado à criança queimada e as estratégias de enfrentamento no cuidado à criança queimada.

Todos os procedimentos ocorreram mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, Parecer nº 010/2011, CAAE nº 0267.0.268.000-10.

RESULTADOS

Dos participantes, dois eram do sexo masculino e 14 do feminino, tinham entre 27 e 51 anos de idade e de dois a quatro anos de atuação no setor pesquisado, sendo que oito já tinham experiência anterior com crianças. Dois deles trabalharam por 12 anos em unidades pediátricas.

Os sentimentos que afloram na vivência do cuidado à criança queimada

A questão cultural está diretamente envolvida com o processo de cuidar. Há profissionais que são mais emotivos e carinhosos, outros são mais racionais, conversam pouco, assim, cada um tem características específicas, vivências e crenças que influenciam suas ações de enfrentamento. As reações de cada criança também podem influenciar a forma como se emprega o cuidado. As mais calmas e cooperativas tendem a ser atendidas com maior paciência e atenção, ao contrário, as mais agressivas e pouco colaborativas em geral causam reclamações por parte dos funcionários.

Ao cuidar dos pequenos pacientes, muitos dos entrevistados relataram imaginar seus filhos naquela situação, o que, por um lado, lhes causava sofrimento, mas, por outro, os tornava mais dedicados e o seu cuidado, mais humanizado.

*Você imagina como se fosse seu filho, você tem que imaginar como se fosse seu filho, como cuidar de seu filho. “[...] eu, por exemplo, tenho duas crianças,[...], tudo que acontece aquele dia você fica preocupado com o seu filho” (Bela Adormecida).
[...] é questão que você fica imaginando você já pensou se fosse meu e se fosse meu, você queria ficar assim, então vamos para o lado humano também, não é só profissional (Cinderela).*

Em alguns momentos, o profissional disse colocar-se no lugar da mãe e/ou da família que vivencia a delicada situação de saúde, marcada por sofrimento e ansiedade constantes e pela dependência do apoio de desconhecidos, para os quais entrega os cuidados do filho, conforme o relato a seguir:

[...] eu me ponho no lugar da mãe, imagino a minha filha, então acho que o sofrimento para mim com a criança é maior [...] imagino minha filha no lugar, empatia, se por no lugar daquela mãe, por nosso filho no lugar daquela criança, é difícil, é difícil (Chapeuzinho Vermelho).

Segundo alguns profissionais, não só os membros da família, mas, em alguns casos, a própria criança demonstra culpa, pois acredita que tudo ocorreu por desobediência aos pais ou por peraltice com os amigos. Tal fato torna a situação ainda mais angustiante, pois, além de conviver com a dor dos ferimentos, a criança precisa lidar com a culpa de ser hospitalizada e ver os pais entristecidos:

[...] tem criança que fica extremamente ansiosa, porque ela se lembra muito da hora que aconteceu a queimadura, e muitas vezes é interessante, porque quando a criança se queima na peraltice dela, quando ela se lembra ela se sente culpada, ela pensa, “porque eu não obedeci a minha mãe”. Então ela sofre muito com isso (Rapunzel).

[...] a dor do sentimento, que sempre vem junto com os pais a culpa [...] a criança se sente culpada, ela sente a dor da lesão, mas ela ao mesmo tempo ela tem a dor da culpa, porque por menos que ela tenha culpa pelo que ocorreu, ela se sente culpada [...] (Cinderela).

Há ainda os que culpam os responsáveis pelos cuidados, o que interfere, negativamente, na realização de procedimentos e no convívio com a equipe:

[...] tem família que em vez de te ajudar, às vezes eles interferem até no seu trabalho, que às vezes você quer posicionar, alguma coisa, “ah, mas se você mexer ela vai sentir mais, não mexe, não quero que mexe”, [...] acho que a maior dificuldade, é até a família aceitar o tratamento, porque eles vêem que você provoca mais dor na criança, ele vê você como um inimigo, [...] às vezes a criança está chorando e a mãe não te deixa chegar perto [...] (Pequena Sereia).

Ao imergir no mundo cultural do paciente e de sua família, o profissional, além de estabelecer um sistema de comunicação e convívio, o que é fundamental para a eficiência do tratamento, cria um envolvimento emocional capaz de influenciar seu modo de agir e pensar.

[...] acabamos nos envolvendo com isso daí, porque queira ou não queira acabamos conhecendo a criança num todo, a vida familiar, a vida financeira [...] (Cinderela).

[...] nos compadecemos muito [...] cada criança é muito especial, porque [...] temos as crianças que vem aqui e deixam aquela marca [...] outro dia mesmo [...] peguei uma criança, [...] ele estava com dor, você via que ele estava gemendo, ele falava assim “tia muito obrigado viu” [...] você fica tão agradecida, porque você fala puxa vida, coitadinho, está morrendo de dor, está tudo queimado e tia muito obrigado [...] fico emocionada mesmo (participante chora) (Sininho).

No entanto, o convívio com o sofrimento alheio, principalmente quando envolve crianças, faz com que o cuidado se torne mais um desafio do que

uma motivação para alguns membros da equipe, como se pode constatar nos depoimentos a seguir.

[...] eu achei que para mim, que já tinha tido experiência de cuidar de criança antes, era mesmo uma questão de ter um treinamento para lembrar e eu não teria muita dificuldade, mas a questão não é um problema da técnica, mas para mim, cuidar de criança queimada, muitas vezes me traz um sofrimento muito grande [...] (Rapunzel).
[...] é muito difícil, é doloroso para quem sofre a dor e é doloroso para nós que cuidamos, pelo menos para mim que nunca tinha trabalhado com criança queimada (Sininho).

As estratégias de enfrentamento no cuidado à criança queimada

Um dos entrevistados relatou que, devido ao abalo emocional gerado pela hospitalização, especialmente no CTQ, o paciente infantil se torna vulnerável e frágil, mudando, inclusive, seu comportamento, de forma curiosa e regressiva:

*[...] a criança [...] vem muito sensibilizada [...] ficam muito mais carentes, aí elas requerem muito da equipe e você acaba se envolvendo muito. [...] ela fala da dor, ela fala das necessidades dela [...] porque ela já passou aquele período da UTI (Cinderela).
[...] percebemos até uma mudança de comportamento entre mães, pais e filhos [...]. Às vezes ela até regride. Uma vez veio uma criança de 4 a 5 anos veio falando como se fosse um bebezinho, sabe, ela quer usar fralda de novo, ela quer chupeta de novo [...] teve criança que não tinha o costume de ter a mãe o tempo todo, e de repente tem [...], porque a mãe se vê obrigada a ficar do lado dela, percebemos que é onde ela regride, para chamar a atenção também (Cinderela).*

Outra limitação é a dificuldade em estabelecer uma comunicação com a criança, pela pouca idade e, conseqüentemente, pela falta de domínio da fala, ou pela desconfiança e pelo medo que esta tem do desconhecido:

*É mais difícil [...] porque criança ela sente dor e às vezes [...] não fala, ela chora dependendo da idade, então é mais complicado para você ter assim acesso a criança mesmo, no começo ela fica muito distante de você, então é difícil você se comunicar com ela (Branca de Neve).
[...] temos muita dó dos outros pacientes e da criança um pouco a mais, porque eles são muito indefesos, alguns não falam [...]* (Peter Pan).

Essa dificuldade da criança se reflete na equipe, principalmente porque o processo de hospitalização de queimados envolve sofrimento e ansiedade constantes, pois estes são submetidos a cuidados dolorosos durante uma fase da vida em que sair da rotina é assustador e estressante. Alguns relatos evidenciam essa condição:

E criança ter que ficar internada, acamada, os pacientes queimados tem que ficar em repouso, enxerto, desbridamento, então imagina para uma criança que está em plena atividade, correndo, brincando o dia inteiro, ter que ficar a maior parte do tempo sem poder se movimentar, às vezes, ou brincar, por causa do curativo ou sedação (Pequena Sereia).

[...] não entende o que está acontecendo com ela, está fora do ambiente da casa dela, ambiente estranho com gente estranha [...] (Pocahontas).

Tem criança que sente muita dor na hora que você vai trocá-la, às vezes ela tem uma evacuação na fralda ou uma diurese e encharcou a fralda, ou mesmo se molhou muito a cama, ou o próprio curativo, e na hora que você vai trocar e manipular, esta criança chora (Rapunzel).

Olhar e se preocupar com a criança, um ser que tem um futuro pela frente, mas cuja imagem, marcada pelas sequelas, provavelmente influenciará seu caminho, suas decisões e suas amizades, não é sempre fácil para os profissionais que são elementos primordiais na assistência ao paciente pediátrico vítima de queimadura. Esta questão também pode influenciar a forma da criança ser e se ver como pessoa num mundo repleto de preconceitos e julgamentos:

[...] precisamos que se dê o máximo de cuidado [...] como vai tratar, porque temos que pensar que essa criança vai crescer e como ela vai ficar depois, como vamos devolver essa criança para a sociedade, para sua família [...] acho que às vezes acabamos tendo mais cuidado com uma criança, também pelo fato dela ser jovem, pensamos em como vai ser o futuro dela, então para mim significa você redobrar, triplicar os cuidados (Capitão Gancho).

Para os entrevistados, muitas vezes, a criança sabe que será alvo de chacotas entre os colegas, assim, procura se isolar e evitar o convívio com outras pessoas:

[...] o trauma que ela vai levar para a vida dela é muito grande, porque ela vai ficar com marcas, ela vai ficar com cicatrizes, então você se coloca no lugar. Já aconteceu de ter criança que saiu daqui dizendo que não ia voltar para a escola, porque os amiguinhos iam falar que ele virou gay porque ele estava rosa [...] (Chapeuzinho Vermelho).

É neste contexto que entra o cuidado humanizado, pois este, além de amenizar o sofrimento, se revela como oportunidade de aproximação e de conquista da confiança do pequeno paciente, como assinala um dos entrevistados:

[...] você cuida da criança, você passa a ter um carinho por aquela criança [...] em termos de humanização eu acho até melhor cuidar de criança do que adulto. (Por que?) Porque criança, a partir do momento que você ganha ela, tem um carinho com ela, com certeza ela vai gostar de você, sempre vai querer que você cuide dela (Bela Adormecida).

Atitudes de compaixão, porém, não beneficiam apenas as crianças, mas também os próprios profissionais. Para Bela Adormecida, o simples fato do profissional saber que o pequeno e receoso paciente confia nele e no seu trabalho já é motivo para que se sinta gratificado pelo esforço e dedicação destinados à recuperação do seu bem-estar.

Já Rapunzel foi além. Considera seu trabalho um misto de sofrimento e gratificação. Ao mesmo tempo em que é angustiante conviver com um pequeno paciente em situação lastimável, também é gratificante presenciar a forma admirável como a criança se recupera. Como se pode observar no relato a seguir, é importante para o profissional reconhecer que também contribuiu para um desfecho feliz, mesmo depois de uma difícil trajetória:

[...] você ter um carinho com uma criança, [...] vai ter uma confiança em você, então é gratificante, eu gosto de criança (Bela Adormecida).

[...] ao mesmo tempo em que é uma coisa que mexe muito comigo, que me causa até sofrimento, também é um trabalho que me gratifica muito. Porque a criança ela realmente marca muito a gente [...] você vê elas te chamando, e dizendo “tia, o doutor falou que eu vou embora”, tem aqueles que já conseguem escrever e deixam um bilhetinho e isso é muito gratificante. Quando acabamos aquele plantão cansado e falamos “nossa não vejo a hora de ver a minha cama”, mas você chega ali no ambulatório e eles dizem “oi tia você veio me ver!” (Rapunzel).

DISCUSSÃO

Em geral, pacientes que apresentam queixas constantes, gritam ou choram mais intensamente são considerados como exagerados e escandalosos pela equipe¹². Tal interpretação pode ter relação com aspectos culturais dos profissionais envolvidos, o que influencia sua avaliação diante das manifestações do ser cuidado¹².

Por outro lado, ao presenciar momentos de sofrimento da família e da criança, o profissional, imediatamente, lembra de seus filhos e demais familiares^{13,14}. A imagem de um ente querido numa situação semelhante, instintivamente, causa angústia e preocupação, pois, em hipótese alguma, se quer vê-lo vivenciando tamanho sofrimento. O sentimento de empatia que emerge, ao se vivenciar hipotética desventura, conduz a tomadas de decisões, por vezes, até mais cuidadosas.

Para os familiares que vivenciam a situação, porém, o enfrentamento é ainda muito mais difícil, em consequência do convívio com o sentimento de culpa que emerge ao presenciarem cada lágrima de dor e desespero do filho, devido ao fato da maioria dos acidentes ocorrerem em ambiente doméstico, sob a supervisão de um adulto^{3,15}, que, por um descuido, se depara com a criança em estado grave, com várias lesões e dores constantes, sendo submetida a procedimentos diários altamente traumáticos.

Como esses acidentes, na maioria das vezes, poderiam ser prevenidos, é comum o sentimento de culpa, mesmo que nem sempre este seja expresso claramente pelos envolvidos¹⁶. Porém, ainda que se sintam culpados e arrependidos, há certo conformismo e aceitação, como se o ocorrido fosse algo predestinado a acontecer¹⁷.

Para a maioria das famílias, pequenas quedas e leves escoriações fazem parte do cotidiano e do aprendizado da criança e não requerem maiores preocupações. Nos casos que envolvem comprometimento da integridade física ou forte sensação de perda, porém, surgem sinais de recriminação e angústia¹⁸, bastante comuns em situações de crianças vítimas de queimaduras.

Os sentimentos de culpa e vergonha vivenciados pelos pais ou responsáveis pelos menores aumentam o seu sofrimento não apenas porque consideram que contribuíram, inconscientemente, para a ocorrência do acidente,

mas também por se sentirem, culturalmente, fora dos padrões estabelecidos pela sociedade de modo geral¹⁹.

O período de internação da criança queimada é longo e intenso, dependendo do local e da área corporal atingida, o que implica em profundo conhecimento da história de vida, envolvimento emocional e apego aos pacientes, por parte dos profissionais.

Os mesmos, normalmente, envolvem-se com os familiares e com a situação da criança internada, pois desejam oferecer apoio e conforto, porém, muitas vezes, são responsabilizados por causarem dor e sofrimento ao infante durante os cuidados básicos prestados¹³, fato que gera desconforto, já que sua intenção é ajudar e auxiliar na recuperação do paciente.

Além das arguições sofridas pela equipe, períodos prolongados de internação, ansiedade e estresse provocados pela patologia e pelo cansaço físico também tendem a instigar desavenças entre familiares e profissionais, o que resulta em desgaste e acaba por interferir na qualidade da assistência prestada^{6, 20}.

Para desenvolver uma visão crítica positiva e de aceitabilidade diante de atitudes hostis dos acompanhantes, os profissionais devem conhecer o contexto cultural no qual a família está inserida. Entender seus costumes não só propicia o desenvolvimento de um elo de comunicação e conhecimento entre os indivíduos envolvidos, como facilita a compreensão e o convívio com as diferenças^{12,19}.

Para tanto, é necessário que o profissional busque conhecer as concepções do outro, não de uma maneira global, nem individual, ou seja, é preciso que conheça o indivíduo em seu mundo, em sua simplicidade, seu caráter, seu modo de ser, agir e interagir, com base nos aspectos físicos, psicológicos, sociais e culturais que compõem o ser e sua evolução genuína¹¹.

O conhecimento dos aspectos culturais dos grupos com que trabalha auxilia a equipe na elaboração de estratégias educativas e de orientação, assim como, na assimilação do familiar quanto ao que precisa ser exposto, o que facilita o processo de cura e prevenção e evita que este atue como juiz da situação^{4,19}.

Segundo estudo¹², para a equipe de enfermagem, que trabalha, diariamente, com pacientes queimados, cuidar da criança é muito mais difícil e estressante, principalmente, no momento dos procedimentos indispensáveis, como a troca de fralda e o curativo, devido ao alto grau de dor implicado nessas ocasiões.

Para os autores, tal situação pode resultar em sensação de limitação, pois as circunstâncias, dificilmente, se modificarão com o passar do tempo. No entanto, a equipe pode se apropriar e adotar alternativas que amenizem o sofrimento dos pacientes e, conseqüentemente, o seu¹².

Neste sentido, uma estratégia a ser implantada seria a equipe multidisciplinar, que inclui o terapeuta ocupacional e o psicólogo, para atender e acompanhar os profissionais com o objetivo de aliviar a tensão que os sobrecarrega diariamente. No entanto, a inserção de ambos os profissionais no setor estudado limita-se apenas ao atendimento às crianças e suas famílias, reservando pouca ou nenhuma atenção aos profissionais envolvidos no cuidado diário desses pacientes.

Por outro lado, mesmo com o acompanhamento de um psicólogo, o processo da hospitalização, muitas vezes, continua incompreensível para a criança, pois gera medo, inabilidade e induz a uma série de comportamentos e à instabilidade emocional, devido à alteração de seus hábitos e rotinas, que se agravam na ausência de algum familiar²¹.

O desenvolvimento infantil depende não só dos aspectos biológicos, também sofre influencia do meio ambiente, de modo que, para se adaptar poderá reagir de diversas maneiras. Enquanto em situação de doença, a criança hospitalizada é submetida a cuidados invasivos, como acesso venoso e curativo, que limitam seus movimentos para brincar, andar ou correr²². A adaptação fica mais difícil, quando a assistência prestada é realizada de forma impessoal, pouco considerando a fase de desenvolvimento em que a mesma se encontra²².

Essas situações exigem reflexões sobre as lacunas afetivas existentes na assistência ofertada à criança, que necessita de cuidados integrais, voltados também para questões emocionais e não unicamente para os padrões técnicos e biológicos, além de profissionais de enfermagem preparados para atender tais requisitos²⁰.

Uma das barreiras mais difíceis de ser ultrapassada é o primeiro contato e dele depende o estabelecimento de uma relação de confiança permanente. Muitas vezes, para dialogar com a criança, é preciso adentrar seu mundo imaginário de “faz-de-conta”²³, principalmente, por meio do brinquedo, método eficaz de comunicação e cooperação mútua⁴ que facilita a aproximação.

Infelizmente, na unidade em estudo essa prática não é adotada, tampouco há um profissional habilitado que faça uso do brinquedo com a criança.

Por ser um setor misto, com pacientes adultos e pediátricos, são poucos os funcionários especializados ou com alguma experiência na área infantil, o que inviabiliza uma assistência mais próxima, ou seja, uma assistência que tenha como base a compreensão mútua, profissional/paciente, em prol do cuidado mais integralizado.

As queimaduras, em suas formas mais agressivas, condicionam a criança, na maioria das vezes, a permanecer um longo período de tempo hospitalizada, afastando-a do convívio social e familiar, além de expô-la a um elevado sofrimento físico, caracterizado por dores intensas e procedimentos estressantes, realizados por pessoas desconhecidas num ambiente atípico⁶.

Além disso, ainda que a criança se recupere e sua pele seja reepitalizada, cicatrizes e contraturas importantes poderão alterar sua imagem corporal, por vezes, de forma permanente, o que resulta em possível e frequente “morte social”, com envolvimento de aspectos emocionais, sociais e financeiros danosos tanto para a família quanto para a sociedade¹⁵. A comunidade nem sempre está preparada para receber um indivíduo culturalmente julgado por sua aparência, já que foge dos padrões convencionais de beleza externa¹⁹.

As pessoas, normalmente, tendem a estabelecer critérios considerados normais, a fim de criar um elo propício de relação com o outro. Assim, quando um indivíduo se apresenta diferente do que deveria ser, este se torna menos desejável e passa a ser classificado como uma criatura defeituosa e inferior, o que se denomina estigma²⁴. Esse termo que surgiu na cultura grega, tem um sentido pejorativo e diz respeito a marcas físicas causadas por cortes ou fogo; na antiga Grécia, definia o *status* moral de um indivíduo, de acordo com a classe social em que estava inserido²⁴.

Desse modo, a pessoa estigmatizada se configura em um ser desacreditado, quando o fator desviante é aparente e esperado, ou desacreditável, quando as características patológicas não são perceptíveis ou conhecidas. Diante disso, o indivíduo pode se esforçar e tentar melhorar, usar o problema como desculpa para seus fracassos, ou se esconder, transformando-se, neste caso, em um ser deprimido, ansioso e hostil²⁴.

Existem três tipos de estigmas de acordo com o mesmo autor: a abominação do corpo, a culpa de caráter e os estigmas de raça, nação ou religião²³. No caso da criança queimada, as marcas permanentes em seu corpo representam o

atributo não esperado pelos outros, que podem desenvolver reações estigmatizantes, ou seja, isolá-la, ignorá-la ou difamá-la. Desse modo, na presença dos ditos normais, a criança pode se sentir insegura e exposta de forma desrespeitosa.

Em se tratando da criança, há outro aspecto a ser considerado, que é o fato do familiar estar sempre presente e acabar, assim, sendo vítima dos julgamentos instituídos pela sociedade, o que se denomina como estigma de cortesia²⁴. Por ainda estar no início da vida, a forma como a criança e sua família enfrentam os olhares e as atitudes maldosas dos demais irá definir as consequências para seu futuro.

Lidar com o julgamento do próximo é difícil e penoso para o infante e seus familiares, pois aquilo que é visível aos olhos dos outros é objeto de avaliação e seleção para o convívio pleno, o que obriga, muitas vezes, os penalizados a ficarem permanentemente dentro de suas casas, bem como, a mudarem seus hábitos de vida. Neste contexto, as famílias passam a esconder a criança devido à vergonha e ao medo¹⁹.

Cuidar faz parte da vida. A equipe de saúde, enquanto fonte de cuidado, busca amenizar o sofrimento do paciente por meio de um atendimento mais humanizado. Filosoficamente, há dois tipos de cuidado: o que se faz para o outro crescer; e o que ordena e dá sentido à vida. Este último é o que organiza os demais valores e se torna central, já que auxilia as pessoas a se situarem no mundo²⁵.

Para o profissional que cuida, presenciar o efeito da agressão à integridade física da criança, provocada pela queimadura, gera sofrimento e desconforto, além de preocupação e ansiedade perante a responsabilidade de aliviar essa dor e reconstruir sua imagem corporal e mental, mesmo diante das peculiaridades do tratamento. No entanto, esse sofrimento vivenciado pela equipe é substituído pelo sentimento de satisfação, quando, posteriormente, o profissional se depara com o resultado do seu empenho e dedicação, ao ver a criança recuperada e sorridente, retornando para casa¹³.

Muitas vezes, para tentar amenizar esse sofrimento, os profissionais podem ter atitudes passivas ou mesmo se alienar das queixas de seus pacientes, como forma de não presenciar situações que lhe causam estresse emocional, principalmente em um ambiente onde o vínculo com o paciente e seus familiares se torna inevitável pelo tempo de hospitalização e pelo sentimento de empatia criado²⁶.

O desfecho, porém, nem sempre é positivo, pois os índices de óbito de crianças vítimas de queimadura são elevados. Neste contexto, vale destacar que campanhas de caráter preventivo têm papel fundamental na diminuição da incidência destes acidentes³.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Perceber-se como “responsável” pelas dores de crianças durante os cuidados produz sentimentos angustiantes na equipe. Em contrapartida, há a percepção de papel cumprido e da satisfação ao presenciar a recuperação tão esperada, num processo onde todos se dedicaram. Ainda assim, é importante que sejam criados espaços para que os profissionais possam expor seus próprios sentimentos, como forma de aliviar a tensão gerada durante seu trabalho.

Para a criança queimada, o processo é ainda mais estressante, devido aos procedimentos, que são, em sua maioria, terrivelmente dolorosos, e às sequelas físicas e emocionais que o acompanham após a alta e dificultam sua ressocialização. Os profissionais ligados aos cuidados, principalmente os da enfermagem, são responsáveis pela integralidade da assistência e pela forma como esses pacientes retornarão para sua vida social. Além disso, devem estar envolvidos na disseminação de informações preventivas para reduzir os índices de crianças vítimas de queimadura.

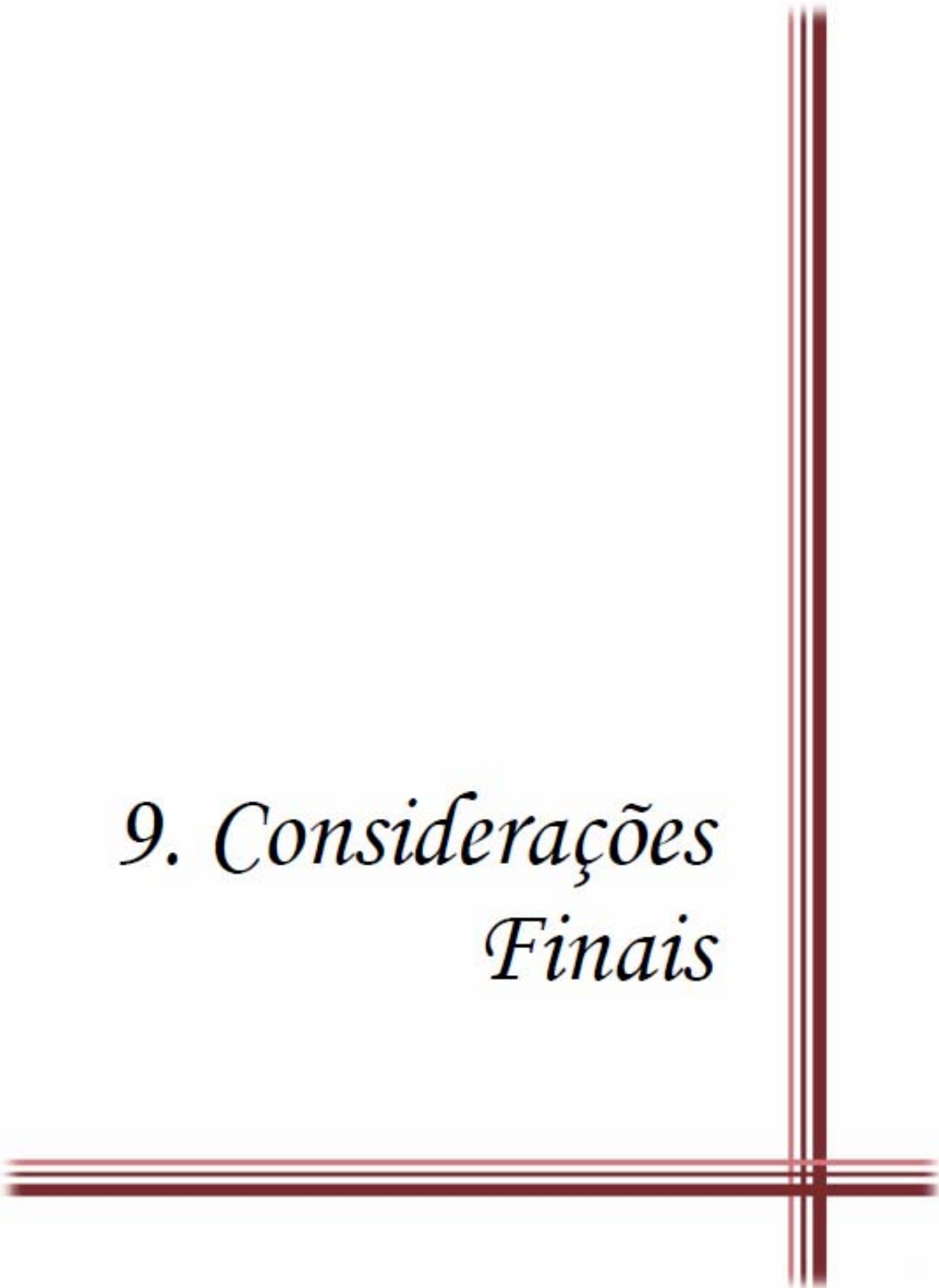
REFERENCIAS

1. Vendrusculo TM, Balieiro CRB, Echevarría-Guanilo ME, Farina Junior JA, Rossi LA. Burns in the domestic environment: characteristics and circumstances of accidents. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010; 18(3): 444-451.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>.
3. Takejima M, Netto FB, Toebe BL, Andretta MA, Prestes MA, Takaki JL. Prevenção de queimaduras: avaliação do conhecimento sobre prevenção de queimaduras em usuários das unidades de saúde de Curitiba. *Rev Bras Queimaduras*. 2011; 10(3):85-8.
4. Guerrero GZ. Reacciones emocionales de los niños hospitalizados con quemaduras, así como de sus familiares. *Rev. latinoam. psicopatol. Fundam*. 2008; 11(1): 29-38.

5. Spanholtz TA, Theodorou P, Amini P, Spilker G. Severe burn injuries: acute and long-term treatment. *Dtsch Arztebl Int.* 2009; 106(38): 607–13.
6. Gomes ILV, Caetano R, Jorge MSB. Compreensão das mães sobre a produção do cuidado pela equipe de saúde de um hospital infantil. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1): 84-90.
7. Grau C, Hawrylak MF. Familia y enfermedad crónica pediátrica. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010; 33 (2): 203-212.
8. Lima EMLJ, Novaes FN, Piccolo NS, Serra MCVFS. Tratado de queimaduras no paciente agudo. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2008. 646 p.
9. Schwartz RJ, Chirino CN, Sáenz SV, Rodríguez TV. Algunos aspectos del manejo del paciente quemado en un servicio de cirugía infantil: a propósito de 47 pacientes pediátricos. Ila. Parte. *Rev Argent Dermatol.* 2008; 89: 165-173.
10. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.
11. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 1989. 273 p.
12. Rossi LA, Camargo C, Santos CMNM, Barruffin RCP, Carvalho EC. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2000; 8(3): 18-26.
13. Trevisan EMBM. A dinâmica satisfação-sofrimento e a qualidade de vida no trabalho de uma equipe de saúde no atendimento à criança queimada. [Tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. 169 p. Doutorado em Engenharia de Produção.
14. Tacla MTGM. Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras. [Tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2006. 251 p. Doutorado em Enfermagem.
15. Viana FP, Resende SM, Tolêdo MC, Silva RC. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia – Goiás. *Rev. Eletr. Enf.* 2009; 11(4):779-84.
16. Rossi LA, Ferreira E, Costa ECFB, Bergamasco EC, Camargo C. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. *Revista Latino-americana de Enfermagem.* 2003; 11 (1): 36-42.
17. Souza LJEX, Barroso MGT. Acidente doméstico em crianças: abordagem conceitual. *Acta Paul Enferm.* 1999; 12(1): 70-7.
18. Souza LJEX, Rodrigues AKC, Barroso MGT. A família vivenciando o acidente doméstico: relato de uma experiência. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2000; 8(1):83-6.

19. Rossi LA. O processo de cuidar da pessoa que sofreu queimaduras: significado cultural atribuído por familiares. *Rev. esc. enferm. USP.* 2001; 35(4): 336-345.
20. Rossi C, Rodrigues B. The implications of the hospitalization for the child, his family and nursing team. A descriptive exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing.* 2007; 6(3).
21. Faquinello P, Collet N. Vínculo afetivo mãe/criança na unidade de alojamento conjunto pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm.* 2003; 24(3):294-304.
22. Bortolote GS, Brêtas JRS. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. *Rev. Esc. Enferm.* 2008; 42(3): 422-429.
23. Albano MAS, Correa I. Lectura de cuentos infantiles como estrategia de humanización en el cuidado del niño encamado en ambiente hospitalario. *Invest Educ Enferm.* 2011; 29(3): 370-380.
24. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4^o ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988. 124 p.
25. Gualda DMR; Hoga LAK. Pesquisa etnográfica em enfermagem. *Rev. Esc. Enf. USP.* 1997; 31 (3): 410-422.
26. Lopes, DMQ. Prazer, sofrimento e estratégias defensivas dos agentes comunitários de saúde no trabalho. [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2010. 110 p. Mestrado em Enfermagem.

9. Considerações Finais



Diante dos dados apresentados e em consonância com as discussões expostas, pode-se compreender o quanto o percurso da terapêutica de um paciente queimado é longo e difícil. Quando se trata de crianças, esse percurso traumático é suficiente para influenciar todo o processo de reabilitação.

Conhecer os percalços da hospitalização de crianças queimadas pela percepção de profissionais atuantes no tratamento, bem próximos da vivência diária dos pacientes, como a equipe de enfermagem, torna o olhar sobre as consequências da queimadura mais perspicaz e sensível.

O estudo demonstrou que a trajetória de uma criança queimada, desde a ocorrência do evento até sua recuperação e alta, inclui inúmeros procedimentos clínicos e cirúrgicos e cuidados diários intensamente dolorosos.

Constatou-se, também, que a equipe de enfermagem nem sempre se encontra preparada para identificar, mensurar e aliviar, adequadamente, tais sofrimentos. Segundo os entrevistados, existe uma gama de técnicas a que eles recorrem para detectar a presença de dor, como choro, alterações faciais, de comportamento e alguns sinais vitais, mas sem um critério ou roteiro que os oriente, ou seja, a avaliação é feita de maneira assistemática. Inclusive, na unidade, não há escalas específicas e direcionadas para cada faixa etária e para os diversos momentos da hospitalização, como, por exemplo, na unidade de terapia intensiva e sob forte influência sedativa.

Por outro lado, nem mesmo as escalas disponíveis são corretamente aplicadas ou mesmo utilizadas, já que os profissionais encontram dificuldade para inseri-las no seu dia-a-dia. Assim, além da necessidade de implantação de escalas apropriadas, é fundamental a capacitação da equipe, com atualizações constantes, de forma que essa prática se torne rotineira e a avaliação da dor, mais precisa e fidedigna.

Outro ponto importante discutido diz respeito às atitudes dos funcionários de enfermagem diante da criança com dor. Observou-se que diversas técnicas e atitudes são adotadas, desde o uso de analgésicos até a demonstração de carinho, para aliviar tal sensação. Alguns recorrem, primeiramente, à medicação, enquanto outros tentam a distração, sem um direcionamento correto que os oriente sobre como agir, o que pode expor o paciente ao risco de um maior tempo de sofrimento. Implantar programas de educação continuada em saúde com o objetivo de guiar a equipe parece o mais apropriado, pois estes poderão dirimir suas dúvidas

em relação aos momentos de dor dos pacientes e, assim, propiciar, de forma correta, o alívio algico.

Ainda que existam divergências quanto ao manejo da dor, o mais difícil foi constatar que alguns profissionais ainda mantêm crenças em relação à veracidade da sensação dolorosa expressa pela criança. Alguns verbalizaram que têm dúvidas quanto à origem da queixa, que pode ser fruto de manha, fuga da realidade, desejo de atenção ou dor de fato. O conhecimento evoluiu e, com ele, o conceito de que a dor é algo que acomete qualquer ser humano, cuja presença deve ser inquestionável quando relatada, independente de idade, sexo ou etnia. Portanto, é preciso esclarecer os equívocos sobre a dor que ainda persistem entre profissionais da área da saúde. Para isto, a implementação de momentos de reflexão podem ser importantes para que a equipe possa expor seus pontos de vista e crenças frente ao processo doloroso, de forma a discutir a visão sobre o assunto, sanar as dúvidas encontradas, levando em consideração os aspectos culturais de cada um, e assim proporcionar um momento em que todos participam e compreendam a importância do manejo correto da dor da criança.

Vale lembrar que o hospital e a unidade estudados adotam, há alguns anos, a dor como 5º sinal vital em sua rotina de cuidados. Tão logo essa prática foi implantada, houve treinamento de toda a equipe, o que sensibilizou muitos profissionais, inclusive aqueles lotados no centro de tratamento de queimados.

O problema maior, porém, não é a dúvida em relação à dor, porque todos tentam saná-la de alguma forma e são bem sucedidos na maioria das vezes. A questão é que nem sempre as atitudes tomadas são as mais adequadas para o paciente ou para a intensidade da dor. Novos funcionários foram contratados e outros migraram para o setor, fato que exige atualização de toda a equipe sobre o assunto, para que não haja mais equívocos ou insegurança quando surgirem queixas algicas.

O estudo evidenciou também, o quanto o sofrimento diante da queimadura é vivenciado pelas várias esferas envolvidas. Para os participantes, a criança, esfera principal, sofre por todos os aspectos já citados. A família, segundo eles, muitas vezes, expressa sentimentos de culpa e impotência frente à agonia do filho. A própria equipe se angústia ao se colocar no lugar dos pais e ao imaginar seus familiares na mesma situação, sentimento este agravado, em muitos

momentos, porque esta, por realizar os cuidados, sente-se parcialmente responsável pela dor do paciente.

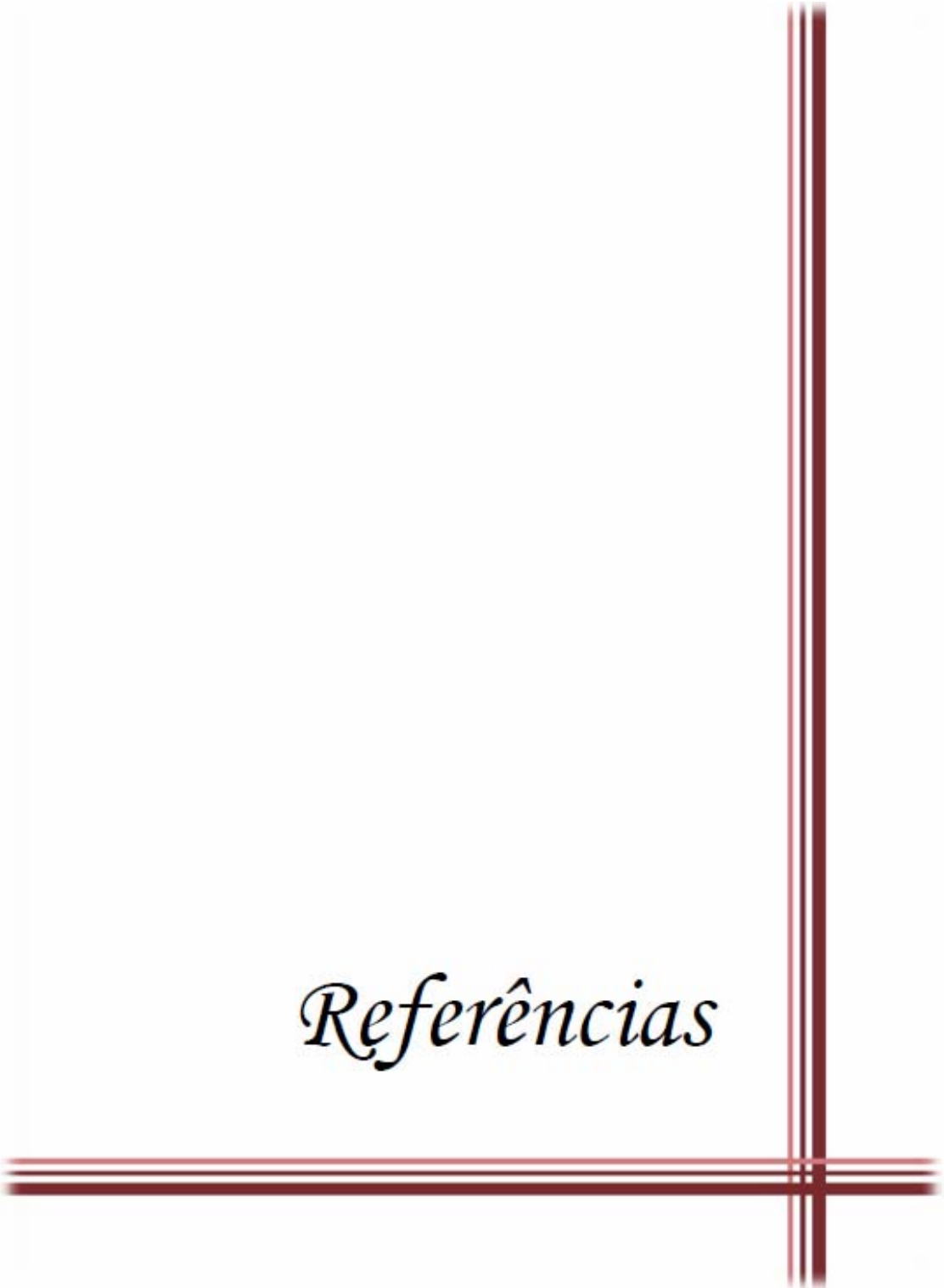
Todas essas aflições podem prejudicar a saúde mental dos envolvidos. Uma equipe de profissionais especializados, da área de psicologia e psiquiatria, seria uma grande aliada no desenvolvimento de um processo de hospitalização e reabilitação menos estressante e mais suportável.

No entanto, para que situações de estresse e sofrimento, como as causadas por queimaduras, sejam menos frequentes, programas de prevenção devem ser implementados, pois estes constituem importantes ações interventivas que, por si só, podem diminuir os níveis de ocorrência. A pesquisa demonstrou, corroborando outros autores, que a grande maioria dos acidentes térmicos ocorre em domicílio, na presença de um adulto e são certamente evitáveis.

Desse modo, é de fundamental importância que a sociedade reivindique, de forma mais incisiva, dos órgãos competentes, a adoção de estratégias voltadas para a educação em saúde destinadas à comunidade, no sentido de sensibilizar as famílias e as crianças em relação às causas e às consequências que acompanham os casos de queimaduras. Assim como, a divulgação de medidas a serem adotadas para se evitar que tragédias desse tipo façam parte de suas vidas.

Vale ressaltar que, apesar das fragilidades e limitações encontradas em seu trabalho diário, os profissionais do setor estudado se mostraram sensíveis ao tema e procuram, na maior parte das vezes, aliviar o sofrimento das crianças queimadas que se encontram sob seus cuidados.

Referências

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. It runs vertically down the right side of the page and horizontally across the bottom, forming a partial frame around the text.

ANGROSINO, M. Etnografia e observação participante. In: FLICK, U. (Org). **Coleção pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 238 p.

AZEVEDO, D. M.; SANTOS, J. J. S.; JUSTINO, M. A. R.; MIRANDA, F. A. N.; SIMPSON, C. A. O brincar enquanto instrumento terapêutico: opinião dos acompanhantes. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 10, n. 1, p. 137-144, 2008.

BARRET-NERÍN, J. P.; HERNDON, D. N. Initial management and resuscitation. In: BARRET-NERÍN, J. P. **Principles and practice of burn surgery**. 1. ed. New York: Marcel Dekker, 2005. p. 01-32.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde - DATASUS**. Mortalidade infantil. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em 30 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.432 de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p. 109-110, 13 ago. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.274 de 22 de novembro de 2000. Regulamenta a sistemática do tratamento de queimados em todo o país. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, seção 1, p. 67-71, 26 fev. 2001.

_____. Resolução nº 41, art. 7º, de 13 de outubro de 1995. Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la. **Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente**. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, Brasília, seção 1, p. 163-169, 17 out. 1995.

_____. Resolução nº. 196 de 1996. Diretrizes e normas regulamentares de pesquisa envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 1996.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, 2006.

CORREIA, L. L.; LINHARES, M. B. M. Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 6, p. 477-486, 2008.

DAMASCENO, A. K. C. **Epidemiologia da dor em crianças vítimas de queimaduras**. 2005. 150 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2005.

DAMASCENO, A. K. C.; ALMEIDA, P. C.; BARROSO, M. G. T. Pain in children with burns – epidemiology study. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, 2007. Acesso em 20 out. 2010.

DASSIE, L. T. D.; ALVES, E. O. N. M. Centro de tratamento de queimados: perfil epidemiológico de crianças internadas em um hospital escola. **Rev Bras Queimaduras**, v. 10, n. 1, p. 10-14, 2011.

DOWDEN S.; MCCARTHY M.; CHALKIADIS G. Achieving organizational change in pediatric pain management. **Pain Res Manag**, v. 13, n. 4, p. 321-326, 2008.

FONTES, K. B.; JAQUES, A. E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cienc Cuid Saude**, v. 6, suplement 2, p. 481-487, 2007.

FRANCK L.S.; BRUCE E. Putting pain assessment into practice: Why is it so painful? **Pain Res Manag**, v. 14, n. 1, p. 13-20, 2009.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.31, n.3, p. 410-422, 1997.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989. 273 p.

_____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 247p.

_____. **O saber local**. 8. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997. 366 p.

GIMENIZ-PASCHOAL, S. R. et al. Ação educativa sobre queimaduras infantis para familiares de crianças hospitalizadas. **Rev Paul Pediatr**, v. 25, n. 4, p. 331-336, 2007.

GLASER G., STRAUSS A. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. New York: Aldine de Gruyter, 1967. 271 p.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n.3, p. 20-29, 1995.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 79-108.

GOMES, R. et al. Organização, processamento, análise e interpretação dos dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Orgs). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 185-221.

GUIMARÃES, S. S. A dor na infância. In: CARVALHO, M. M. M. J. (Org). **Dor: um estudo multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: SUMMUS, 1999. p. 248-264.

HELOANI, R.; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 77-86, 2004.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **IASP pain terminology**. 1979. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>>. Acesso em 12 set. 2010.

_____. 2001. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>>. Acesso em 12 set. 2010.

JACCOUD, M; MAYER, R. Observação direta e a pesquisa qualitativa. In: POUPART, J. et al. **Pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 464 p.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Hospital Accreditation Standards**. 2006. Disponível em: <http://www.jointcommission.org>. Acesso em 26 nov. 2010.

LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari; 2007. 639p.

LEMOS, S.; MIGUEL, E. A. Caracterização do manejo da dor, realizado pela equipe de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 7, suplem. 1, p. 82-87, 2008.

LESSA FILHO, R. S.; MENEZES, M. P. S.; HORA, E. C. Epidemiologia do enxerto de pele ou transplante cutâneo. In: LIMA JÚNIOR, E. M. et al. (Org.) **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 451-457.

LIMA JÚNIOR, E. M. et al. (Org.) **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. 646 p.

LIMA, R. A. G; ROCHA, S. M. M; SCOCHI, C. G. S. Assistência à criança hospitalizada: reflexões acerca da participação dos pais. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 33-39, 1999.

LÜDKE, M; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. 1. ed. São Paulo: EPU, 2004. 99 p.

MAGNABOSCO, G.; TONELLI, A. L. N. F.; SOUZA, S. N. D. H. Abordagens no cuidado de enfermagem à criança hospitalizada submetida a procedimentos: uma revisão de literatura. **Cogitare Enferm**, v. 13, n. 1, p. 103-108, 2008.

MARCO, C. A. et al. Self-reported Pain Scores in the Emergency Department: Lack of Association with Vital Signs. **Acad. Emerg. Med.**, v. 13, n. 9, p. 974-979, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. In: _____. **Técnicas de pesquisa**. 7. ed. São-Paulo: Atlas, 2010. 282 p.

MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 3, p. 344-348, 2006.

MARTINS, C. B. G; ANDRADE, S. M. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p. 464-469, 2007.

MAYAN, M. J. **Una introducción a los métodos cualitativos: un módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales**. In: _____. México: s.n., 2001. 44 p.

- MELO, L. R.; PETTENGILL, M. A. M. Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.**, v. 10, n. 2, p. 97-102, 2010.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: HUCITEC, 2008. 269 p.
- MINAYO, M. C. S. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. **Salud colectiva**, Lanús, v. 6, n. 3, p. 251-261, 2010.
- MINAYO M. C. S; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 108 p.
- OLIVEIRA, F. P. S.; FERREIRA, E. A. P.; CARMONA, S. S. Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 1, p. 19-34, 2009.
- OLIVEIRA, F. P. S et al. Análise do comportamento de crianças vítimas de queimaduras expostas a curativo sem sedação em enfermaria. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 3, p. 369-382, 2009.
- PEDROSO, R. A. CELICH, K. L. S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2006.
- PERSEGONA, K. R.; ZAGONEL, I. P. S. A relação intersubjetiva entre o enfermeiro e a criança com dor na fase pós-operatória no ato de cuidar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 430-436, 2008
- PIMENTA, C. A. M.; PORTNOI, A. G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 159-173.
- PIRES A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART J. et al (Org.). **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p. 154-211.
- PRESTES, M. A; LOPES JÚNIOR, S. L. C. Gravidade da lesão e indicadores para internação hospitalar. In: LIMA JÚNIOR et al. (Org.). **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 49-56.
- RIBEIRO, F. Z.; FERRANTI, J. Intervenção fisioterapêutica na mão queimada por choque elétrico. 2005. 86 f. monografia (Graduação em fisioterapia) – Centro Universitário Clarentiano, Batatis, 2005.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.
- ROIG C. G. et al. Analgesia y sedación en procedimientos pediátricos. Parte 1: Aspectos generales, escalas de sedación y valoración del dolor. *Arch. Argent. Pediatr.*, v. 106, n. 5, p. 429-434, 2008.
- ROSSI, L. A. et al. A dor da queimadura: terrível para quem sente, estressante para quem cuida. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 8, n. 3, p. 18-26, 2000.

ROSSI, L. A. et al. Prevenção de queimaduras: percepção de pacientes e de seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 11, n. 1, p. 36-42, 2003.

ROSSI, L. A. et al. Queimaduras: características dos casos tratados em um hospital escola em Ribeirão Preto (SP), Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, Washington, v. 4, n. 6, p. 401-404, 1998.

SCHWARCZ, L. K. M. Mercadores do espanto: a prática antropológica na visão travessa de C. Geertz. **Rev. de Antropologia**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 321-324, 2001.

SERRA, M. C. V. F.; ARAÚJO, A. S. Tratamento inicial do grande queimado. In: LIMA JÚNIOR et al. (Org.) **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 87-98.

SERRA, M. C. V. F.; BASTOS, M. P. B. Alívio da dor na criança queimada. In: LIMA JÚNIOR et al. (Org.) **Tratado de queimaduras no paciente agudo**. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. p. 191-197.

SILVA, E. A. et al. Práticas e condutas que aliviam a dor e o sofrimento em crianças hospitalizadas. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 18, n. 2, p. 157-166, 2007.

SILVA, L. D. G.; TACLA, M. T. G. M.; ROSSETTO, E. G. Manejo da dor pós-operatória na visão dos pais da criança hospitalizada. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 14, n. 3, p. 519-526, 2010.

SOUZA, F. A. E. F.; MENDES, I. A. C.; SILVA, J. A. Atitudes de profissionais de enfermagem em relação ao paciente queimado: elaboração e teste de fidedignidade de um instrumento. **Rev. Latino-am. Enfermagem.**, v. 2, n. 1, p. 69-82, 1994.

TACLA, M. T. G. M.; HAYASHIDA, M.; LIMA, R. A. G. Registros sobre dor pós-operatória em crianças: uma análise retrospectiva de hospitais de Londrina, PR, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 289-295, 2008.

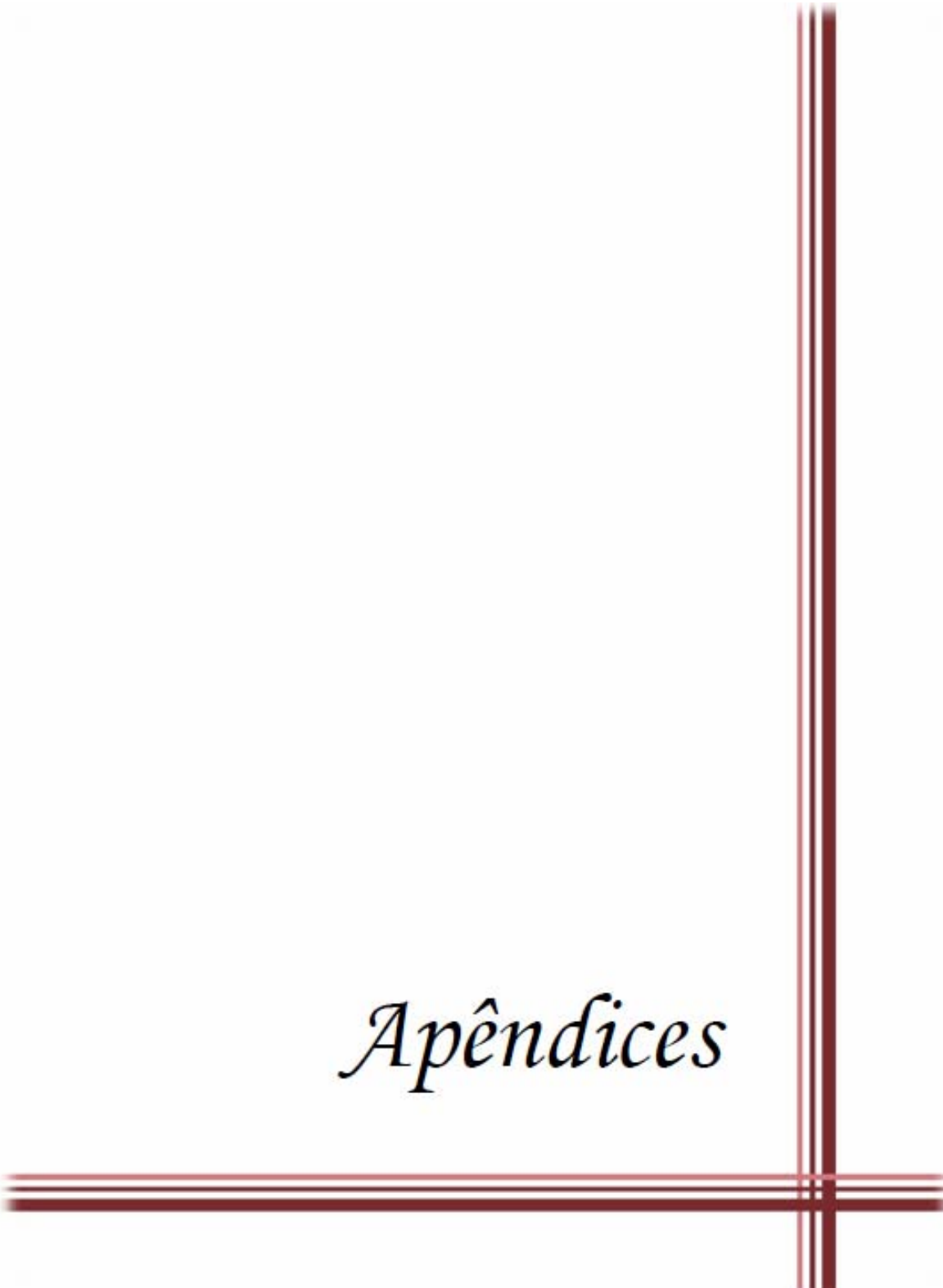
THOMAZINE, A. M. et al. Assistência de enfermagem à criança hospitalizada: um resgate histórico. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 145-152, 2008.

VIANNA, J. E. **Proposição de atributos e implementação de um módulo de banco de dados para prontuário eletrônico de pacientes vítimas de queimaduras**. 2008. 175 f. dissertação (Mestrado em Tecnologia da Saúde) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008.

WALCO, G. A.; GOLDSCHNEIDER, K. R. **Pain in children: a practical guide for primary care**. Totowa (USA): Humana Press, 2008. 279 p.

ZANNON, C. M. L. C. Desenvolvimento psicológico da criança: questões básicas relevantes à intervenção comportamental no ambiente hospitalar. **Psicol Teor Pesq.**, v. 7, n. 2, p. 119-136, 1991.

YAMAMOTO, D. M.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIERA, C. S.; COLLET, N. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. One line runs vertically along the right edge of the page, and another runs horizontally across the bottom edge. They intersect at the bottom right corner.

Apêndices

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO:

O manejo da dor da criança pela equipe de enfermagem em uma Unidade de Queimados

A queimadura é classificada como a lesão pediátrica mais dolorosa com períodos de internação prolongados e está presente desde a instalação do ferimento térmico até sua total recuperação, pois em todo o decorrer do tratamento diversas situações que provocam dor são instituídas, como a realização do curativo, do desbridamento, mudança de decúbito e fisioterapia. Assim sendo, gostaríamos de contar com a sua colaboração para a realização deste estudo que irá analisar a atuação da equipe de enfermagem com relação às suas crenças e o manejo da dor na criança queimada.

Para isso, contamos com a sua participação respondendo à entrevista realizada pelo próprio pesquisador. O formulário contém perguntas abertas e fechadas e processo deverá ter duração média de 10 a 20 minutos. Serão realizadas perguntas sobre seus dados pessoais, profissão e suas experiências com o manejo da dor na criança queimada. A entrevista será gravada para maior agilidade e a fita contendo a mesma será destruída e desprezada, a fim de garantir seu anonimato e segurança.

Em alguns momentos o pesquisador realizará ainda observações do seu processo de trabalho em relação ao manejo da dor da criança queimada que estiver internada no setor. Os dados coletados serão anotados em um diário de campo, e todas as informações serão desprezadas após o término do estudo.

Garantimos que as informações fornecidas e observadas serão consideradas estritamente confidenciais e serão divulgados apenas os resultados globais da pesquisa. Você não terá seu nome divulgado em nenhum momento, e não acarretará em qualquer problema para você no seu ambiente de trabalho. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem todos os critérios éticos que envolvem seres humanos contidos nas normas e procedimentos do Conselho Nacional de Saúde.

A sua participação não implicará em riscos previsíveis ou qualquer custo financeiro a você ou à Instituição. Você poderá retirar seu consentimento e, conseqüentemente, retirar-se da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo, e terá sua privacidade e confidencialidade dos dados preservada.

As informações prestadas são confidenciais e serão unicamente de uso para a pesquisa. As informações decorrentes do estudo deverão compor um relatório, bem como serão divulgados em eventos científicos e publicação em periódicos da área.

Eventuais dúvidas poderão ser esclarecidas com as pesquisadoras responsáveis pelo projeto abaixo identificadas e no Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UEL, no telefone (43) 3371-2490.

Este documento deverá ser assinado em duas vias, sendo uma das vias de propriedade do entrevistado e a outra, arquivada pelo pesquisador.

Direitos assegurados pelos pesquisadores, em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS):

1. A garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa. A liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar no estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo.
2. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada com a privacidade.
3. O compromisso de proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando.
4. Que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pela pesquisadora, ou por eventuais fontes de financiamento obtidas no decorrer da pesquisa.

Profa Dra Mauren Teresa G. Mendes Tacla
Orientadora
Docente do Departamento de Enfermagem
e-mail: mtacla@sercomtel.com.br
Telefones: 33712249/33215655

Nataly Tsumura Inocência Soares
Mestranda em Enfermagem
Universidade Estadual de Londrina
e-mail: natytsoares@hotmail.com
Telefone: 33045384/91079637

Eu..... portador(a) do R.G nº....., abaixo assinado, tendo recebido as informações acima, e ciente dos meus direitos de acordo com a resolução 196/96 do CNS, aceito participar da presente pesquisa e autorizo a publicação dos dados, por meio da garantia do sigilo e do anonimato.

Londrina, _____ de _____ de 2010

Assinatura do Participante da Pesquisa

APÊNDICE B

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Eu Nataly Tsumura Inocencio Soares, nacionalidade: brasileira, estado civil: solteira, enfermeira, inscrito(a) no CPF/ MF sob o nº 34513150840, abaixo firmado, assumo o compromisso de manter confidencialidade e sigilo sobre todas as informações técnicas e outras relacionadas ao projeto de pesquisa intitulado “O manejo da dor na criança pela equipe de enfermagem em uma unidade de queimados.”, a que tiver acesso nas dependências do Centro de Tratamento de Queimados do Hospital Universitário de Londrina.

Por este termo de confidencialidade e sigilo comprometo-me:

1. A não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso, para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para o uso de terceiros;
2. A não efetuar nenhuma gravação ou cópia da documentação confidencial a que tiver acesso;
3. A não apropriar-se para si ou para outrem de material confidencial e/ou sigiloso da tecnologia que venha a ser disponível;
4. A não repassar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-se por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por seu intermédio, e obrigando-se, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e / ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.

Neste Termo, as seguintes expressões serão assim definidas:

Informação Confidencial significará toda informação revelada através da apresentação da tecnologia, a respeito de, ou, associada com a Avaliação, sob a forma escrita, verbal ou por quaisquer outros meios.

Informação Confidencial inclui, mas não se limita, à informação relativa às operações, processos, planos ou intenções, informações sobre produção, instalações, equipamentos, segredos de negócio, segredo de fábrica, dados, habilidades especializadas, projetos, métodos e metodologia, fluxogramas, especializações, componentes, fórmulas, produtos, amostras, diagramas, desenhos de esquema industrial, patentes, oportunidades de mercado e questões relativas a negócios revelados da tecnologia supra mencionada.

Avaliação significará todas e quaisquer discussões, conversações ou negociações entre, ou com as partes, de alguma forma relacionada ou associada com a apresentação da tecnologia “O manejo da dor na criança pela equipe de enfermagem em uma unidade de queimados.”, acima mencionada.

A vigência da obrigação de confidencialidade e sigilo, assumida pela minha pessoa por meio deste termo, terá a validade enquanto a informação não for tornada de conhecimento público por qualquer outra pessoa, ou mediante autorização escrita, concedida à minha pessoa pelas partes interessadas neste termo.

Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Londrina, 18 de novembro de 2010.

Pesquisador(a) Responsável

APÊNDICE C
FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Nome/iniciais _____
2. Idade: _____
3. Cargo/função: () enfermeiro () técnico de enfermagem
4. Turno de trabalho: () manhã () tarde () noite
5. Tempo que exerce a função neste setor: _____
6. Já trabalhou com crianças anteriormente: () sim () não

Questões abertas

7. O que significa para você cuidar da criança queimada?
8. O que você entende por dor na criança?
9. Como você identifica a dor na criança queimada?
10. Qual sua atitude ao identificar a dor na criança?
11. Como você avalia se o método utilizado para aliviar a dor foi eficaz?
12. O que você acha que poderia ser feito para auxiliar a equipe na identificação e controle da dor na criança queimada?

APÊNDICE D
ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

UNIDADE DE TRATAMENTO DE QUEIMADOS
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Data: _____ turno: _____

A – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

1. Nome:
2. Unidade de internação:
3. Sexo: _____ Idade: _____
4. Tipo de queimadura:
5. Área corporal queimada:
6. Local:
7. Motivo:
8. Tempo de internação:
9. Respiração:
10. SSVV:

11. Acompanhada? _____ Por quem? _____

B – IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO:

1 Passagem de plantão

- 1.1 É passada alguma informação com relação à dor na criança durante a passagem de plantão?
- 1.2 Quais?
- 1.3 Por quem?
- 1.4 Observações:

2 Curativo

- 2.1 Tipo:

2.2 Sedação para curativo?

2.3 Analgesia para curativo?

2.4 Local de realização do curativo:

2.5 Reações da criança durante o curativo:

2.6 Necessária alguma intervenção para dor durante o curativo? Qual?

3 Procedimentos

2.7 Fisioterapia

2.7 Na troca de fralda sentiu dor? Sim () não () intervenção?

2.8 Na mudança de decúbito sentiu dor? Sim () não () intervenção?

2.9 Na punção venosa sentiu dor? Sim () não () intervenção?

2.10 A mãe intervém em algum momento com relação à dor? Qual?

2.11 Observações:

4 Medicações

3.1 Medicações prescritas para dor (nome, dose, horário, e via de administração):

3.6 Medicações realizadas e horário:

3.7 A criança pediu alguma medicação?

3.8 Qual? Está de horário? Qual?

3.9 Observações:

5 Identificação da dor

4.1 Verificação de dor: sim () não () frequência:

4.2 Quem verificou presença de dor: enf^o () técnico enf ()

4.3 Verifica intensidade de dor? Sim () não () Como? Frequencia:

4.4 Intensidade e horário da dor:

4.5 Quem verificou a intensidade de dor: enf^o () técnico enf ()

4.6 Realizada alguma intervenção? Sim() não () Qual?

4.7 Quem realizou a intervenção?

4.8 A mãe relata dor da criança em algum momento? Qual?

C – PRONTUÁRIO

1 Folha de registro de cuidados de enfermagem

1.1 Há registros de dor?

Quais?

2 Anotações de enfermagem

2.1 Há registros de dor?

Quais?

3 Evolução de enfermagem

3.1 Há registros de dor?

Quais?

4 Prescrição de enfermagem

4.1 Há prescrição relacionada à dor?

Qual (s)?

D – DEMAIS OBSERVAÇÕES

Anexos

A decorative border consisting of two parallel dark red lines. One line runs vertically down the right side of the page, and another runs horizontally across the bottom. They intersect at the bottom right corner.

ANEXO A
NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DA REVISTA BRASILEIRA DE
ENFERMAGEM (REBEN)

REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM (REBEN)

POLÍTICA EDITORIAL

A **Revista Brasileira de Enfermagem** (REBEn), órgão oficial de publicação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), tem, como público alvo, profissionais e estudantes de Enfermagem e da Saúde. Sua missão é divulgar a produção científica de diferentes áreas do saber que sejam do interesse da Enfermagem. Recebe a submissão de manuscritos nos idiomas português, inglês e espanhol. Além de seis números regulares por ano, podem ser publicados, eventualmente, números especiais, de acordo com avaliação da pertinência pela Comissão de Publicação ou Conselho Editorial da REBEn, e com a aprovação expressa da Diretoria da ABEn Nacional.

A REBEn adota os Requisitos Uniformes para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas (*Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*), do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (*International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), atualizados em abril de 2010. Esses requisitos, conhecidos como estilo *Vancouver*, estão disponíveis na URL <http://www.icmje.org/urm_main.html>.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à REBEn, não sendo permitida sua submissão simultânea a outro(s) periódico(s). Quando publicados, passam a ser propriedade da REBEn, sendo vedada a reprodução parcial ou total dos mesmos, em qualquer meio de divulgação, impresso ou eletrônico, sem a autorização prévia do(a) Editor(a) Científico(a) da Revista.

Em se tratando de pesquisa envolvendo seres humanos, e atendendo o disposto na Resolução CNS nº 196/1996, o(s) autor(es) deve(m) mencionar, no texto do manuscrito, o número do protocolo de aprovação do projeto, emitido por Comitê de ética reconhecido pela Comissão Nacional de ética em Pesquisa, Conselho Nacional de Saúde (CONEP-CNS), ou por órgão equivalente, quando tiver sido executada em outro país. Do mesmo modo, deve(m) mencionar no texto a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes da pesquisa.

A REBEn adota a exigência da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE) de registro prévio dos ensaios clínicos (estudos experimentais randomizados) em plataforma que atenda os critérios elaborados pelas duas organizações (OMS e ICMJE). O número do registro do ensaio clínico deverá constar em nota de rodapé, na Página de Identificação do manuscrito, aspecto a que se condiciona a publicação.

Conceitos, ideias ou opiniões emitidos nos manuscritos, bem como a procedência e exatidão das citações neles contidas, são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).

CATEGORIAS DOS MANUSCRITOS

Editorial: Texto opinativo sobre assunto de interesse para o momento histórico, com possível repercussão na prática profissional. Pode conter até **duas (2) páginas**, incluindo referências, quando houver.

Pesquisa: Divulgação de pesquisa original e inédita, cujos resultados corroboram conhecimento disponível na área, ou ampliam o conhecimento da Enfermagem e/ou da Saúde sobre o objeto da investigação. Estão incluídos nesta categoria os ensaios clínicos randomizados. Deve conter um máximo de **quinze (15) páginas**, incluindo resumos e referências.

Revisão: Estudo que reúne, de forma ordenada, resultados de pesquisas a respeito de um tema específico, auxiliando na explicação e compreensão de diferenças encontradas entre estudos primários que investigam a mesma questão, e aprofundando o conhecimento sobre o objeto da investigação. Utiliza métodos sistemáticos e critérios explícitos para identificar, selecionar e avaliar criticamente pesquisas relevantes, e para coletar e analisar dados dos estudos incluídos na revisão. Deve conter um máximo de **vinte (20) páginas**, incluindo resumos e referências.

Reflexão: Formulação discursiva aprofundada, focalizando conceito ou constructo teórico da Enfermagem ou de área afim; ou discussão sobre um tema específico, estabelecendo analogias, apresentando e analisando diferentes pontos de vista, teóricos e/ou práticos. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Relato de Experiência: Estudo em que se descreve uma situação da prática (ensino, assistência, pesquisa ou gestão/gerenciamento), as estratégias de

intervenção e a avaliação de sua eficácia, de interesse para a atuação profissional. Deve conter um máximo de **dez (10) páginas**, incluindo resumos e referências.

Eventualmente, poderão ser publicados ainda: **Entrevista (máximo de 3 páginas)** com personalidade da Enfermagem e/ou da Saúde; manuscrito de **Autor convidado (máximo de 15 páginas**, incluindo resumos e referências); **Carta ao Editor (1 página)**; e **Resenha** de obra contemporânea, avaliada como sendo de interesse do público alvo da REBEn (**máximo de 2 páginas**, incluindo referências, se houver).

PREPARO DOS MANUSCRITOS

Aspectos gerais

Os manuscritos de todas as categorias aceitas para submissão à REBEn deverão ser digitados em arquivo do *Microsoft Office Word*, com configuração obrigatória das páginas em papel A4 (210x297mm) e margens de 2 cm em todos os lados, fonte *Times New Roman* tamanho 12, espaçamento de 1,5 pt entre linhas. As páginas devem ser numeradas, consecutivamente, até às Referências. O uso de negrito deve se restringir ao título e subtítulos do manuscrito. O itálico será aplicado somente para destacar termos ou expressões relevantes para o objeto do estudo, ou trechos de depoimentos ou entrevistas. Nas citações de autores, *ipsis litteris*, com até três linhas, usar aspas e inseri-las na sequência normal do texto; naquelas com mais de três linhas, destacá-las em novo parágrafo, sem aspas, fonte *Times New Roman* tamanho 11, espaçamento simples entre linhas e recuo de 3 cm da margem esquerda.

As citações de autores no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, na ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado(5),]. Quando se tratar de citações sequenciais, os números serão separados por um traço [Exemplo: cuidado(1-5);]; quando intercaladas, separados por vírgula [Exemplo: cuidado(1,3,5).].

Não devem ser usadas abreviaturas no título e subtítulos do manuscrito. No texto, usar somente abreviações padronizadas. Na primeira citação, a abreviatura é apresentada entre parênteses, e os termos a que corresponde devem precedê-la.

As notas de rodapé deverão ser restritas ao mínimo indispensável, não sendo aceitas notas de fim nos manuscritos. As ilustrações (tabelas, quadros e figuras, fotografias, desenhos, gráficos, etc.), serão numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem em que forem inseridas no texto, não podendo ultrapassar o número de cinco (5). O(s) autor(es) do manuscrito submetido à REBEn deve(m) providenciar a autorização, por escrito, para uso de ilustrações extraídas de trabalhos previamente publicados.

Estrutura do texto

é recomendável que os artigos de **Pesquisa** e de **Revisão** sigam a estrutura convencional: Introdução, Revisão da Literatura, Método, Resultados, Discussão e Conclusões, sendo necessário, às vezes, incluir subtítulos em alguma(s) dessas seções. Os manuscritos de outras categorias podem seguir estrutura diferente.

Página de identificação

é a primeira página do manuscrito e deverá conter, na ordem apresentada, os seguintes dados: título do artigo (**máximo de 15 palavras**) nos três idiomas (português, inglês e espanhol); nome do(s) autor(es), indicando, em nota de rodapé, título(s) universitário(s), cargo e função ocupados, Instituição a que pertence(m) e à qual o trabalho deve ser atribuído, e endereço eletrônico para troca de correspondência. Se o manuscrito estiver baseado em tese de doutorado, dissertação de mestrado ou monografia de especialização ou de conclusão de curso de graduação, indicar, em nota de rodapé, a autoria, título, categoria (tese de doutorado, etc.), cidade, instituição a que foi apresentada, e ano.

Resumo e Descritores

O resumo e os descritores iniciam uma nova página. Independente da categoria do manuscrito, o Resumo deverá conter, no **máximo, 150 palavras**. Deve ser escrito com clareza e objetividade, o que, certamente, contribuirá para o interesse do público alvo na leitura do inteiro teor do manuscrito. No resumo deverão estar descritos o objetivo, a metodologia, os principais resultados e as conclusões, bem

como os aspectos novos e mais importantes do estudo. O Resumo em português deverá estar acompanhado das versões em inglês (Abstract) e espanhol (Resumen). Logo abaixo de cada resumo, incluir, respectivamente, três (3) a cinco (5) descritores, *key words* e *palabras clave*. Recomenda-se que o(s) autor(es) do manuscrito confirme(m), na página eletrônica da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), se os descritores que selecionou(aram) estão incluídos entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS* (<http://decs.bvs.br>).

Corpo do texto

O corpo do texto inicia nova página, em que não devem constar o título do manuscrito ou o nome do(s) autor(es). O corpo do texto é contínuo. A REBEn não utiliza o sistema de numeração progressiva das diferentes seções que compõem o corpo do texto do manuscrito.

Agradecimentos

Os agradecimentos, quando houver, devem ser colocados antes da lista de referências. O(s) autor(es) deve(m) explicitar, além do(s) nome(s) da(s) pessoa(s), a razão para os agradecimentos. é recomendável que a(s) pessoa(s) seja(m) informada(s) dos agradecimentos que estão sendo feitos a ela(s), e que se obtenha a concordância para inclusão de seu nome nessa seção do manuscrito.

Referências

O número de referências no manuscrito deve ser **limitado a vinte (20)**, exceto nos artigos de Revisão. As referências, apresentadas no final do trabalho, devem ser numeradas, consecutivamente, de acordo com a ordem em que foram incluídas no texto; e elaboradas de acordo com o estilo *Vancouver*. Exemplos de referências nesse estilo, elaborados e atualizados pela Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos (*U.S. National Library of Medicine NLM*), podem ser obtidos na URL <http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html>.

Processo de submissão e avaliação de manuscritos

A REBEn adota o sistema eletrônico de submissão e gerenciamento do processo de editoração. Os manuscritos são submetidos por meio da URL <<http://www.scielo.br/reben/>>, acessando-se o link *Submissão Online*. Ao submeter o manuscrito, o autor responsável pela submissão deverá firmar eletronicamente, em seu nome e, quando houver, no dos coautores, que o manuscrito não está sendo submetido paralelamente a outro periódico e que, caso seja aceito, concorda com a transferência de direitos autorais para a REBEn. Este procedimento elimina a necessidade do envio de cartas de Responsabilidade de Autoria e de Transferência de Direitos Autorais.

A confiança na Comissão de Publicação e no Conselho Editorial, e a credibilidade dos artigos publicados na REBEn dependem, em parte, do modo como possíveis conflitos de interesse são administrados durante os processos de elaboração e submissão do manuscrito, de revisão por pares e de decisão editorial. Há conflito de interesse quando o(s) autor(es) e/ou a Instituição a que pertence(m), o avaliador ou o editor mantêm relações financeiras ou pessoais que influenciam de forma inadequada suas ações. Essas relações são também conhecidas como duplo compromisso, interesses concorrentes ou lealdades concorrentes, e podem ser mínimas, insignificantes, ou com potencial expressivo para influenciar as ações individuais ou grupais.

A REBEn, buscando evitar que conflitos de interesse possam afetar a confiança pública em seu processo de editoração, exige que o(s) autor(es), ao submeter um manuscrito, em qualquer das categorias aceitas para publicação, indique(m) se há, ou não, conflitos de interesse que possam ter influenciado, de forma inadequada, suas ações. O(a) Editor(a) Científico(a) e os Editores Associados da REBEn evitarão indicar revisores externos que possam ter algum conflito de interesse com o(s) autor(es) do manuscrito, a exemplo daqueles que trabalham no mesmo Departamento ou Instituição do(s) autor(es). Por seu turno, os revisores externos, estando cômicos de relações financeiras ou pessoais que possam influir sobre suas opiniões sobre o manuscrito, devem abster-se de avaliar aqueles em que haja conflito de interesse evidente.

Para iniciar o processo de submissão o autor responsável pela submissão deverá cadastrar-se previamente no sistema como autor. O sistema é autoexplicativo e, ao

concluir o processo, será gerada uma ID para o manuscrito, com código alfanumérico (Exemplo: REBEN-0001). O autor responsável pela submissão, e todos os coautores, quando for o caso, receberão uma mensagem confirmando a submissão e a ID do manuscrito, para que possam acompanhar sua tramitação nas etapas do processo editorial.

Inicialmente, avalia-se o atendimento às normas para preparação de manuscritos; a inclusão do número do registro do ensaio clínico, quando for o caso, em nota de rodapé; o atendimento ao estilo Vancouver na elaboração da lista de referências; a clareza e objetividade do resumo; a inclusão dos descritores entre os *Descritores em Ciências da Saúde - DeCS*; e o potencial do manuscrito para publicação e possível interesse dos leitores.

Quando algum destes aspectos não for considerado satisfatório, o manuscrito é rejeitado, sendo automaticamente arquivado no sistema. Quando avaliado positivamente, o manuscrito é encaminhado para análise por pares (*peer review*), adotando-se a avaliação duplo-cega (*double blind review*), com que se busca garantir o anonimato do(s) autor(es) e dos avaliadores. Os pareceres emitidos pelos avaliadores podem considerar o manuscrito *aceito*, *rejeitado* ou, ainda, que *requer revisões*, seja de forma ou de conteúdo. Os pareceres emitidos pelos avaliadores são apreciados pelo(a) Editor(a) Científico(a), e um parecer final é, então, enviado para o(s) autor(es).

Todos os autores de manuscritos ACEITOS devem ser assinantes da REBEn, condição *sine qua non* para a publicação.

ANEXO B

Normas para publicação de trabalhos da revista mineira de enfermagem (reme)

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM (REME)

1 SOBRE A MISSÃO DA REME

A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Faculdades, Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz; Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí; Fundação de Ensino Superior de Passos; Centro Universitário do Leste de Minas Gerais; Faculdade de Enfermagem da UFJF- Universidade Federal de Juiz de Fora. Possui periodicidade trimestral e tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo a educação, a pesquisa e a atenção à saúde.

2 SOBRE AS SEÇÕES DA REME

Cada fascículo, editado trimestralmente, terá a seguinte estrutura:

Editorial: refere-se a temas de relevância do contexto científico, acadêmico e político-social;

Pesquisas: incluem artigos com abordagem metodológicas qualitativas e quantitativas, originais e inéditas que contribuem para a construção do conhecimento em enfermagem e áreas correlatas;

Revisão Teórica: avaliações críticas e ordenadas da literatura em relação a temas de importância para a enfermagem e áreas correlatas;

Relatos de Experiência: descrições de intervenções e experiências abrangendo a atenção em saúde e educação;

Artigos Reflexivos: são textos de especial relevância que trazem contribuições ao pensamento em Enfermagem e Saúde;

Normas de publicação: são as instruções aos autores referentes a apresentação física dos manuscritos, nos idiomas: português, inglês e espanhol.

3 SOBRE O JULGAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos recebidos serão analisados pelo Conselho Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos. O processo de revisão –peer review – consta das etapas a seguir, nas quais os manuscritos serão:

- a) protocolados, registrados em base de dados para controle;
- b) avaliados quanto à apresentação física - revisão inicial quanto aos padrões mínimos de exigências da REME - (folha de rosto com identificação dos autores e títulos do trabalho) e a documentação; podendo ser devolvido ao autor para adequação às normas, antes do encaminhamento aos consultores;
- c) encaminhados ao Editor Geral que indica o Editor Associado que ficará responsável por indicar dois consultores em conformidade com as áreas de atuação e qualificação;
- d) remetidos a dois revisores especialistas na área pertinente, mantidos em anonimato, selecionados de um cadastro de revisores, sem identificação dos autores e o local de origem do manuscrito. Os revisores serão sempre de instituições diferentes da instituição de origem do autor do manuscrito.
- e) Após receber ambos os pareceres, o Editor Associado avalia e emite parecer final e este, é encaminhado ao Editor Geral que decide pela aceitação do artigo sem modificações, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Cada versão é sempre analisada pelo Editor Geral, responsável pela aprovação final.

4 SOBRE A APRESENTAÇÃO DOS MANUSCRITOS

4.1 Apresentação gráfica

Os manuscritos devem ser encaminhados gravados em disquete ou CD-ROM, utilizando programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, fonte "Times New Roman", estilo normal, tamanho 12, digitados em espaço 1,5 entre linhas, em duas vias impressas em papel padrão ISO A4 (212 x 297mm), com margens de 2,5 cm, padrão A4, limitando-se a 20 laudas, incluindo as páginas preliminares, texto, agradecimentos, referências e ilustrações.

4.2 As partes dos manuscritos

Todo manuscrito deverá ter a seguinte estrutura e ordem, quando pertinente:

a) páginas preliminares:

Página 1: Título e subtítulo- nos idiomas: português, inglês, espanhol; **Autor(es)** – nome completo acompanhado da profissão, titulação, cargo, função e instituição, endereço postal e eletrônico do autor responsável para correspondência; **Indicação da Categoria do artigo**: Pesquisa, Revisão Teórica , Relato de Experiência, Artigo Reflexivo/Ensaio.

Página 2: Título do artigo em português; **Resumo** e palavras-chave; **Abstract** e Key words; **Resumen** e Palabras clave. (As Palavras-chave (de três a seis), devem ser indicadas de acordo com o DECS – Descritores em Ciências da Saúde/BIREME), disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. O resumo deve conter até 250 palavras, com espaçamento simples em fonte com tamanho 10.

Página 3: a partir desta pagina apresenta-se o conteúdo do manuscrito precedido pelo **título em português**, que inclui:

b) Texto:

- introdução;
- desenvolvimento (material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários);
- conclusões ou considerações finais;

c) Agradecimentos (opcional);

d) Referências como especificado no item 4.3;

e) Anexos, se necessário.

4.3 Sobre a normalização dos manuscritos:

Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (Norma de Vancouver). Esta norma poderá ser encontrada na íntegra nos endereços: em português: <http://www.bu.ufsc.br/bssccsm/vancouver.html> em espanhol: <http://www.enfermeriaencardiologia.com/formacion/vancouver.htm> em inglês: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

As **referências** são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto.

As **citações no texto** devem ser indicadas mediante número arábico, sobrescrito, correspondendo às referências no final do artigo.

Os **títulos das revistas** são abreviados de acordo com o “Journals Database”- Medline/Pubmed, disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=Journals>> ou com o CCN – Catálogo Coletivo Nacional, do IBICT- Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia, disponível em: <http://www.ibict.br>.

As **ilustrações** devem ser apresentadas em Preto & Branco imediatamente após a referência a elas, em conformidade com a Norma de apresentação tabular do IBGE, 3ª ed. de 1993 . Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (TAB. 1, FIG. 1, GRÁF 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (TAB. 1).

As **abreviaturas, grandezas, símbolos e unidades** devem observar as Normas Internacionais de Publicação. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo quando se tratar de uma unidade de medida comum.

As **medidas de comprimento, altura, peso e volume** devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e

submúltiplos. As temperaturas, em graus Celsius. Os valores de pressão arterial, em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais.

Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas.

5 SOBRE O ENCAMINHAMENTO DOS MANUSCRITOS

Os manuscritos devem vir acompanhados de ofício de encaminhamento contendo nome do(s) autor(es), endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e declaração de colaboração na realização do trabalho e autorização de transferência dos direitos autorais para a REME. (Modelos disponíveis abaixo)

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde – CNS/196/96.

Para os manuscritos resultados de pesquisas envolvendo apoios financeiros estes deverão estar claramente identificados no manuscrito e o(s) autor(es) deve(m) declarar, juntamente com a autorização de transferência de autoria, não possuir(em) interesse(s) pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro no manuscrito.

Os manuscritos devem ser enviados via correio para:

REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 104 Bloco Norte

CEP.: 30130-100 - Belo Horizonte-MG – Brasil - Telefax.: 55 (31) 3409-9876

6 SOBRE A RESPONSABILIZAÇÃO EDITORIAL

Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Editorial.

A REME não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

OF. REME – Encaminhamento de Artigo

Belo Horizonte, ---- de ----- de -----.

Prezados (as) Senhores (as),

Encaminhamos o artigo intitulado “-----” para
avaliação nesta revista.

Autor responsável (nome/ e-mail/ telefone(s)):

Endereço para Correspondência:

Categoria do Artigo:

Atenciosamente,

Nome(s) do(s) autor(es)

**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E
TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS**

Eu ou Nós, abaixo identificado(s) certifico(amos) que participei(amos) da concepção do manuscrito:(nome do artigo)....., para tornar pública nossa responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti(mos) quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação desse artigo.

Certifico(amos) também que o manuscrito é original e que o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de nossa autoria, não foi enviado a outra Revista e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Revista Mineira de Enfermagem, quer seja no formato impresso ou eletrônico.

Declaro(amos) ainda, que em caso de aceitação do artigo, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da REME-REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM, em versão impressa e/ou eletrônica, vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização seja solicitada e, se obtida, farei(remos) constar o agradecimento à REME.

(Nome(s) do(s) autor(es) e assinatura (s))

Normas para publicação de trabalhos da revista investigación y educación en
enfermería

REVISTA INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA

Indicaciones para los autores

Tipo de artículos que se reciben para publicación

Artículo original. Documento que presenta de manera detallada los resultados originales de investigaciones. La estructura tiene cuatro secciones: introducción, metodología, resultados y discusión.

Artículo de revisión. Documento resultado de una investigación, donde se analizan e integran los resultados de investigaciones sobre un campo en ciencia o tecnología, con el fin de dar cuenta de los avances y las tendencias de desarrollo. Se caracteriza por una cuidadosa revisión bibliográfica y por citar por lo menos 50 referencias en el cuerpo del texto.

Artículo de reflexión resultado de investigación. Ensayo que presenta resultados de investigación desde una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Reporte de caso (situaciones de enfermería). Documento que presenta los resultados de un estudio sobre una situación de enfermería en particular, con el fin de dar a conocer las experiencias y metodologías consideradas en la situación específica.

Artículo de reflexión no derivado de investigación. Ensayo que no es producto de una investigación, pero que utiliza una perspectiva analítica, interpretativa o crítica del autor, sobre un tema específico, recurriendo a fuentes originales.

Cartas al editor. Posiciones críticas, analíticas o interpretativas sobre los documentos publicados en la revista, que a juicio del Comité Editorial, constituyan un

aporte importante a la discusión del tema por parte de la comunidad científica de referencia.

Editorial. Documento escrito por el editor, un miembro del comité editorial o un investigador invitado sobre orientaciones en el dominio temático de la revista.

Traducción. Traducciones de textos clásicos o de actualidad o transcripciones de documentos históricos o de interés particular en el dominio de publicación de la revista.

Otros. Se estudiarán para publicación otros artículos como: reseñas bibliográficas y experiencias de cuidado o de enseñanza-aprendizaje en las áreas de la salud.

Requisitos para la presentación de artículos

Carta de cesión de derechos. Cada artículo se acompañará de una carta de los autores especificando que los materiales son inéditos y que no se presentarán a ningún otro medio antes de conocer la decisión de la Revista. Los autores adjuntarán hoja de vida y una declaración firmada indicando que si el artículo se acepta para su publicación, los derechos de reproducción serán propiedad exclusiva de *Investigación y Educación en Enfermería*.

Características del archivo del artículo El trabajo no excederá las 20 páginas tamaño carta, escritas a doble espacio, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos, en letra tipo "Times New Roman", tamaño 12. Los márgenes derecho e izquierdo de 3 cm. y el superior y el inferior de 4 cm. Las páginas se enumerarán sucesivamente y se usará el programa Microsoft Word para elaborar el texto.

Especificaciones sobre la forma en que deben ser presentadas las secciones del artículo

Portada. Es esencial que en la primera página aparezca *el título*, el cual debe ser conciso pero informativo y no debe tener más de 80 caracteres. Además, debe contener la *lista de autores*, con los nombres completos y los apellidos, en el orden en que aparecen en la carta de cesión de derechos. Se complementará esta información con los grados académicos, cargo e institución donde labora.

Adicionalmente, los autores darán un email, para la correspondencia con los editores y lectores.

Resumen. El artículo incluirá un resumen en el idioma original y en inglés que no supere las 250 palabras. Para los artículos originales se exige un resumen estructurado, que debe definir específicamente las secciones de: objetivo, metodología, resultados y conclusión. Para los artículos de revisión, reflexión, situación de enfermería y traducciones, el resumen deberá incluir: el objetivo, la síntesis del contenido y la conclusión, sin exceder las 200 palabras.

En todos los casos, los autores deben dar entre tres y seis palabras clave que mejor identifiquen el tema. Se recomienda consultar los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), la Biblioteca Virtual en Salud del proyecto BIREME, de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, disponibles en la dirección: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>, donde se encuentran las palabras clave en español, inglés y portugués.

Información sobre ayudas y subvenciones. Si el trabajo es derivado de investigación, se debe incluir el nombre de la investigación asociada; además, información acerca de cualquier beca o subvención recibida de entidades u organismos de cualquier tipo, que financie el trabajo en que se basa el artículo.

Información sobre conflictos de interés. Los autores deberán declarar los conflictos de interés que se presenten en la investigación de la cual es producto el artículo. La revista asume que hay un conflicto de este tipo cuando existe una relación financiera u otra circunstancia que pudiera afectar el buen juicio o la conducta de un autor.

Secciones de los artículos originales. Se resumen a continuación los lineamientos generales para la presentación de estos artículos:

Introducción. El autor debe establecer en esta sección el propósito del estudio y resumir su fundamento lógico, haciendo algunas referencias pertinentes.

Metodología. Esta sección debe detallar el proceso de selección de las personas o fenómenos estudiados, incluyendo el lugar, tiempo y población del estudio; la

información necesaria acerca del diseño, los procedimientos, los instrumentos de medida y los métodos de análisis empleados. Los métodos estadísticos que no sean habituales en investigación deben describirse con suficiente detalle. En forma de anexo puede incluirse información adicional que resulte de especial interés, Cuando sea del caso, deben describirse brevemente las normas éticas que han seguido los investigadores, tanto en estudios observacionales como de intervención. Los artículos sobre investigaciones con humanos deberán contar con la aprobación del comité de ética correspondiente, y así debe figurar en el manuscrito. Los procedimientos matemáticos y estadísticos también se describirán con detalle.

Resultados. Deben presentarse en secuencia lógica, con sus respectivas tablas y gráficas, que serán comentadas en sus principales hallazgos dentro del texto.

Discusión. En esta sección, los autores enfatizan en los aspectos más importantes del estudio, y se comparan los resultados con los de otras investigaciones similares. Se debe evitar discutir situaciones que no estén apoyadas en los hallazgos. Deben señalarse las limitaciones del estudio y discutir sus potenciales implicaciones en la interpretación de los resultados. En el último párrafo de esta sección se anotarán una o más conclusiones que se desprenden de los resultados del estudio.

Tablas y gráficas. Recogen información de manera resumida y la presentan eficientemente. También permiten mostrar la información con el nivel deseado de detalle y precisión. La inclusión de datos en las tablas y gráficas, en lugar de en el texto, habitualmente permite reducir la extensión del mismo. Las tablas y gráficas deben ir numeradas consecutivamente, en el mismo orden que fueron citadas por primera vez en el texto. Cada una debe acompañarse de un título breve. Las tablas, en ocasiones, contienen explicaciones que deben ser incluidas en notas de pie de página, después de los siguientes símbolos, siguiendo el mismo orden presentado: *, †, ‡, §, ||, ¶, **, ††, ‡‡. Los autores deben utilizar las abreviaturas de las unidades según las instrucciones del Sistema Internacional de Medidas, las cuales pueden ser consultadas en la siguiente dirección: <http://physics.nist.gov/cuu/Units/index.html>

Abreviaturas

Se deben utilizar únicamente abreviaturas comunes. Los autores deben evitar el uso de abreviaturas en el título del trabajo. La primera vez que aparezca una abreviatura en el texto debe estar precedida por el término completo al que se refiere, excepto en el caso de unidades de medida comunes.

Requisitos en la presentación de las referencias

Las referencias bibliográficas deben ubicarse en el texto con el número correspondiente en forma de superíndice, en el orden de aparición de citación. La sección de referencias se presentará en hojas separadas del texto y estará numerada en forma consecutiva, de acuerdo con el orden de citación del material documental.

Investigación y Educación en Enfermería sigue las consideraciones generales sobre las referencias bibliográficas, del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (normas de Vancouver), que son adaptación de las propuestas de la National Library of Medicine (NLM), de Estados Unidos. Los autores que deseen información adicional a la que se presenta en estas instrucciones pueden consultar en www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html el formato de los distintos tipos de referencias bibliográficas. Los nombres de las revistas que aparecen en la sección de referencias deben ser abreviados según el estilo utilizado por el Index Medicus, disponible en el sitio de la NLM: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/journals>, y para las revistas españolas y latinoamericanas que no se encuentren en el primero, se recomienda el Portal de Revistas Científicas en Ciencias de la Salud, en el sitio de la Biblioteca Virtual en Salud en: <http://portal.revistas.bvs.br>. A continuación se muestran algunos ejemplos de la forma de presentación de los documentos y material de referencia:

Artículos de revistas. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título del artículo. Abreviatura internacional del título de la revista. Año; volumen (número): página inicial-final del artículo. **Nota:** cuando los autores sean más de seis, se escribirán después del sexto las palabras *et al.*

Libros y otras monografías. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título. Número de edición. Ciudad de publicación: Editorial; año de publicación. página de la cita.

Capítulo de libro. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título del capítulo. En: director/coordinador/editor/compilador del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año. páginas inicial-final del capítulo.

Ponencia presentada en un congreso, simposio o seminario. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores de la ponencia. Título de la ponencia. En: Título oficial del congreso, simposio, seminario, etc. Lugar de Publicación: Editorial; año. página inicial-final de la ponencia.

Memorias de congreso, simposio o seminario. Título del congreso, simposio, seminario, etc. Lugar de realización; fecha. Ciudad de publicación: editorial; año de publicación.

Documentos electrónicos. Para los documentos en línea, la fecha de consulta se registra antecedida de la palabra acceso y entre corchetes. Ejemplo: [acceso 30 de marzo de 2010]

Artículo de revista en Internet. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores del artículo. Título del artículo. Título abreviado de la revista [Internet]. año mes [fecha de consulta]; volumen (número): [páginas si aparecen]. Dirección electrónica.

Monografía en Internet. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores/ directores/ coordinadores /editores. Título [Internet]. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año [fecha de consulta]. Dirección electrónica. Ejemplo:

Material audiovisual. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título [CD-ROM, DVD, disquete, según el caso]. Edición. Lugar: Editorial; año.

Documentos legales. Título de la ley/decreto/orden. Nombre del Boletín Oficial, número, (fecha de publicación).

Tesis Doctoral y de Maestría. Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título de la tesis [tesis de maestría o doctoral]. Lugar de publicación: Editorial; año. Paginación.

Material no publicado. Corresponde a los artículos ya aceptados pero pendientes de publicación. Los autores deberán solicitar una constancia de aceptación de la revista. El formato es: Apellido y dos iniciales de los nombres de los autores. Título del artículo. Abreviatura internacional del título de la revista. En prensa año.

Información para obtener y reproducir los documentos publicados

Con fines educativos se permite la reproducción parcial o total de los artículos publicados en *Investigación y Educación en Enfermería*, siempre que se cite la fuente.

Los artículos de cada número de nuestra revista pueden ser obtenidos en formato PDF en esta dirección [http:// www.udea.edu.co/iee](http://www.udea.edu.co/iee). Las solicitudes de versiones impresas serán atendidas por la editora de la revista en: Calle 64 Número 53-09 de Medellín (Colombia), o a los correos electrónicos: revista@tone.udea.edu.co y revistaiee@gmail.com.

Dirija su correspondencia a:

Editora

Investigación y Educación en Enfermería

Dirección: Calle 64 Número 53-09, Medellín (Colombia)

PBX: (0*4) 219 63 37, Fax: (0*4) 211 0058

e-mail: revista@tone.udea.edu.co, revistaiee@gmail.com


Visite nuestra página: www.udea.edu.co/iee

ANEXO D

Parecer de aprovação do comitê de ética



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
 Universidade Estadual de Londrina
 Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº 010/2011 CAAE Nº 0267.0.268.000 -10 Folha de Rosto Nº 390502 Processo Nº 36449/2010	Londrina, 23 de fevereiro de 2011.
PESQUISADOR(A): Nataly Tsumura Inocêncio Soares CCS – Depto. de Enfermagem Programa de Mestrado em Enfermagem	
Prezado(a) Senhor(a): O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: <p align="center">"O Manejo da Dor da Criança pela Equipe de Enfermagem em Uma Unidade de Queimados"</p>	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p align="center">Atenciosamente,</p>  <p align="center">Prof. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos Universidade Estadual de Londrina</p>	