Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

Da invisibilidade à realidade: o manejo da dor de crianças hospitalizadas por agravos respiratórios

From invisibility to reality: pain management in children hospitalized for respiratory problems

De la invisibilidad a la realidad: el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias

Danton Matheus de Souza[I] *; Daniella Franco Ortuño*[I] *; Maria Luiza Lamussi Monteiro da Silva*[I] *; Joese Aparecida Carvalho*[I] *; Lisabelle Mariano Rossato*[I]

[I]*Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

Objetivo: analisar o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios com dor no contínuo da hospitalização. **Método:** estudo observacional, transversal, retrospectivo; conduzido em um hospital escola público em São Paulo, com prontuários de crianças hospitalizadas na divisão pediátrica em 2017. Os dados foram coletados em 2018, submetidos a análise descritiva e inferencial. **Resultados**: foram analisados os prontuários de 199 crianças com dor, sendo observado 91,4% delas com, no mínimo, uma intervenção farmacológica prescrita, recebida por 68,8%; uma criança recebeu uma intervenção não farmacológica e 25,1% tiveram sua dor reavaliada. O desfecho de realização das três etapas do manejo da dor (22,1%) foi associado a: crianças cerca de dois anos mais velhas, as que receberam intervenção farmacológica ou que tiveram a dor reavaliada e aquelas com o diagnóstico de enfermagem NANDA 00132-Dor aguda. **Conclusão**: o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios é desvalorizado na prática assistencial.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Criança; Doenças Respiratórias; Hospitalização; Manejo da Dor.

ABSTRACT

Objective: to analyse pain management in children hospitalized for respiratory problems with pain during hospitalization. **Method:** This is an observational, cross-sectional, retrospective study conducted at a public teaching hospital in São Paulo, using the medical records of children hospitalized in the pediatric division in 2017. Data was collected in 2018 and subjected to descriptive and inferential analysis. **Results**: The medical records of 199 children with pain were analyzed, and 91.4% of them were found to have at least one prescribed pharmacological intervention, which 68.8% received; one child received a non-pharmacological intervention and 25.1% had their pain reassessed. The outcome of completing all three stages of pain management (22.1%) was associated with: children around two years older, those who received pharmacological intervention or had their pain reassessed and those with the NANDA nursing diagnosis 00132-Acute pain. **Conclusion**: pain management in children hospitalized for respiratory problems is undervalued in care practice.

Descriptors: Pediatric Nursing; Child; Respiratory Tract Diseases; Hospitalization; Pain Management.

RESUMEN

Objetivo: analizar el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias con dolor durante todo el proceso de hospitalización. **Método:** estudio observacional, transversal, retrospectivo; realizado en un hospital escuela público en São Paulo, con expedientes médicos de niños hospitalizados en la división pediátrica en 2017. Los datos fueron recolectados en 2018, sometidos a análisis descriptivo e inferencial. **Resultados:** se analizaron los expedientes de 199 niños con dolor, observándose que el 91,4% de ellos tenían al menos una intervención farmacológica prescrita, recibida por el 68,8%; un niño recibió una intervención no farmacológica y el 25,1% tuvo su dolor reevaluado. El resultado de la realización de las tres etapas del manejo del dolor (22,1%) se asoció a: niños aproximadamente dos años mayores, aquellos que recibieron intervención farmacológica o que tuvieron el dolor reevaluado y aquellos con el diagnóstico de enfermería NANDA 00132-Dolor agudo. **Conclusión:** el manejo del dolor en niños hospitalizados por afecciones respiratorias está subvalorado en la práctica asistencial.

Descriptores: Enfermería Pediátrica; Niño; Enfermedades Respiratorias; Hospitalización; Manejo del Dolor.

INTRODUÇÃO

Crianças hospitalizadas, frequentemente, vivenciam dor, com estimativas que variam entre 20 e 95%, abordando procedimentos dolorosos ou dor aguda relacionada a patologia[1-3]. Estudo transversal realizado com 1217 crianças e adolescentes (recém-nascidos a 18 anos incompletos) em 15 departamentos de urgência e emergência, observou-se que 53,3% apresentaram dor no momento da aplicação do questionário, sendo 37,5% dor intensa[4].

Pela alta incidência, foi considerada um problema de saúde pública, com sua avaliação se tornando o quinto sinal vital e um indicador de qualidade e, seu alívio, uma meta da década e um direito das crianças[5,6].

Autor correspondente: Danton Matheus de Souza. E-mail: Danton_souza@usp.br
Editora Científica: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Recebido em: 10/01/2024 – Aprovado em: 27/09/2024

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

O manejo da dor pode ser definido como etapas cíclicas, incluindo avaliação, intervenção farmacológica e/ou não farmacológica, e reavaliação; que devem ser interligadas com uma parceria genuína entre todos os envolvidos: criança, família e profissional de saúde, com comunicação colaborativa e estabelecimento de um ambiente seguro[7]. Todavia, esses pontos não garantem que o manejo da dor seja realizado nos serviços de saúde, sendo necessário a continuidade de investigações. Neste estudo, o enfoque será em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios.

Os agravos respiratórios são as principais causas de hospitalização em crianças[8], com estimativas de mais de cinco milhões de internações por infecções de vias inferiores entre 1995 e 2019, em crianças de cinco a 19 anos, com mais de 87 mil óbitos anuais[9].

Dentre os sintomas clínicos, as crianças tendem a vivenciar: obstrução de vias aéreas superiores; dispneia; uso de musculatura acessória; tosse intensa; hemoptise; dor na garganta e no peito, com duração média de uma a duas semanas[1,6,10]. Esses sintomas podem se interligar e levar a vivência da dor intensa, porém a dor ainda é um sintoma invisibilizado na prática clínica em crianças com agravos respiratórios, considerando que, dentre os sintomas, a dor não traz repercussões urgentes, em comparação a dispneia, por exemplo.

A dor de crianças com agravos respiratórios pode ser classificada como dor nociceptiva de causa visceral, com ativação de receptores da dor devido a alterações no trato respiratório, sendo frequentemente dor aguda, com duração menor que três meses[6]. Já estão estabelecidas na literatura inúmeras consequências da ausência de alívio álgico, com impactos no bem-estar biopsicossocial, desenvolvimento neurológico e vivência de dor crônica; aumento do tempo de hospitalização e chance de readmissões[2,7,11].

Somam-se a esses aspectos os impactos agudos que podem ser causados em crianças com agravos respiratórios, devido a expressão da dor, com comportamentos como irritabilidade e agitação intensa, alterações nos parâmetros fisiológicos, dispneia e uso de musculatura acessória, que podem levar a fadiga respiratória[8].

De forma concomitante, o manejo da dor realizado em sua integralidade, tende a reduzir a incidência de complicações clínicas, tempo de hospitalização e uso de recursos, além de aumentar a satisfação da criança e família, com menor impacto a longo prazo[5,7,12]. Porém, apesar de todo o contexto supracitado, o manejo da dor em ambientes pediátricos ainda é inconsistente e inadequado; e em casos de crianças com agravos respiratórios: uma temática pouco explorada na literatura científica. Assim, emergiu-se a seguinte inquietação: Como está sendo realizado o manejo da dor em crianças com agravos respiratórios hospitalizadas, no contínuo da internação?

Este estudo objetivou analisar o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios com dor no contínuo da hospitalização.

MÉTODO

Estudo observacional, do tipo transversal, retrospectivo, com caráter quantitativo. Trata-se de um subprojeto do estudo "Manejo da dor pediátrica: um estudo retrospectivo", com recorte da amostra apenas aos agravos respiratórios. Para desenvolvimento, foram seguidas as recomendações do documento *Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology* (STROBE)[13].

O estudo foi conduzido em um hospital público, de nível secundário, no município de São Paulo, com prontuários de crianças atendidas na divisão de pediatria, que conta com os setores de: pronto socorro infantil, unidade de internação pediátrica e unidade de terapia intensiva pediátrica. Neste estudo, optou-se por analisar o contínuo da hospitalização, sem separar as crianças pelos setores em que foram atendidas.

A instituição não possui um protocolo de manejo da dor, apenas um instrumento que faz a sistematização da avaliação, por intermédio das escalas: *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), para recém-nascidos a lactentes de até dois meses; *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability* (FLACC), para lactentes de dois meses até crianças de sete anos incompletos e neuropatas; Escala *Wong-Faces* (FACES) para crianças acima de três anos; Escala verbal numérica, para crianças acima de sete anos; e a escala *Comfort behavior* (COMFORT-b) para crianças em uso de sedativos. A avaliação ocorre a cada quatro horas, em caso de dor fora dos horários padronizados, utilizando-se a anotação de enfermagem.

Foram inclusos prontuários de crianças, na faixa etária entre 28 dias e 14 anos incompletos, delimitada devido ao tempo de atendimento nos setores da divisão pediátrica, hospitalizadas em 2017, independentemente do setor de atendimento, por um agravo respiratório, critério delimitado devido a invisibilidade da dor dessas crianças na literatura científica, com, no mínimo, um escore de dor, avaliado por uma escala, documentado no contínuo da hospitalização, registrado no instrumento supracitado ou na anotação de enfermagem. Nos casos em que a criança apresentou mais de uma internação, consideraram-se os registros da internação mais recente. Foram exclusos, os prontuários indisponíveis por uso em consultas ambulatoriais, reinternações, uso por outros pesquisadores, ou com preenchimento incompleto, com a ausência de informações referentes à avaliação da dor.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

A coleta de dados ocorreu por meio da técnica de amostragem por conveniência, com a análise de todos os prontuários disponíveis no período de um ano. Para a coleta, foi estabelecido um instrumento pelos pesquisadores envolvidos, após deliberação no grupo de pesquisa, contendo variáveis de caracterização da criança, do manejo da dor e da sistematização da assistência de enfermagem. Especificamente nas etapas do manejo da dor, a avaliação era conduzida no instrumento institucional com as escalas validadas. As intervenções farmacológicas eram prescritas pela equipe média: "a critério médico" (ACM) ou "se necessário" (S/N). As não farmacológicas, poderiam ser prescritas na prescrição de enfermagem ou realizadas por autonomia pela equipe de enfermagem e documentadas no prontuário. A reavaliação documentada na anotação de enfermagem. Assim, de forma a captar todas as informações, os prontuários selecionados foram lidos na íntegra.

No contínuo da hospitalização, coletou-se o escore de maior intensidade da dor, ou seja, se, durante a internação a criança apresentou queixa álgica leve a intensa, considerou-se o escore de maior intensidade (intensa). Para que os dados de diferentes escalas se tornassem comparáveis, o maior escore registrado foi dividido pelo valor máximo da escala correspondente, respeitando a variação de cada instrumento.

A variável dependente deste estudo foi o manejo da dor, incluindo avaliação, intervenção e reavaliação, sendo o escore uma variável independente, que complementa a discussão dos achados.

Os dados foram coletados de janeiro a dezembro de 2018, com o banco de dados finalizado em 2019. Nesse período, foram registradas 1.728 internações. Contudo, foram excluídos 477 prontuários, com 1.251 prontuários lidos na íntegra, sendo 762 deles por agravos respiratórios. Do total, 481 crianças tinham um escore de dor documentado, com 199 sendo crianças com agravos respiratórios, contabilizadas na amostra deste estudo. É digno de nota que não foi conduzido um cálculo amostral para a coleta de dados, tendo sido feita a coleta de todos os prontuários disponíveis no período estabelecido.

Os dados foram submetidos a uma análise descritiva e inferencial, no software *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS®), versão 21. Para a análise descritiva, foram utilizados percentis, medidas de tendência central (média) e dispersão (Desvio Padrão - DP). Para a análise inferencial, as variáveis contínuas foram testadas quanto a sua distribuição (Teste de Kolmogorov-Smirnov) sendo observada uma distribuição não gaussiana. Assim, para a comparação de variáveis, utilizou-se testes não paramétricos (teste de qui-quadrado de Pearson e teste exato de Fisher), sendo considerado um valor de $p<0,05$ (5%) como diferença estatística em um Intervalo de Confiança (IC) de 95%.

O protocolo de pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da Instituição Coparticipante, ambos de 2017. É digno de nota que, na instituição coparticipante no momento da admissão, os responsáveis pelas crianças assinam um termo que permite o uso dos prontuários em pesquisas científicas. Para a análise dos prontuários, a pesquisadora principal fez a assinatura de um Termo de Compromisso, que garantia o respeito ao sigilo das informações coletadas.

RESULTADOS

Foram analisados os dados de 199 crianças com agravos respiratórios e dor, no contínuo da hospitalização, com caracterização apresentada na Tabela 1.

A idade média observada foi de 2,22(±2,96) anos. Prevaleceram crianças do sexo masculino (58,3%), com diagnóstico clínico de bronquiolite (43,2%), com diagnóstico de vírus respiratório (n=65), como o vírus sincicial respiratório (33,3%). A caracterização do manejo da dor é apresentada na Tabela 2.

Todas as crianças foram avaliadas para dor ao menos uma vez, sendo a escala FLACC a mais frequentemente utilizada (83,4%). Todas pontuaram para dor, com escore médio de quatro pontos. Entre as crianças, 91,4% tinham, no mínimo, uma intervenção farmacológica prescrita. Contudo apenas 68,8% a receberam para alívio álgico. Uma única criança recebeu uma intervenção não farmacológica, sendo essa a aplicação de calor local e apenas 25,1% tiveram sua dor reavaliada. O diagnóstico de enfermagem NANDA 00132-Dor aguda, foi classificado em 20,6%, com a atividade de enfermagem: "*Realizar avaliação abrangente da dor, que inclua o local, as características, o início, a duração, a frequência, a qualidade, a intensidade ou a gravidade da dor e os fatores precipitantes*". Dados relacionados ao manejo da dor e sua associação com outras variáveis são apresentados na Tabela 3.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

Tabela 1: Caracterização dos participantes (n=199). São Paulo, SP, Brasil. 2018.

Variável		n (%)	IC 95%
Idade (anos)	μ=2,22(±2,96); Min=0,05; Max=14,75; IC=1,85-2,68		
Hospitalização (dias)	μ=4,44(±4,84); Min=1,00; Max=27,00; IC=4,80-6,160		
Sexo	Feminino	83 (41,7)	35,08-48,66
	Masculino	116 (58,3)	51,35-64,92
Doença de base		38 (19,1)	14,21-25,15
Internação prévia	Pronto Socorro Infantil	191 (95,9)	92,14-98,08
	Unidade de Terapia Intensiva	17 (8,5)	5,33-13,33
Diagnóstico clínico	Bronquiolite	86 (43,2)	36,52-50,16
	Pneumonia	67 (33,7)	27,46-40,50
	Crise asmática	34 (17,1)	12,46-22,96
	Estenose subglótica	4 (2,0)	0,60-5,24
	Broncopneumonia	3 (1,5)	0,31-4,54
	Crupe viral (Laringite)	2 (1,0)	0,04-3,83
	Apneia	1 (0,5)	0-3,08
	Crise de sibilância	1 (0,5)	0-3,08
	Influenza	1 (0,5)	0-3,08
Painel viral respiratório	Ausência de coleta viral	64 (32,1)	-
	Negativo	70 (51,8)	43,49-60,11
	Vírus sincicial respiratório	45 (33,3)	25,93-41,66
	Parainfluenza ¾ vírus	10 (7,4)	3,93-13,25
	Rinovírus humano	4 (2,9)	0,90-7,63
	Influenza vírus	4 (2,9)	0,90-7,63
	Metapneumovírus	1 (0,7)	0-4,49
	Adenovírus humano	1 (0,7)	0-4,49

Legenda: μ=média; Min=mínimo; Max=máximo; IC=Intervalo de Confiança.

Tabela 2: Caracterização do manejo da dor das crianças (n=199). São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Variável		n (%)	IC 95%
Escore da dor	μ=4,44(±2,3); Min=1; Max=10; IC=4,13-4,75		
Avaliação da dor	Escala NIPS	19 (9,5)	6,13-14,5
	Escala FLACC	166 (83,4)	77-59-87,98
	Escala FACES	7 (3,5)	1,58-7,22
	Escala Verbal Numérica	18 (9,1)	5,73-13,92
	Escala COMFORT-B	0	0
Intervenção farmacológica prescrita*	Dipirona	168 (84,4)	78,7-88,84
	Paracetamol	57 (28,6)	22,80-35,30
	Ibuprofeno	5 (2,5)	0,91-5,91
	Morfina	3 (1,5)	0,31-4,54
	Cetoprofeno	7 (3,5)	1,58-7,22
	Cetorolaco	5 (2,5)	0,91-5,91
	Tramadol	9 (4,5)	2,28-8,49
	Simeticona	2 (1,0)	0,04-3,83
Intervenção farmacológica realizada		137 (68,8)	62,09-74,88
Intervenção não farmacológica	Documentada	1 (0,5)	0-3,08
	Não documentada	198 (99,5)	96,92-100
Reavaliação da dor		50 (25,1)	19,59-31,60
Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda		41 (20,6)	15,54-26,78

Legenda: μ=média; Min=mínimo; Max=máximo; IC=Intervalo de Confiança; * cada criança poderia ter mais de uma intervenção farmacológica prescrita.

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

Tabela 3: Análise de associação entre o manejo da dor com variáveis independentes (n=44). São Paulo, SP, Brasil, 2018.

Variável		Manejo da dor Sim (n=44)	Não (n=155)	Valor de p
Sexo	Feminino	15 (34,1)	68 (43,8)	0,242*
	Masculino	29 (65,9)	87 (56,1)	
Doença de base		8 (18,2)	36 (19,3)	0,861*
Internação Prévia		44 (100)	0	0,228**
Diagnóstico Clínico	Bronquiolite	16 (36,3)	70 (45,2)	0,537**
	Crise Asmática	8 (18,2)	26 (16,8)	
	Pneumonia	18 (40,9)	49 (31,6)	
	Crise de Sibilância	0	1 (0,6)	
	Broncopneumonia	1 (2,8)	2 (1,3)	
	Estenose subglótica	0	4 (2,9)	
	Influenza	0	1 (0,6)	
	Crupe viral (Laringite)	0	2 (1,3)	
	Apneia	1 (2,8)	0	
Painel Viral Respiratório	Negativo	13 (48,1)	57 (52,8)	0,901**
	Vírus sincicial respiratório	11 (25,0)	34 (31,9)	
	Parainfluenza ¾	2 (7,4)	8 (7,4)	
	Rinovírus humano	0	4 (2,9)	
	Influenza	1 (2,8)	3 (2,8)	
	Metapneumovírus	0	1 (0,6)	
	Adenovírus	0	1 (0,6)	
Diagnóstico de Enfermagem: Dor Aguda		18 (40,9)	132 (85,1)	**<0,001***
Intervenção farmacológica realizada		44 (100)	93 (60,0)	**<0,001***
Intervenção não farmacológica realizada		0	1 (0,6)	0,593*
Reavaliação da Dor		44 (100)	6 (3,8)	**<0,001***

Legenda: *Teste Qui-Quadrado de Pearson; **Teste Exato de Fisher

A realização das três etapas base do manejo da dor (avaliação, intervenção e reavaliação) foi identificada em 44 crianças (22,1%). Por meio da comparação entre o manejo da dor e a idade, observou-se que as crianças que receberam as três etapas são cerca de dois anos mais velhas do que as que não tiveram o manejo em sua integralidade (3,31±3,88 anos; IC=2,33-4,64 e 1,91±2,57 anos; IC=1,55-2,37, respectivamente - p=0,041).

O manejo da dor esteve associado às crianças que receberam intervenção farmacológica (p<0,001), às que tiveram sua dor reavaliada (p<0,001) e ao diagnóstico de enfermagem NANDA 00132-Dor aguda (p<0,001). As demais variáveis não demonstraram associação com cada etapa do manejo da dor e a integração.

DISCUSSÃO

Este estudo demonstra que o manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios ainda é desvalorizado, considerando que apenas 22,1% das crianças tiveram as suas três etapas. Iniciando pela avaliação, esta etapa é crucial para a identificação da dor de crianças e, consequentemente, de forma ágil ser estabelecido um plano de cuidado. Apesar de desafiador, há inúmeras escalas disponíveis para a avaliação e neste estudo todas as crianças tiveram a sua dor avaliada por uma escala[6,14]. Contudo, estima-se que essa avaliação pode ter sofrido a influência da ausência de documentação da atuação profissional na prática clínica, uma vez que de 762 hospitalizações por agravos respiratórios, apenas 199 crianças tiveram escore de dor documentado.

Já é reconhecido pela literatura científica que, na prática clínica, a avaliação da dor é realizada de forma mecânica, mesmo que instrumentos estejam disponíveis. Estudos indicam que os profissionais não fazem a avaliação por falta de tempo ou, quando fazem, não usam as escalas, pela visão de que os parâmetros de avaliação são subjetivos, fazendo uso da intuição, observação ou questionamento ao familiar da criança se há a vivência álgica[11,14,15]. Ao refletir sobre esse contexto em crianças com agravos respiratórios, há a influência da supervalorização do quadro clínico respiratório em detrimento de outros sinais que o acompanham, como a dor, o que se soma ao indicado previamente e contribui para uma avaliação imprecisa[16].

Nesse estudo foi documentado apenas um diagnóstico por criança, prevalecendo a bronquiolite, sem diferença estatística ao comparar com a variável dependente. Contudo, cabe refletir quando há um contexto com somatória de diferentes condições, como um quadro de pneumonia com derrame pleural, ou bronquiolite com pneumonia, a dor da criança pode ser acentuada e uma maior atenção deve ser dispendida[10].

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

Aproximadamente 70% dos quadros respiratórios são causados por um vírus[2], como visto neste estudo em 65 crianças. Uma revisão sistemática com metanálise, com estudos realizados com 103.210 crianças menores que cinco anos hospitalizadas por infecções de vias aéreas inferiores, observou-se que 38.355 tinham pelo menos um vírus respiratório[17]. Estima-se que esse número pode ser muito maior, considerando que muitas instituições não fazem coleta de painel viral na rotina hospitalar, como verificado entre os participantes deste estudo, com 32,1% das crianças sem essa coleta.

A literatura reforça que a criança pode ter mais de um vírus, como visto em uma investigação transversal com 3.199 crianças de até 16 anos, com 1.624 positivas para um, 210 para dois, 28 para três e três para quatro vírus respiratórios[18]. Aqui, apesar de não terem sido detectados casos de reinfecção, cabe considerar essa somatória de vírus e sua influência na vivência álgica.

O principal vírus detectado nesta amostra foi o vírus sincicial respiratório (33,3%), corroborando a literatura científica[10,17,18]. Uma investigação transversal demonstrou que entre 75.128 crianças hospitalizadas por agravos respiratórios, o vírus sincicial foi o mais frequente naquelas menores de um ano (4.204 lactentes) e entre um e dois anos (2.777 crianças)[8]. Apesar da maior prevalência já relatada desse vírus em crianças menores que um ano, neste estudo observou-se que quanto mais nova a criança menor a sua chance de ter o manejo da dor em todas as suas etapas ($p<0,04$).

Em relação à idade da criança e o manejo da dor, a desvalorização pode estar associada a construção histórica de que crianças que não verbalizam a dor não a sentem como as demais e/ou vivenciam menor impacto sistêmico da algia não aliviada[3,4], o que pode influenciar a visão profissional e, consequentemente, levar a ausência da condução de intervenções. De forma contrária, crianças menores de um ano tem maior chance de serem hospitalizadas por agravos respiratórios do que as demais, pela sua imunidade estar em desenvolvimento[19], o que aumenta a chance de vivência álgica não apenas pela condição, mas também pelas manipulações da equipe assistencial, sendo necessário ressignificar este contexto.

Apesar de este estudo ter sido conduzido previamente à pandemia da COVID-19, é importante refletir quanto a esse contexto. Apesar do número de crianças infectadas pelo vírus ser menor do que os adultos, assim como a taxa de hospitalização e morbimortalidade, dentro do quadro clínico a vivência álgica (cefaleia, dor na garganta, tórax ou abdome) está presente[20]. Para estudos futuros, recomenda-se a investigação do manejo da dor durante o período pandêmico.

Nenhum prontuário deste estudo teve a documentação do uso da escala Comfort-b, que deve ser utilizada para crianças sedadas hospitalizadas, frequentemente, na UTI. O número de crianças com agravos respiratórios que são hospitalizadas em UTI é elevado[8,19], sendo causado principalmente pela insuficiência respiratória; essas fazem uso de inúmeros dispositivos ventilatórios, como a ventilação invasiva, e são submetidas a manipulações e procedimentos invasivos. De base, a probabilidade dessa criança vivenciar dor é elevada, porém se estão em uso de sedação, a avaliação é mais desafiadora[2]. O baixo uso dessa escala pode ser influenciado pelo relato profissional de que a escala é longa e subjetiva[2], o que leva, novamente, à desvalorização do manejo da dor das crianças.

O alívio da dor é um direito das crianças hospitalizadas, estabelecido desde 1995[21]. Para tal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a intervenção seja multimodal com a associação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas[6]. Todavia, apesar das recomendações, ainda se observa uma ausência da tradução desse conhecimento à prática clínica. Um estudo transversal, realizado com 63 crianças hospitalizadas, observou-se que, nas últimas 24 horas avaliadas, 55,4% relataram ter sentido alguma dor, porém apenas 12,5% receberam uma intervenção multimodal; outro aspecto é que 15,5% não receberam alguma intervenção[5], o que corrobora este estudo, no qual 31,2% das crianças não receberam nenhuma intervenção.

A utilização de intervenções farmacológicas pode ser influenciada pelas medicações em crianças serem de uso *off-lable*, com o receio do profissional na prescrição. Isso é visto principalmente no caso de opioides, com o medo de ocasionar depressão respiratória, que pode ser acentuado em crianças com agravos respiratórios[6]. Já nas intervenções não farmacológicas, observa-se a crença do profissional de que essas não são efetivas para o alívio álgico, levando a baixa utilização[14,15], como visto neste estudo com seu uso em uma criança.

Espera-se que após a condução de uma intervenção, as crianças sejam reavaliadas[11], porém apenas 25,1% tiveram essa etapa realizada. Aqui, a realização de intervenção farmacológica e a reavaliação da dor, estiveram associadas ao manejo da dor em sua integralidade ($p<0,001$).

A parceria com a família pode ser um preditor para o manejo da dor. Na prática, observa-se que os profissionais tendem a ouvir os pais no momento da avaliação da dor[22], entretanto esses, com frequência, apresentam baixo conhecimento na temática, colocando suas percepções pessoais sobre algia como a base de avaliação[7,15,23]. A educação familiar é necessária no caminhar para o manejo da dor, mas é válido refletir que a família não deve ser responsabilizada como o agente do processo, essa responsabilidade é do profissional de saúde.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

Nesta amostra, 20,6% das crianças tinham um diagnóstico e uma intervenção de enfermagem documentada, com associação a realização do manejo da dor (p<0,001). Este achado ressalta a importância do processo de enfermagem como aliado a prática clínica da equipe de enfermagem em busca de um manejo da dor em sua integralidade[7,24], sendo necessário dispender investimentos para que a sua importância seja reconhecida na assistência.

As etapas do manejo da dor podem ser influenciadas pelo conhecimento do profissional de saúde. Em um estudo transversal realizado com 292 enfermeiros, observou-se que 74,7% apresentaram conhecimento insuficiente e atitude inadequada frente ao manejo da dor em crianças[14]. Este dado é preocupante e pode estar associado à formação profissional, como visto em outra investigação transversal, com 203 enfermeiros, onde 95,6% referiram nunca ter recebido um treinamento para o manejo da dor[25].

Todavia, o conhecimento é apenas um dos pontos que pode estar associado à invisibilidade do manejo da dor. Neste estudo, a instituição coparticipante possui a sua configuração como um hospital escola, onde os profissionais deveriam estar engajados em garantir uma assistência qualificada à criança, ensinando os discentes neste processo.

Apesar da ausência de um protocolo de manejo da dor, há um instrumento com a sistematização e implementação da avaliação da dor como o quinto sinal vital, que deveria garantir uma avaliação e sensibilizar os profissionais às etapas subsequentes. Chama atenção o baixo número de intervenções não farmacológicas documentadas, que podem estar sub representadas pela tendência prática do profissional valorizar apenas intervenções medicamentosas, não fazendo-a ou não documentando o uso das não farmacológicas.

A desvalorização do manejo da dor pode ser vista como um desvio da ética profissional, uma vez que há evidências, algumas já integradas na rotina profissional, mas ainda pouco difundidas. A problemática frente ao manejo da dor pode estar além do conhecimento e se integrar as atitudes profissionais, que ainda são incondizentes com os valores éticos das profissões da saúde.

Estratégias para alterar esse contexto devem ser objeto de reflexão. Para tal, recomenda-se o seguimento de três etapas: 1) Avaliação do estado atual do manejo da dor, com este estudo se encaixando neste contexto; 2) Identificação das lacunas e barreiras para o manejo da dor e 3) Condução de um estudo de implementação[11,26].

Uma estratégia possível é a realização de treinamentos, como visto em um estudo quase experimental com 37 enfermeiros, sendo visto um impacto significativo nos conhecimentos e na atuação no manejo da dor[27]. Porém, independente da estratégia, recomenda-se uma constância de atualizações e auditorias, de forma a garantir que a implementação ocorra.

Limitações do estudo

São consideradas limitações deste estudo a ausência de dados referentes à unidade de hospitalização no momento da vivência álgica e dados referentes ao dispositivo ventilatório utilizado, o que poderia enriquecer a discussão dos achados, assim como da condução de um cálculo amostral, que poderia indicar a representatividade da amostra na população. Além disso, a dependência dos dados sobre o registro dos profissionais, que pode não representar reflexo fiel ao que ocorre na prática clínica.

Todavia, este estudo traz dados relevantes, que demonstram que a desvalorização do manejo da dor em crianças hospitalizadas por agravos respiratórios é uma realidade e deve ter visibilidade.

Em estudos futuros, recomenda-se a condução de protocolos prospectivos, que possam avaliar o manejo da dor em crianças com agravos respiratórios à beira do leito, sendo um reflexo real da assistência, assim como de investigações qualitativas que possam compreender as percepções dos profissionais frente ao manejo da dor neste perfil de crianças.

Estudos que observem os locais de hospitalização como variáveis independentes, com um olhar ao pronto-socorro e UTI pediátrica e de tradução e intercâmbio do conhecimento são ainda necessários, visando implementar as evidências já disponíveis na prática clínica, ressignificando um contexto de invisibilidade, tornando a dor importante, visível e mais bem manejada.

CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a desvalorização do manejo da dor em crianças com agravos respiratórios, visto que as suas três etapas foram conduzidas em apenas 22,1% dos casos.

Especificamente sobre cada etapa, todas as crianças foram avaliadas para dor com uma escala validada, 91,4% tinham uma intervenção farmacológica prescrita, porém apenas 68,8% a receberam para alívio da dor. Apenas uma criança recebeu uma intervenção não farmacológica e 25,1% tiveram a dor reavaliada.

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

A realização do manejo da dor esteve associada a crianças cerca de dois anos mais velhas, que receberam intervenção farmacológica, que tiveram a dor reavaliada e que receberam a indicação do diagnóstico de enfermagem NANDA 00132-Dor aguda.

REFERÊNCIAS

1. Rivera BN, et. al. Frequency of respiratory virus-associated infection among children and adolescents from a tertiary-care hospital in Mexico City. Sci Rep. 2023; 13(1):19763. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-023-47035-6.
2. Kleinhans A. Acute pain management protocols in pediatric intensive care units. Crit Care Nurs Clin North Am. 2023; 35(3):247-54. DOI: https://doi.org/10.1016/j.cnc.2023.05.001.
3. Alotaibi K, Higgins I, Day J, Chan S. Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses - integrative review. Int Nurs Rev. 2018; 65(4):534-33. DOI: https://doi.org/10.1111/inr.12465.
4. Navarro MCM, Castellanos ME, Márquez GG, García AR, García PP. Pain Prevalence among children visiting pediatric emergency departments. Pediatr Emerg Care. 2022; 38(5):228-34. DOI: https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002580.
5. Marchetti G, Vittori A, Cascella M, Mascilini I, Piga S, Petrucci E, et. al. Pain prevalence and pain management in children and adolescents in an italian third level pediatric hospital: a cross-sectional study. Ital J Pediatr. 2023; 49(1):41. DOI: https://doi.org/10.1186/s13052-023-01439-2.
6. World Health Organization. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2012 [Cited 2024 Jan 05]; 172p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138354/.
7. Eull D, Looman W, Von SO. Transforming acute pain management in children: a concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. J Clin NUrs. 2023; 32(15-16):5230-40. DOI: https://doi.org/10.1111/jocn.16625.
8. Hu XW, Zhou Y, Yi S, Zhang W, Wang X, Du J, et al. Epidemiological characteristics of respiratory syncytial virus infection among hospitalized children with acute respiratory tract infections from 2014 to 2022 in a hospital in Hubei Province, China: Longitudinal Surveillance Study. JMIR Public Health Surveill. 2023; 9:e43941. DOI: https://doi.org/10.2196/43941.
9. Wang X, Li Y, Mei X, Bushe E, Campbell H, Nair H. Global hospital admissions and in-hospital mortality associated with all-cause and virus-specific acute lower respiratory infections in children and adolescents aged 5-19 years between 1995 and 2019: a systematic review and modelling study. BMJ Glob Health. 2021; 6(7):e006014. DOI: https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006014.
10. Chaiut W, Sapbamrer R, Dacha S, Sudjaritruk T, Parwati I, sumarpo A, et al. Characteristics of respiratory syncytial virus infection in hospitalized children before and during the COVID-19 pandemic in Thailand. J Prev Med Public Health. 2023; 56(3):212-20. DOI: https://doi.org/10.3961/jpmph.23.019.
11. Mahon P, Aitken C, Veiga M, Poitras S. Time for action: understanding health care professionals views on pain and pain management in a pediatric hospital. Pain Manag Nurs. 2023; 24(2):171-9. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.10.002.
12. Kleye I, Hedén L, Karlsson K, Sundler A, Darcy L. Children's individual voices are required for adequate management of fear and pain during hospital care and treatment. Scand J Caring Sci. 2021; 35(2):530-37. DOI: https://doi.org/10.1111/scs.12865.
13. Cuschieri S. The STROBE guidelines. Saudi J Anaesth. 2019; 13(1):31-4. DOI: https://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18.
14. Fenta E, Kibret S, Hunie M, Tamire T, Eshetie D, Seid S, et al. Nurses' knowledge and attitude towards children pain management: a multi-site survey study. Front Pediatr. 2023; 11:1182529. DOI: https://doi.org/10.3389/fped.2023.1182529.
15. Ndengeyingoma A, Lebel V, Alvarez SB. Children and pain: assessment and management according to parents' perspective. Res Nurs Health. 2023; 46(1):93-100. DOI: https://doi.org/10.1002/nur.22271.
16. Baker KM, Phelan AM, Reilly JR, Lansing RW, Schwartztein RM, Banzett RB. Rating dyspnea and pain: "no" is not always "zero". Clin Nurs Res. 2023; 32(1):15-21. DOI: https://doi.org/10.1177/10547738221134564.
17. Zhu G, Xu D, Zhang Y, Wang T, Zhang L, Gu W, et al. Epidemiological characteristics of four common respiratory viral infections in children. Virol J. 2021; 18(1):10. DOI: https://doi.org/10.1186/s12985-020-01475-y.
18. Fillatre A, François C, Segard C, Duverlie G, Hecquet D, Pannier C, et al. Epidemiology and seasonality of acute respiratory infections in hospitalized children over four consecutive years (2012-2016). J Clin Virol. 2018; 102:27-31. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jcv.2018.02.010.
19. Nygaard U, Hartling UB, Nielsen J, Vertergaard LS, Dungu KHS, Nielsen JSA, et al. Hospital admissions and need for mechanical ventilation in children with respiratory syncytial virus before and during the COVID-19 pandemic: a Danish nationwide cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2023; 7(3):171-9. DOI: https://doi.org/10.1016/S2352-4642(22)00371-6.
20. Cui X, Zhao Z, Zhang T, Guo W, Guo W, Zheng J, et al. A systematic review and meta-analysis of children with coronavirus disease 2019 (COVID-19). J Med Virol. 2021; 93(2):1057-69. DOI: https://doi.org/10.1002/jmv.26398.
21. Brasil. Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Dispõe sobre os direitos da criança hospitalizada. Diário Oficial da União [Internet]. 1995 [Cited 2024 Jan 07]. Available from: https://www.gov.br/mdh/pt-br/acesso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucoes-1-a-99.pdf.
22. Souza DM, Fernandes RF, Costa CTS, Borghi CA, Rossato LM. From theory to practice: the inclusion of hospitalized children's families in painful procedures. Rev Esc Enferm USP. 2023; 57:e30340152. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0152en.
23. Escobar-Castellanos ME, Míguez-Navarro MC, García-Mancebo J, Fernández-Monteagudo B, Pascual-García P, Guerrero-Márquez G, et al. How much do parents know about pain in their children? Pediatr Emerg Care. 2023; 39(1):40-4. DOI: https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002585.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.81241

24. Reis KGL, Serranegra NVF, Varela ALV, Almeida PA, Carrer MO, Barreto CP, et al. Child health nursing consultation and competencies for Advanced Practice Nurses. Rev Esc Enferm USP. 2024;58:e20230269. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0269en.
25. Shrestha I, Payakkaraung S, Sanasuttipun W. Pain management competency and its associated factors among nurses. J Nepal Health Res Counc. 2023; 20(3):623-9. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36974848/.
26. Mahon P, Aitken C, Veiga M, Poitras S. Time for action: understanding health care professionals views on pain and pain management in a pediatric hospital. Pain Manag Nurs. 2023; 24(2):171-9. DOI: https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.10.002.
27. Achaliwie F, Wakefield AB, Franklin CM. The impact of education on the knowledge and attitudes of Ghanaian nurse tutors towards the assessment and management of pain in children: A quantitative study. Nurse Educ Today. 2023; 121:105680. DOI: https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105680.

Contribuições dos autores

Concepção, D.M.S., J.A.C. e L.M.R.; metodologia, D.M.S., J.A.C. e L.M.R.; software, D.M.S.; validação, L.M.R.; análise Formal, D.M.S.; investigação, D.M.S., D.F.O., M.L.L.M.S., J.A.C. e L.M.R.; obtenção de recursos, L.M.R.; curadoria de dados, J.A.C.; redação - preparação do manuscrito, D.M.S., D.F.O. e M.L.L.M.S.; redação – revisão e edição, D.M.S., D.F.O., M.L.L.M.S. e L.M.R.; visualização, J.A.C.; supervisão, L.M.R.; administração do Projeto, L.M.R. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.