

Representações sociais dos profissionais de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica

Social representations of nursing professionals on pain assessment in pediatric oncology patients

Martins Rodrigues de Sousa¹, Edna Maria Camelo Chaves², Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares²

DOI 10.5935/2595-0118.20220007

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Por ser a dor algo subjetivo, uma experiência pessoal e única, os profissionais não podem ignorá-la ou mesmo subestimá-la, ainda mais pensando na criança oncológica. Objetivou-se apreender as representações sociais dos técnicos de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica.

MÉTODOS: Pesquisa qualitativa, utilizou como fundamentação a Teoria das Representações, coleta realizada no setor de cuidados oncológicos pediátricos, no mês de março de 2017.

RESULTADOS: Participaram do estudo seis técnicas de enfermagem, suas falas foram agrupadas, ocorreu categorização temática, a saber: a categoria 1. Percepção da dor na criança oncológica, apresentando duas subcategorias (métodos de avaliação da dor e protocolo institucional para avaliar a dor) e a categoria 2. Dificuldades para aplicação do método de avaliação da dor.

CONCLUSÃO: A avaliação da dor da criança oncológica é limitada pelas profissionais de enfermagem, que a realizam de forma empírica ou mesmo tocando e observando a alteração da face. Sem um instrumento de medida padronizado e validado, essa avaliação pode não ser fidedigna, mesmo entendendo que em parte deve-se ao processo de adaptação à realidade social que foi estabelecida no sistema de assistência.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Dor do câncer, Enfermagem oncológica, Oncologia.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: As pain is subjective, a personal and unique experience, professionals cannot ignore it or even underestimate it, especially thinking about the pediatric cancer patient. The objective was to apprehend the social representations of the nursing technicians on pain assessment in oncological children.

METHODS: Qualitative research, based on the Representation Theory. Collection was carried out in the pediatric oncology care sector in March 2017.

RESULTS: Six nursing technicians participated in the study, their speeches were grouped through a thematic categorization, namely: category 1. Pain perception in pediatric cancer patients, with two subcategories (pain assessment methods and institutional protocol for pain assessment) and category 2: Difficulties in applying the pain assessment method.

CONCLUSION: Pain assessment of pediatric oncology patients is limited by nursing professionals, who perform it empirically or even through touching and observing face changes. Without a standardized and validated measurement instrument, this assessment may not be reliable, even though it's understandable that this is partly due to the process of adapting to the social reality that was established in the care system.

Keywords: Cancer pain, Nursing care, Oncology nursing, Pain measurement.

INTRODUÇÃO

O câncer é visto como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, comprometendo não apenas a saúde da população, mas a estabilidade psicológica de quem o vivencia¹. Dentre as causas de mortes infantojuvenis no Brasil, o câncer aparece em destaque por apresentar maior número de mortes em crianças e adolescentes entre um e 19 anos de idade².

O câncer infantojuvenil envolve um conjunto de doenças constituídas pela multiplicação descontrolada de células anormais e por células indiferenciadas. Dentre os tipos mais comuns, estão as leucemias, linfomas, neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, sarcomas, osteosarcomas e tumores germinativos³.

São várias as mudanças de quem recebe o diagnóstico de câncer, quando acontece na infância não é diferente. Desde o diagnóstico, tratamento e desfecho da cura ou sua impossibilidade, há graus variados de sofrimentos para a família, profissionais e principalmente para a criança. Essas etapas, repletas de significados, provocam

Martins Rodrigues de Sousa – <https://orcid.org/0000-0002-4125-8660>;
Edna Maria Camelo Chaves – <https://orcid.org/0000-0001-9658-0377>;
Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares – <https://orcid.org/0000-0003-4398-2633>.

1. Centro Universitário Dr. Leão Sampaio, Enfermagem, Juazeiro do Norte, CE, Brasil.
2. Universidade Estadual do Ceará, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, CE, Brasil.

Apresentado em 05 de fevereiro de 2021.

Aceito para publicação em 19 de novembro de 2021.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Correspondência para:

Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares

E-mail: raquel.tavares@aluno.uece.br

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

mudanças que necessitam de ajustamento e acompanhamento pela equipe multidisciplinar, inclusive psicológico para a família^{2,3}.

Durante a internação para o tratamento do câncer, a criança passa pela alteração de sua rotina devido aos exames, procedimentos dolorosos e invasivos, como quimioterapia, e vários efeitos adversos, que podem afetar o desenvolvimento físico, intelectual e emocional⁴.

A criança recebe tratamento de acordo com o tipo de câncer que apresenta, os quais podem ser quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Dentre os efeitos adversos que podem surgir com o tratamento, estão as alterações no sistema digestório, como náuseas, vômitos, diarreia, redução do apetite e apatia, com consequente perda do cabelo e peso^{5,6}.

Para isso, a atribuição do enfermeiro consiste em realizar assistência aos pacientes oncológicos, compreendendo avaliação diagnóstica, tratamento, reabilitação e atendimento aos familiares, além do desenvolvimento de ações educativas junto à população para prevenção e tratamento do câncer infantil¹.

A enfermagem está presente em diferentes etapas do cuidado, integrando a família ao tratamento, minimizando o sofrimento infantil, buscando a promoção de ações de controle da dor, bem como reconhecendo os sinais e sintomas da doença³. A qualificação do profissional permite que se desenvolva assistência pediátrica, observando e compreendendo todos os fenômenos que envolvem o tratamento do câncer¹.

Um evento muito comum e angustiante no tratamento do câncer infantil é a dor, definida como uma “experiência sensitiva e emocional desagradável associada, ou semelhante àquela associada, a uma lesão tecidual real ou potencial”⁷. Essa dor pode estar associada a um efeito secundário, como tratamento, procedimentos diagnósticos invasivos e tratamento farmacológico, ou mesmo uma combinação de fatores estressores devido à internação prolongada, perda de autonomia da criança e medo^{5,6}.

Mesmo entendendo que a dor é uma experiência pessoal e única, associada a fatores biológicos, psicológicos e sociais, deve-se lembrar que se trata de fenômenos diferentes⁷; não se deve ignorá-la ou mesmo subestimá-la, especialmente ao se tratar de criança oncológica. Para isso, o profissional deverá ser sensível e entender a dor como um fenômeno, que está presente em todas as etapas do tratamento. Partindo dessa perspectiva, considera-se fundamental o gerenciamento da dor na criança oncológica como um cuidado de enfermagem, o qual deve contemplar a multidimensionalidade da dor oncológica crônica, percebendo o sofrimento infantil e familiar, bem como aspectos subjacentes que permeiam o processo de hospitalização infantil⁶. Dessa forma, a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite compreender a dor da criança com câncer partindo de diversas representações para os profissionais, possibilitando assistência ampliada baseada na construção da realidade. Em se tratando de uma teoria sobre a produção dos saberes sociais^{8,9}, ampliar o olhar da dor partindo da visão dos profissionais possibilitaria a produção do cotidiano da criança, fazendo-o pertencer ao mundo de experiências vividas pelos profissionais.

Logo, a TRS é vista como modalidade de conhecimento elaborada de forma social e compartilhada, objetivando a contribuição para construção da realidade comum ao conjunto social⁸⁻¹⁰. Assim, os fenômenos que fazem parte das TRS podem ser vistos por toda parte, desde a cultura, locais de trabalho, instituições, práticas sociais e até

mesmo diante dos pensamentos individuais. Para se ter uma Representação Social (RS), o objeto em estudo deve ter, inicialmente, uma suficiente relevância cultural ou uma espessura social¹⁰.

Ante o exposto, percebeu-se a importância de apreender esse conhecimento que os técnicos de enfermagem possuem sobre as medidas de avaliação da dor na criança oncológica e quais os meios de intervenção que usam para prevenção da dor. Isto posto, objetivou-se apreender as representações sociais dos técnicos de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica.

MÉTODOS

Este estudo foi elaborado com base no guia *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹¹.

O autor estudante do último período de enfermagem conduziu todas as entrevistas após treinamento sobre condução das entrevistas. Não havia nenhum tipo de relacionamento previamente estabelecido entre os entrevistados e entrevistadores. Inicialmente, as participantes da amostra não sabiam quaisquer informações sobre o entrevistador, nem quais seriam seus objetivos pessoais, nem as razões que o motivaram a desenvolver a pesquisa. Posteriormente, foi apresentado o objetivo estabelecido na presente pesquisa, a saber, investigar as RS dos técnicos de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica. Ademais, não foram relatadas para as participantes informações quaisquer sobre o entrevistador, quais seriam suas expectativas, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que utilizou como fundamentação a TRS para apreender as representações sociais dos técnicos de enfermagem sobre a avaliação da dor na criança oncológica.

O processo de amostragem foi por conveniência. A coleta foi realizada no Setor de Cuidados Oncológicos Pediátricos de um hospital de referência no Ceará. A Unidade Oncológica Pediátrica é anexa a ala de pediatria do referido hospital. No período da coleta, encontrava-se com uma enfermeira diarista e seis técnicos de enfermagem. Para atingir o objetivo proposto, optou-se por entrevistar os técnicos, obedecendo aos critérios de inclusão: técnicos de enfermagem, lotados no setor de oncologia pediátrica e com mais de 6 meses de experiência no setor. Como critério de exclusão, foram considerados: técnicos de enfermagem com tempo de serviço inferior a seis meses e aqueles que estivessem de férias e/ou atestado médico.

Os participantes foram abordados pessoalmente, sendo previamente agendadas datas e horário para sua realização. Foram incluídas seis técnicas de enfermagem no estudo. Nenhuma pessoa se recusou a ser entrevistada nem desistiu de permanecer no estudo a posteriori. Os dados foram coletados no local de trabalho das profissionais, no repouso de enfermagem do setor de trabalho, em ambiente calmo e privativo, apenas com o entrevistador e a participante, para preservar sua individualidade. Cabe lembrar que alguns dados das participantes foram coletados, como sexo, idade, tempo de experiência profissional na unidade e curso de capacitação e qualificação profissional. O entrevistador forneceu instruções iniciais e perguntas para a amostra do estudo, por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado com perguntas norteadoras que pudessem atingir o objetivo da pesquisa, sem ter realizado etapa com teste-piloto. As entrevistas foram realizadas uma única vez com cada participante. Cabe informar que

os participantes foram questionados acerca do uso de escalas para avaliação da dor no setor de oncologia pediátrica. Contudo, diante da inexistência do uso de instrumentos validados e padronizados, o roteiro sofreu adaptações para saber como os técnicos de enfermagem realizam e compreendem a dor na criança.

Cada entrevista teve uma duração aproximada de 30 minutos, sem uso de gravador. Não foram feitas notas de campo durante e/ou após a entrevista. A saturação de dados não foi discutida nesse estudo. As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e edição das informações transcritas, com posterior devolução ao pesquisador.

Foram utilizados quatro codificadores, representados como duas categorias, sendo que uma das categorias apresentou duas subcategorias. A partir dos relatos das profissionais entrevistadas, os temas foram derivados dos dados, o que gerou a categorização temática, a saber: 1. Percepção da dor na criança oncológica (que apresentou, por sua vez, duas subcategorias: 1.a. Métodos de avaliação da dor e 1.b. Protocolo institucional para avaliar a dor) e 2. Dificuldades para aplicação do método de avaliação da dor.

As citações das participantes encontram-se apresentadas para melhor exemplificar e ilustrar os achados obtidos durante a entrevista. Cada citação está identificada para preservar o anonimato dos participantes e organizar os dados, usando os códigos TE, referente a “técnico de enfermagem”, seguido por números, determinando a sequência das entrevistas.

Esta pesquisa respeitou todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012, que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, com parecer nº 2.085.927.

RESULTADOS

A participação nesta pesquisa se deu totalmente por técnicos de enfermagem, mostrando dominância do sexo feminino. No que se refere ao tempo de experiência na área de oncologia pediátrica, uma das participantes possuía entre seis meses e um ano de experiência, três possuem entre dois e cinco anos e duas entre 10 e 16 anos de experiência.

Quanto aos cursos de capacitação e/ou especialização específica para oncologia pediátrica, nenhuma apresentou formação na área, mas apresentaram experiência profissional em Pediatria, Clínica Médica, Centro Cirúrgico e Geriatria.

Percepção da dor na criança oncológica

Na primeira categoria, foi possível observar a percepção que as técnicas de enfermagem possuem em reconhecer a dor que é sentida pela criança oncológica, bem como reconhecer em quais momentos apresenta maior ocorrência, esboçando reações dolorosas e quais os métodos que utilizam para realizar a avaliação da dor.

“Eu percebo pelas manifestações, assim no caso de inquietação, choro frequente, agitação, uma palidez e uma sudorese” (TE2).

“Percebo sim, é choro persistente, irritabilidade, fica inquieto” (TE3).

“Sim. Assim, porque é notável, não é? O choro é, o choro mesmo” (TE6).

Já outras afirmaram que a dor só é observada durante a realização de procedimentos sabidamente dolorosos, como: acessos venosos,

curativos e administração de fármacos. Entretanto, uma entrevistada relacionou a dor como fator proveniente da própria doença e outra mencionou o medo.

“Digamos, se for uma dor de uma cirurgia, alguma coisa, quando toco a criança já começa a chorar, fica irritada. E se for do acesso, quando está fazendo uma medicação e esteja fora da veia, só em você tocar, às vezes só em olhar já começam a chorar” (TE4).

“Numa punção periférica, numa administração de medicamento, é, rotineira mesmo, não é? Porque normalmente uma criança sente dor quando você vai fazer um procedimento ou da doença dela mesmo, dependendo do estágio que esteja” (TE1).

“Quando a gente está fazendo algum tipo de procedimento, tem criança que está chorando, por vezes porque está com dor, já tem outras que não. Por medo, quando a gente está punccionando um acesso, trocando um curativo, por estar mexendo com ela, às vezes não é dor, a gente percebe que não é dor, é só medo” (TE5).

Métodos de avaliação da dor

Quando questionadas sobre o conhecimento de métodos que podem ser usados para avaliar e mensurar a dor da criança, apenas uma relatou escala numérica, descrevendo como é realizada.

“Eu conheço aquela da escala de números. A escala numérica que você pede para a criança dizer sua dor, de 0 a 10 quanto é?” (TE1).

As demais participantes não souberam relacionar instrumentos de avaliação de dor válidos, e demonstraram em suas falas que realizam a avaliação usando métodos empíricos, como palpação e movimentação na criança ou mesmo a experiência subjetiva de longos anos de trabalho no setor.

“Sim. No caso tocando a criança, quando você pega, no caso às vezes para você colocar na cama ou na cadeira, então você percebe que está com dor” (TE6).

“O método mais conhecido no caso é a palpação” (TE2).

“Ao tocar, movimentar a criança, a gente identifica se está sentindo dor ou não” (TE5).

“Que a gente utiliza na maioria das vezes é o toque, que a gente toca no local afetado, que a mãe acha que a criança esteja sentindo, se o choro persistir a gente comunica o médico” (TE4).

“Pela minha experiência, observo muito, sabe! Observo como aquela criança está, como ela está se comportando, é mais isso. É mais questão de experiência” (TE3).

Protocolo institucional para avaliar a dor

Como a unidade de oncologia pediátrica não possui um protocolo institucional para avaliar a dor, as técnicas de enfermagem observam outras alterações nas crianças. Logo, a inexistência do protocolo validado e padronizado dificulta as condutas dos profissionais, bem como assistência adequada à criança e reitera que se existe não foi repassado para todas as profissionais.

“Protocolo não” (TE4).

“Não, eu não utilizo aqui na oncologia pediátrica não” (TE5).

“Não. Assim eu não conheço não. No caso assim, só as próprias queixas das crianças” (TE6).

“Não, a gente não tem essa prática do método não. É mais pelos sintomas” (TE2).

“Até o meu conhecimento não. Se tem, não foi repassado para os profissionais” (TE1).

“Não. Eu não uso esse método, avalia quando está em contato com a criança, quando vai punccionar ‘um acesso’, é a única maneira que tem de avaliar a dor, se for movimentar, aí vê através do choro e da inquietação” (TE3).

Dificuldades para avaliar a dor

Como as técnicas de enfermagem não passaram por nenhum tipo de curso de capacitação e qualificação sobre humanização da assistência à criança oncológica que contemplasse avaliação da dor, houve uma dificuldade em responder de forma técnica e embasada na literatura como reconhecem a dor, demonstrando que a avaliação empírica se sobressai, além dos anos de experiência profissional, sendo levadas a questionar e desqualificar a existência real dessa dor.

“Você tem de saber lidar com a criança para saber se é um choro de fome, se realmente é de dor. Por exemplo, uma criança que não quer sugar, uma criança que por nada acalenta, aquele choro frequente, aquela criança não está normal, alguma coisa está acontecendo, ela está sentindo alguma dor, eu vejo assim, porque criança que chora, alguma coisa sente” (TE3).

“Existe! Só não sei dizer qual” (TE4).

“Não, não é fácil não. Muitas vezes a criança não está com uma dor física, às vezes é dor psicológica, pelo ambiente que ela se encontra, pelo estado que ela está” (TE5).

Criar métodos de avaliação devido à inexistência da padronização, além de observar o comportamento da criança aliada a experiência profissional, possibilitam interpretar corretamente suas reações no que se refere a dor da criança.

“Sim, tem dificuldade, pois não tem um método que avalie. Um método eficaz que possa ser utilizado e dar uma resposta de imediato, a gente não tem” (TE2).

“Na realidade como te disse, não existe, a gente que cria, muitas vezes como eu dei o exemplo da medicação, porque assim é a única forma que a gente tem, mas na realidade não existe” (TE1).

“Não, acho que não é fácil, vai depender muito da sua experiência ali, o dia a dia com aquela criança” (TE6).

Todas as participantes consideraram não ser fácil avaliar a dor, ainda mais quando não se conhece e não se considera a dor como sendo algo real. Salienta-se que não só a observação, mas sensibilização e tempo de experiência do profissional, possibilitam avaliar a dor e manejá-la de forma adequada, minimizando sofrimentos e traumas.

DISCUSSÃO

Os fragmentos das entrevistas evidenciaram a existência de representação da dor na criança oncológica, pois as entrevistadas reconhecem a dor durante o tratamento e procedimentos, mas não sabem quantificá-la. As técnicas questionam se a dor é real ou imaginária, ignorando a informação relatada pela criança.

As representações são fenômenos complexos que atuam sobre a vida social. Essa complexidade permite dizer que sua manifestação pode ocorrer através de diversos elementos, quer sejam informativos, crenças ou opiniões. Com isso, esses fenômenos são repassados e compartilhados, tendo como objetivo prático a construção de uma

realidade que seja comum a um determinado conjunto social⁸. As participantes deste estudo reconhecem a dor, principalmente por meio do comportamento da criança, desde inquietação, choro frequente, agitação, palidez e sudorese. No entanto, os instrumentos validados, que permitem mensurar a dor, ainda não foram instituídos na rotina da unidade para avaliação eficaz.

A dor da criança com câncer por vezes é reconhecida apenas diante da realização do procedimento doloroso, como punção ou no período pós-operatório. Contudo, existe questionamento das profissionais se a dor é real ou imaginária. Esse descrédito no discurso da criança pode ser evidenciado quando a participante menciona o surgimento da dor devido ao medo da punção, e isso conduz ao pensamento sobre a representação da fala da criança ou a construção da própria infância.

A infância foi construída a partir de vários eventos históricos, culturais, sociais e econômicos que interferiram e ainda podem interferir nessa construção social. As concepções vistas como “universalizantes” e “naturalizantes” são baseadas em outras infâncias, embora possam ter sido constituídas a partir das construções sociais, envoltas de vários significados de acordo com as diversas camadas da sociedade¹².

É importante a visão do profissional sobre a dor da criança e seu discurso quanto ao fato de ser real ou imaginária, mas é preciso compreender como o profissional enxerga, avalia e acredita na criança e em seu discurso, visto que a falha nessa compreensão pode levar a negligência e/ou subestimação da dor, causando mais sofrimento.

Quando se consideram as representações sociais do câncer, devem ser detectadas suas dimensões, principalmente as negativas verbalizadas pelos pacientes, associadas sempre ao temor da morte, sofrimento e dor, além do tratamento, por vezes, prolongado, levando a dificuldade no enfrentamento da doença. Contudo, mesmo entendendo a associação entre gravidade das neoplasias com dor e sofrimento, torna-se necessário repensar formas de ressignificar essa experiência, ampliando o olhar para “viver, sentir e falar”,¹³ respeitando a idade dos envolvidos, bem como sua identidade e pertencimento.

Quando se analisa a construção social da infância baseada na realidade social, não para justificar a visão de exclusão do discurso da criança, é possível entender como o profissional construiu seu conceito de infância. Logo, essas ações implicam na produção e reprodução dessas realidades, levando ao comprometimento da assistência realizada¹².

Observar e compreender cada elemento representacional é importante na assistência pediátrica, considerando a complexidade das mudanças no cotidiano diante do adoecimento infantil, tanto no contexto individual quanto familiar e sua nova configuração social¹³.

O que se viu ao longo dos tempos na prática clínica foi a construção do poder nas decisões durante a internação e realização dos cuidados à criança, o qual sempre esteve subordinado aos seus responsáveis legais, quer sejam pais ou tutores, e profissionais de saúde. Evidentemente, devido às características jurídicas construídas no Brasil, a criança não possui espaço para opinar ou mesmo participar nessa tomada de decisão e nem diante dos procedimentos que serão realizados¹⁴.

Essas representações compõem a consciência coletiva, além de explicar objetos e acontecimentos em torno do fenômeno, tornando-os mais acessíveis à compreensão de qualquer um¹⁰.

Utilizar apenas métodos empíricos ao avaliar a dor, justificada na experiência profissional, pode resultar numa avaliação inadequada, por não ter fidedignidade. A RS é uma forma de conhecimento socialmente elaborada, construída ao longo das interações sociais com o mundo, a qual pode ser vista durante interação entre os atores do cuidado. Ao observar o agrupamento desses conjuntos de significados, é possível dar sentido tanto aos fatos novos quanto aos desconhecidos, mas vistos no cotidiano⁸ como o reconhecimento da dor na criança oncológica.

Nas representações sociais de pacientes oncológicos, o tratamento é visto de forma ambígua, por um lado é opção de cura, ao mesmo tempo repleto de efeitos adversos em decorrência dessa terapêutica¹⁵. Assim, essa apreensão negativa da experiência do tratamento, aliada à descrença profissional dos sintomas algícos dos pacientes pediátricos, confirma essa imagem de dor e sofrimento, repercutindo negativamente no tratamento.

A equipe de enfermagem, pelo seu acompanhamento diário e ininterrupto ao paciente, pode auxiliá-lo fornecendo condição humanizada durante seu tratamento¹⁵. Para isso, é necessário que o profissional demonstre empatia à condição da dor dessa criança, possibilitando reconstrução de suas representações sociais.

Na subcategoria do protocolo institucional, é possível compreender a inexistência da padronização para avaliação, ocasionando quebra da qualidade na assistência e segurança do paciente, pois a ausência do instrumento de avaliação validado possibilita aos profissionais o não reconhecimento do evento, prejudicando sua conduta, além de minimizar ou desqualificar o sofrimento.

Refletir sobre a segurança do paciente na oncologia pediátrica, entendendo o crescimento e desenvolvimento infantil, além de perceber a família como aliada no cuidado, permite conhecer todas as particularidades e singularidades, considerando o discurso do cuidador. Dentre as principais causas que podem comprometer a segurança da criança estão: identificação, experiência dos profissionais, realização de procedimentos técnicos, cálculos de doses de fármacos e a comunicação interprofissional¹⁶.

Essa segurança do paciente é vista como a qualidade na realização da assistência e deve ser efetivada em todas as áreas assistenciais da saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a segurança deve ser vista como uma ausência de danos evitáveis para o paciente durante a realização da assistência, bem como redução de riscos de danos ou lesões que estejam relacionados ao cuidado em saúde¹⁷.

Logo, as RS dos discursos das participantes sobre a ausência de instrumentos mostram reflexo de uma realidade que muitas instituições de saúde vivenciam. Essa ausência de padronização expressa numa construção de vários significados que permeiam interpretação da realidade, evidenciando a inexistência da padronização da avaliação, culmina na avaliação empírica orientada pelo conhecimento e observação profissional. Assim, esse cuidado mostra uma lacuna, representada pela construção de RS das profissionais.

Essas RS concorrem para tal identidade comum aos indivíduos, promovendo identificações e diferenciações sociais, possuindo base na afiliação e pertencimento ao grupo social. Dessa forma, essa categorização social, construída entre “quem somos e quem não somos”, leva a compreensão da realidade que determinará sua identidade¹⁸.

Oferecer assistência segura ao paciente oncológico pediátrico baseada nas metas internacionais de segurança contribuiu para qualidade da assistência de enfermagem. Assim, o processo de trabalho das técnicas de enfermagem deve garantir assistência pediátrica segura, tendo em vista que as crianças possuem diferenças anatômicas, fisiológicas, bem como estágios de desenvolvimento diferenciados, com necessidades específicas distintas para cada faixa etária¹⁷.

O papel da enfermagem, além de exercer o cuidado, perpassa o processo de assistência, avaliação, planejamento, intervenção, orientação, realização de procedimentos e administração de fármacos, realizado com conhecimento e comprometimento profissional. A falta de qualidade nesse processo pode ensejar eventos adversos capazes de ser evitados por intervenções gerenciais, como a capacitação da equipe pela educação continuada sobre todas as etapas de cuidar, visando maior segurança do paciente na oncologia pediátrica¹⁹.

Garantir à criança assistência segura faz parte do planejamento que permite a continuidade da assistência¹⁷, principalmente analisando eventos algícos que a criança portadora de doença oncológica experimenta durante o tratamento. Esse relacionamento no qual a enfermagem está inserida permite que os pacientes expressem seus anseios e demonstrem suas necessidades²⁰, contudo, a análise dos discursos das participantes evidencia pouca credibilidade quanto ao relato de dor da criança.

O uso de instrumentos que avaliem a intensidade dos eventos algícos pela equipe de enfermagem minimiza a ansiedade frente ao desconhecido. Para isso, conversar com a criança, orientando e estimulando a colaboração durante seu tratamento, além de esclarecer dúvidas, reduzirá consideravelmente o medo e a dor.

O profissional deve observar o nível de desenvolvimento infantil, se ele é pré-verbal, se a criança está impossibilitada de comunicar sua dor, além de observar outras manifestações como choro, alteração da face ou gestos, permitindo mensuração da dor por meio de instrumentos padronizados. Os serviços de saúde devem selecionar instrumentos que estejam de acordo com a condição específica da criança para não haver dificuldade no manuseio pela equipe, favorecendo a assistência.

A limitação deste estudo foi a amostra pequena e por conveniência, obtida em um serviço hospitalar.

CONCLUSÃO

A avaliação da dor da criança oncológica pelas técnicas de enfermagem é inadequada, visto que a realizam de forma empírica, por meio de observações não padronizadas do comportamento ou do relato das crianças. A avaliação empírica, respaldada apenas na experiência profissional, pode ter origem na construção do processo de adaptação à realidade social que foi estabelecida no sistema de assistência.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Martins Rodrigues de Sousa

Coleta de Dados, Investigação, Redação - Preparação do original

Edna Maria Camelo Chaves

Redação - Revisão e Edição

Ana Raquel Bezerra Saraiva Tavares

Metodologia, Redação - Revisão e Edição, Supervisão

REFERÊNCIAS

1. Rolim DS, Arboit EL, Kaefer CT, Marisco NS, Ely GZ, Arboit J. Produção científica de enfermeiros brasileiros sobre enfermagem e oncologia: revisão narrativa da literatura. *Arq Cienc Saúde UNIPAR*. 2019;23(1):41-7.
2. Santos MR, Wiegand DL, Sá NN, Misko MD, Szylit R. From hospitalization to grief: meanings parents assign to their relationships with pediatric oncology professional. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03521.
3. Santos GFATF, Alves DR, Oliveira AMM, Dias KCCO, Costa BHS, Batista PSS. Cuidados paliativos em oncologia: vivência de enfermeiros ao cuidar de crianças em fase final da vida. *Rev Fun Care Online*. 2020;12:689-95.
4. Neves SJO, Prado PF. Contação de Histórias em Unidade Oncológica Pediátrica. *Rev Bras Cancerol*. 2018;64(3):383-7.
5. Díaz-Morales K, Reyes-Arvizu J, Morgado-Nájera K, Everardo-Domínguez D. Síntomas en niños con cáncer y estrategias de cuidado familiar. *Rev Cuid*. 2019;10(1):e597.
6. Silva TP, Silva LJ, Ferreira MJC, Silva ÍR, Rodrigues BMRD, Leite JL. Aspectos contextuais sobre o gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança com dor oncológica crônica. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(3):e3400017.
7. Santana JM, Perissinotti DMN, Oliveira Junior JO, Correia LMF, Oliveira CM, Fonseca PRB. Definição de dor revisada após quatro décadas. *BrJP*. 2020;3(3):197-8.
8. Sousa KN, Souza PC. Representação social: Uma revisão teórica da abordagem. *Research, Society and Development*. 2021;10(6):e38610615881.
9. Bertoni LM, Galinkin AL. Teoria e métodos em representações sociais. In: Mororo LP, Couto MES, Assis RAM. *Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias* [online]. Ilhéus, BA: EDITUS, 2017, pp. 101-122. DOI: 10.7476/9788574554938.005. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>.
10. Araújo EM, Vieira VMO, Borges HV. A experiência de vida como um sistema dinâmico e aberto: um diálogo entre Merleau-Ponty e Moscovici. *Braz J Develop*. 2021;7(8):85367-94.
11. EQUATOR Network. Enhancing the QUALity and Transparency of health Research (EQUATOR Network) [Internet]. EQUATOR Network. 2019. [cited 2020 Mai 20]. Available from: <http://www.equator-network.org/>
12. Martins EC, Viana CVA. Representação da infância e representatividade infante: posições ético-políticas. *Psicol Clin*. 2020;32(1):151-72.
13. Wakiuchi J, Oliveira DC, Marcon SS, Oliveira MLF, Sales CA. Meanings and dimensions of cancer by sick people – a structural analysis of social representations. *Rev Esc Enferm USP*. 2020;54:e03504.
14. Bubadué RM, Cabral IE, Carnevale F, Asensi FD. Análise normativa sobre a voz da criança na legislação brasileira de proteção à infância. *Rev Gaúcha Enferm*. 2016;37(4):e58018.
15. Wakiuchi J, Marcon SS, Oliveira DC, Sales CA. A quimioterapia sob a ótica da pessoa com câncer: uma análise estrutural. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180025.
16. Franco LF, Bonelli MA, Wernet M, Barbieri MC, Dupas G. Patient safety: perception of family members of hospitalized children. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(5):e20190525.
17. Ferraz SCS, Rocha PK, Tomazoni A, Waterkemper R, Schoeller SD, Echevarría-Guanilo MEC. Uso das tecnologias de enfermagem para uma assistência segura no perioperatório pediátrico. *Rev Gaúcha Enferm*. 2020;41:e20190251.
18. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Ser enfermeira intensivista: elementos identitários presentes no campo das representações sociais. *Rev Enferm UERJ*. 2018;26:e20787.
19. Manzo BF, Brasil CLGB, Reis FFT, Correa AR, Simão DAS, Costa ACL. Segurança na administração de medicamentos: investigação sobre a prática de enfermagem e circunstâncias de erros. *Enferm Glob*. 2019;18(56):19-31.
20. Frías EL, Ruiz MAV, García CC. Clima ético y cultura de seguridad del paciente pediátrico en un hospital de especialidad del sureste de México. *Horizonte Sanitario*. 2019;18(2):201-10.