UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

CUIDADO À CRIANÇA COM DOR
PÓS-OPERATÓRIA:
EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS PEDIATRAS

RIBEIRÃO PRETO
2006

MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

**CUIDADO À CRIANÇA COM DOR
PÓS-OPERATÓRIA:
EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS PEDIATRAS**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem,
junto ao Programa de Pós-Graduação de
Enfermagem em Saúde Pública.

**LINHA DE PESQUISA:
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE**

**ORIENTADOR:
PROFª DRª: REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA**

**RIBEIRÃO PRETO
2006**

FOLHA DE APROVAÇÃO

MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

CUIDADO À CRIANÇA COM DOR PÓS-OPERATÓRIA:

EXPERIÊNCIAS DE ENFERMEIRAS PEDIATRAS

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Enfermagem, junto
ao Programa de Pós-Graduação de Enfermagem
em Saúde Pública.

LINHA DE PESQUISA:

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

APROVADO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

PROFA. DRA. REGINA APARECIDA GARCIA DE LIMA – PRESIDENTE/ORIENTADORA

INSTITUIÇÃO: EERP – USP

ASSINATURA: _____

PROFA DRA. LISABELLE MARIANO ROSSATO

Instituição: EE-USP

ASSINATURA: _____

PROFA DRA. LUCILA CASTANHEIRA NASCIMENTO

INSTITUIÇÃO: EERP-USP

ASSINATURA: _____

PROFA DRA. MARA LÚCIA GARANHANI

INSTITUIÇÃO: UEL

ASSINATURA: _____

PROFA DRA. MÁRCIA MARIA FONTÃO ZAGO

INSTITUIÇÃO: EERP-USP

ASSINATURA: _____

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

**Catálogo na publicação elaborada pela Divisão de Processos Técnicos da
Biblioteca Central da Universidade Estadual de Londrina.**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

T118c Tacla, Mauren Teresa Grubisich Mendes.
Cuidado à criança com dor pós-operatória : experiências de enfermeiras
pediatras / Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla. – Ribeirão Preto,
2006.
227f. + apêndices.

Orientador : Regina Aparecida Garcia de Lima.
Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. Escola
de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2006.
Bibliografia : f. 212-227.

1. Dor pós-operatória – Crianças – Teses. 2. Enfermagem pediátrica –
Teses. 3. Dor – Crianças – Teses. 4. Crianças – Cirurgia – Teses. I. Lima,
Regina Aparecida Garcia de. II. Universidade de São Paulo. Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto. III. Título.

CDU 616.8-009.7-053.2

Dedicatória

A meu amado marido Oscar,
minha alma gêmea,
que preenche minha vida em todos os sentidos.
Sem seu ombro e suas epígrafes
esta tese não teria existido.

A meus filhos Fernando e Felipe,
pela ajuda na coleta dos dados e
por me perguntarem muitas vezes
se as idéias estavam “fluindo”.
Amo vocês!

Agradecimentos

À Professora Doutora Regina Aparecida Garcia de Lima,
pela orientação, pelo apoio nos momentos difíceis,
pela compreensão das minhas dificuldades e
limitações e por acreditar neste projeto.
Espero que o afeto que nos une
seja fortalecido com o passar dos anos.

Às Professoras Doutoras Lisabelle Rossato,
Lucila Castanheira Nascimento,
Márcia Maria Fontão Zago,
Mara Lúcia Garanhani,
pelas sugestões dadas a este estudo
e pela forma com que me acolheram.

Aos meus pais Maurícia e Fernando,
pelo incentivo constante.

À Dalete,
pela ajuda inestimável na análise das entrevistas
e pela solidariedade demonstrada durante
a elaboração desta tese.

À minha irmã Sarita e à Mari
pela obtenção das imagens que apresentam
os capítulos deste estudo, pela rapidez e competência
com que cumpriram essa tarefa.

À minha sobrinha Mariana e
ao meu sobrinho Eduardo
pelo auxílio na conferência de parte dos dados.

À Naemi,
incansável e prestativa auxiliar de pesquisa,
meu agradecimento e admiração pelo seu desprendimento
e empenho constantes.

Às colegas do Departamento de Enfermagem
da Universidade Estadual de Londrina
pelo apoio recebido,
em especial à Edilaine, à Rosângela e à Sarah,
parceiras da Saúde da Criança.

À Edna,
que além de formatar de forma primorosa este trabalho
é amiga de todas as horas, extrapolando inúmeras vezes
as atribuições a ela confiadas.

À Carmen Scochi,
pelo sorriso com que sempre me recebia
em minhas idas a Ribeirão.

Ao Zé Mário,
pela extrema gentileza com que
me auxiliava nas questões acadêmicas.

Às enfermeiras que participaram deste estudo,
pela disponibilidade e delicadeza
em atender ao meu convite.

Aos funcionários dos hospitais pesquisados,
em especial dos setores de Arquivo,
pela presteza em colaborar na coleta dos dados.

Eu Apenas Queria Que Você Soubesse

GONZAGUINHA

Eu apenas queria que você soubesse
Que aquela alegria ainda está comigo
E que a minha ternura não ficou na estrada
Não ficou no tempo presa na poeira

Eu apenas queria que você soubesse
Que esta menina hoje é uma mulher
E que esta mulher é uma menina
Que colheu seu fruto flor do seu carinho

Eu apenas queria dizer a todo mundo que me gosta
Que hoje eu me gosto muito mais
Porque me entendo muito mais também

E que a atitude de recomeçar é todo dia toda hora
É se respeitar na sua força e fé
E se olhar bem fundo até o dedão do pé

Eu apenas queria que você soubesse
Que essa criança brinca nesta roda
E não teme o corte de novas feridas
Pois tem a saúde que aprendeu com a vida

RESUMO

TACLA, T. G. M. **Cuidado à criança com dor pós-operatória:** experiências de enfermeiras pediatras. 2006. 251p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

Toda cirurgia implica em lesão de tecidos, manipulação de estruturas e órgãos, sendo a dor uma consequência desse processo, que pode, porém, ser minimizada. O presente estudo tem como objetivos caracterizar o processo de manejo da dor aguda na criança no período pós-operatório a partir dos registros contidos nos seus prontuários, identificar como as enfermeiras cuidam das crianças com dor no período pós-operatório e quais fatores influenciam sua prática. Para tanto, foram analisados, retrospectivamente, os registros sobre dor pós-operatória de 300 prontuários de 280 crianças de 0 a 14 anos submetidas à cirurgia no ano de 2004 em três hospitais de uma cidade do interior do Paraná. Também foram ouvidas, por meio de entrevista, as 15 enfermeiras que trabalhavam nas unidades pediátricas dos três hospitais. A caracterização do manejo da dor a partir dos registros dos prontuários indicou a existência de poucos registros sobre dor pós-operatória realizados por enfermeiras, sendo que a grande maioria deles foi realizada por auxiliares ou técnicos de enfermagem, com alguma variação entre os hospitais pesquisados. Procedeu-se a análise qualitativa dos dados, os quais foram agrupados ao redor de três temas: as experiências de dor e suas repercussões; a atuação da enfermeira no manejo da dor pós-operatória; formação, aquisição e disseminação de conhecimentos sobre dor pediátrica. O estudo mostrou que as enfermeiras avaliam a dor pós-operatória de forma assistemática e, em geral, limitam-se ao controle farmacológico da dor. Realizam o manejo da dor na dependência da conduta e prescrição médicas, utilizando forma limitada as estratégias não-farmacológicas de alívio. Demonstraram interesse em ampliar seus conhecimentos na área e na formação de grupos de dor nas instituições em que trabalham. Consideramos que os resultados do estudo podem provocar a discussão do tema nos hospitais pesquisados e, numa visão otimista, podem contribuir para deflagrar e estimular a implementação da avaliação sistematizada da dor em crianças e adolescentes nesses locais.

PALAVRAS-CHAVE: Dor pós-operatória. Criança. Enfermagem pediátrica. Manejo da dor. Dor aguda.

ABSTRACT

TACLA, T. G. M. **Care of children with post-operative pain:** Pediatric nurses experiences. 2006. 251p. PhD Dissertation — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2006.

All surgical procedures involve tissue lesions, manipulation of structures and organs, causing pain which can be minimized during the process. The objectives of this study are to characterize the process of managing post-operative acute pain in children based on their medical records, to identify how nurses care for children in pain during the post-operative period, and which factors affect their practices. The study evaluated 300 medical records on post-operative pain of 280 children, 0-4 y. o., who underwent surgery in 2004, in 3 hospitals located in a city in the interior of the state of Paraná. An interview with 15 nurses who worked in the Pediatric Ward of these hospitals was also carried out. Characterization of pain management from the medical records revealed that only a few nurses make notes of post-operative pain, and that the majority of the records were made by nursing aides and technicians, with some variations among the researched hospitals. Data were analyzed qualitatively and grouped into three topics: the experiences of pain and its consequences, nurses' performance during post-operative pain management, and pediatric pain knowledge development, acquisition and dissemination. Results from the study showed that nurses evaluate post-operative pain a-systematically, which, in general, is limited to pharmacological pain control. Their management depends on the doctor's prescription, thus using limited non-pharmacological pain-relief strategies. They show interest in broadening their knowledge in the area and in developing pain groups in their institutions. We believe that the results from this study may generate a discussion on the topic in these hospitals, and, consequently, contribute to the implementation of a systematic evaluation of pain in children and adolescents in these places.

KEY WORDS: Post-operative pain. Child. Pediatric Nursing. Pain management. Acute pain.

RESUMEN

TACLA, T. G. M. **Cuidados con el niño con dolor en el pos operatorio:** experiencias de enfermeras pediatras. 2006. 251p. Tese (Doctorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.

Toda cirugía implica en lesión de tejidos, manipulación de estructuras y órganos, siendo el dolor una consecuencia de ese proceso, que puede, al menos, ser minimizada. El presente estudio tiene como objetivos caracterizar el proceso del manejo del dolor agudo en los niños en el pos operatorio a partir de los registros contenidos en sus prontuarios, identificar como las enfermeras cuidan de los niños con dolor en el período pos operatorio y cuales los factores que influyen su práctica. Para tanto, fueron analizados, respectivamente, los registros sobre el pos operatorio de 300 prontuarios de 280 niños de 0 a 14 años sometidos a cirugía el año de 2004 en tres hospitales de una ciudad de Paraná. También fueron oídas, por medio de entrevista, las 15 enfermeras que trabajaban en las unidades pediátricas de los tres hospitales. La caracterización del manejo del dolor a partir de los registros de los prontuarios indicó la existencia de pocos registros sobre el dolor pos operatorio realizado por enfermeras, siendo que la gran mayoría de ellos fue realizado por auxiliares o técnicos de enfermería, con alguna variación entre los hospitales pesquisados. Se procedió el análisis cualitativo de los datos, los cuales fueron agrupados alrededor de tres temas: las experiencias de dolor y sus repercusiones; la actuación de la enfermera en el manejo del dolor pos operatorio; formación, adquisición y diseminación de conocimientos sobre el dolor pediátrico. El estudio mostró que las enfermeras evalúan el dolor pos operatorio de manera asistemática y, en general, se limitan al control farmacológico del dolor. Realizan el manejo del dolor en la dependencia de la conducta y prescripción médica, utilizando de forma limitada las estrategias no farmacológicas de alivio. Demostraron interés en ampliar sus conocimientos en el área y en la formación de grupos de dolor en las instituciones en que trabajan. Consideramos que los resultados del estudio pueden provocar la discusión del tema en los hospitales pesquisados y, en una visión optimista, pueden contribuir para deflagrar y estimular la implementación de la evaluación sistematizada del dolor en niños y adolescentes en estos locales.

Palabras clave: dolor pos operatorio, niño, enfermería pediátrica, manejo del dolor, dolor agudo.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA	2.1	Modelo demonstrativo dos fatores que modificam a percepção de dor na criança	40
FIGURA	2.2	Escala visual analógica	51
FIGURA	2.3	Escala de intensidade numérica de dor	51
FIGURA	2.4	Escala de avaliação dos copos	52
FIGURA	2.5	Escala de cores	52
FIGURA	2.6	Escala de avaliação facial de dor de Wong-Baker	53
FIGURA	2.7	<i>Faces pain scale</i>	53
FIGURA	2.8	Escala de Faces	54
FIGURA	2.9	Escala de Playa	54
FIGURA	2.10	Escala de Claro	55
FIGURA	2.11	Escala de Oucher – versão hispânica	56
FIGURA	2.12	<i>Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT)</i>	61

LISTA DE TABELAS

TABELA	4.1	Distribuição de cirurgias realizadas e pesquisadas nos hospitais 1, 2 e 3	98
TABELA	5.1	Caracterização das crianças e tipo de cirurgia.....	106
TABELA	5.2	Caracterização da prescrição e administração de analgésicos e sedativos durante e após as cirurgias nos Hospitais 1, 2 e 3	108
TABELA	5.3	Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 1.....	115
TABELA	5.4	Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 1	117
TABELA	5.5	Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 1	123
TABELA	5.6	Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 2	126
TABELA	5.7	Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 2	128
TABELA	5.8	Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 2	132
TABELA	5.9	Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 3	134
TABELA	5.10	Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 3	136
TABELA	5.11	Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários consultados do Hospital 3	141

TABELA 5.12	Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários dos Hospitais 1, 2 e 3	143
TABELA 5.13	Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospitais 1, 2 e 3	145
TABELA 5.14	Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória dos Hospitais 1, 2 e 3	149

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2.1	Seqüência do desenvolvimento da compreensão da dor	38
QUADRO 2.2	Princess Margareth Hospital Pain Assessment Tool (PMHPAT)	57
QUADRO 2.3	FLACC: <i>Pain Assessment Tool</i>	58
QUADRO 2.4	Escala de dor do <i>Children's Hospital of Eastern Ontario</i>	59
QUADRO 2.5	Escala de conforto para avaliação de dor pós-operatória (<i>Comfort Scale</i>)	60
QUADRO 4.1	Caracterização das enfermeiras entrevistadas	96

SUMÁRIO

1 A ESCOLHA DO TEMA	16
2 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	24
2.1 O CONCEITO DE DOR	25
2.2 CARACTERÍSTICAS DA DOR DA CRIANÇA	30
2.3 AVALIAÇÃO DA DOR DA CRIANÇA	38
2.4 A DOR PÓS-OPERATÓRIA NA CRIANÇA	65
2.5 FINALIDADE E OBJETIVOS	72
3 QUADRO TEÓRICO: DOR E CULTURA.....	73
4 O CONTEXTO OPERACIONAL DA PESQUISA	85
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	86
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	91
4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	92
4.4 EXPLORAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO.....	93
4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	94
4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTRO DOS DADOS.....	99
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	102
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	104
5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR A PARTIR DOS REGISTROS	105
5.2 O MANEJO DA DOR: DANDO VOZ ÀS ENFERMEIRAS	150

5.2.1 EXPERIÊNCIAS DE DOR E SUAS REPERCUSSÕES.....	151
5.2.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA	164
5.2.3 FORMAÇÃO, AQUISIÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE DOR PEDIÁTRICA	197
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	206
REFERÊNCIAS	212
APÊNDICES	
APÊNDICE A	229
APÊNDICE B	230
APÊNDICE C	231
APÊNDICE D	232
APÊNDICE E	233
APÊNDICE F	234
APÊNDICE G	235
APÊNDICE H	236
APÊNDICE I	239
APÊNDICE J	242
APÊNDICE K	245
ANEXOS	
ANEXO A	248
ANEXO B	249
ANEXO C	250
ANEXO D	251

1 A Escolha do Tema

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagero ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive.*

FERNANDO PESSOA

1 A Escolha do Tema

Ao remexer meu passado, desde os tempos do curso de graduação, busquei resgatar o momento em que optei por me dedicar à Enfermagem Pediátrica. Percebi, no entanto, que não houve um momento de decisão e sim um processo de consolidação do desejo de cuidar da criança, em especial da que se encontrava hospitalizada. No último ano do curso não tinha dúvidas sobre a minha opção profissional, fato este que me levou a procurar um curso de especialização em Enfermagem Pediátrica. Queria muito cuidar de crianças, mas só após um período de estudo e aprofundamento na área.

Em fevereiro de 1981, dois meses após a conclusão da graduação na Universidade Estadual de Londrina (UEL), iniciei o curso de especialização em Pediatria e Puericultura no Departamento de Enfermagem da então Escola Paulista de Medicina, atual Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Foi um período de intenso aprendizado, no qual pude ver a criança sob os mais diferentes enfoques, numa visão holística e multiprofissional do cuidado, o que ampliou minha compreensão sobre ela e me fez ter certeza de que havia feito a escolha certa.

Ao término do curso comecei a trabalhar na Unidade Pediátrica e posteriormente na Unidade Neonatal de um hospital privado de São Paulo, onde permaneci por um ano, pois no início de 1983 fui com meu marido para Barcelona, Espanha, onde continuamos nosso aperfeiçoamento profissional em nossas respectivas áreas.

Durante sete meses estagiei no Hospital de *La Santa Creu I Sant Pau*, um hospital público ligado à Universidade Autônoma de Barcelona, nos seguintes setores: Pronto-Socorro Pediátrico, Unidade de Internação Pediátrica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Oncologia Pediátrica, Ambulatório de Pediatria, Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Essa experiência foi enriquecedora nos aspectos profissional, técnico, cultural, pessoal entre outros. Fui bem recebida pela equipe do hospital o que favoreceu a troca de experiências entre realidades tão distintas. Em alguns pontos a assistência à criança na Espanha estava mais desenvolvida e em

outros o Brasil estava à frente.

Ao retornar do exterior voltei a Londrina, onde trabalhei por um ano e meio numa maternidade, sendo responsável também pela Unidade Neonatal. A seguir, ingressei como docente de Enfermagem Pediátrica num curso de graduação em Enfermagem de uma instituição privada. Além das aulas teóricas, acompanhava os alunos nos estágios em unidades de internação pediátrica, unidades básicas de saúde e creches.

Como havia optado pela carreira acadêmica decidi, em 1988, cursar a especialização em Metodologia do Ensino, Pesquisa e Assistência de Enfermagem, novamente na UEL, visando melhorar meu desempenho como docente.

Em 1993 passei a fazer parte do corpo docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, vinculada à disciplina de Enfermagem Pediátrica. Meu ingresso deu-se através de processo seletivo para contratação temporária de docente, por isso mantive os dois empregos por um ano até o final do contrato com a UEL.

Permaneci como docente do curso de graduação da instituição privada já mencionada até dezembro de 2003 e, em junho de 2004, retornei ao Departamento de Enfermagem da UEL, na área de Saúde da Criança e do Adolescente, novamente após processo seletivo.

Participo do Comitê Municipal de Aleitamento Materno de Londrina — CALMA, desde sua criação em 1995, atuando em vários eventos por ele organizados. Nos anos de 2002 e 2003 fui membro do Comitê Regional de Prevenção de Mortalidade Infantil da 17ª Regional de Saúde de Londrina.

Em 1997 introduzi, pela primeira vez, o conteúdo *A criança frente a procedimentos dolorosos ou desagradáveis* na disciplina que ministrava. Esta inclusão foi motivada por diversos fatores, entre os quais, a participação em congressos de Enfermagem Pediátrica que abordaram o tema e a leitura de textos sobre o papel do enfermeiro no alívio da dor de crianças.

Nesse mesmo ano cursei duas disciplinas do mestrado em Educação da UEL como aluna especial. Em uma delas, Didática e Fundamentos do Ensino, realizei um trabalho sobre *Seleção de conteúdos relevantes em Enfermagem Pediátrica: um estudo através da Metodologia da Problemática* (TACLA, 1998) — o que me levou a pesquisar oito docentes da área que atuavam em cursos distintos de três estados brasileiros. Meu objetivo era conhecer a situação de outros cursos de graduação quanto à abordagem de temas relacionados à dor em crianças.

Das oito escolas pesquisadas, duas incluíam a unidade *Preparo da criança para procedimentos difíceis* em seus programas, no entanto, não explicitavam a inclusão de conteúdo específico sobre avaliação e controle da dor em crianças. Esse trabalho transformou-se em capítulo de livro (TACLA, 1998) e, ao ingressar em 1998 no mestrado em Educação, como aluna regular, optei por pesquisar o desenvolvimento do pensamento crítico de alunos de Enfermagem Pediátrica com a utilização da Metodologia da Problemática. Para tanto os sujeitos utilizaram a referida metodologia para estudar/pesquisar a unidade de ensino *A dor da criança e do adolescente* (TACLA, 2000) por considerar a temática de extrema importância na formação do enfermeiro.

Durante a realização da dissertação analisei as ementas e os programas do ano letivo de 1998 de todas as disciplinas ministradas no curso no qual atuava e constatei que nenhuma outra incluía a dor em seu conteúdo programático. A dissertação foi editada sob a forma de livro (TACLA, 2002) visando uma ampla disseminação do experimento realizado e a sensibilização de um maior número de docentes sobre a importância da abordagem do tema nos cursos de graduação em Enfermagem.

Desde 1999, atuando também em cursos de especialização em Enfermagem Obstétrica e Enfermagem Neonatal, sou responsável pelo conteúdo *A dor do recém-nascido*. O interesse dos alunos pelo tema pode ser evidenciado pela participação ativa nas aulas, quando procuram sanar dúvidas; os que já atuam na área buscam aplicar em sua prática profissional o

conhecimento adquirido.

Para Rossato e Rezende (1996), os cursos de graduação na área de saúde dificilmente incluem aspectos relacionados à criança com dor, sendo este um dos motivos pelos quais a dor em crianças é ignorada por esses profissionais. Sousa (2002) defende que todas as escolas médicas e de enfermagem deveriam, urgentemente, implementar, em suas estruturas curriculares, disciplinas ou cursos com o propósito de ensinar e disseminar o uso de instrumentos e/ou escalas de avaliação e mensuração da dor. É evidente que este é apenas um dos aspectos a serem abordados em relação à dor nos cursos da área de saúde, visto que o assunto exige um enfoque muito mais amplo. A formação desses profissionais deve garantir os desempenhos necessários para que cuidem adequadamente do paciente durante a experiência dolorosa.

Continuei minha trajetória na Enfermagem Pediátrica ao ingressar na linha de pesquisa *Assistência à criança e ao adolescente*, no curso de doutorado Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), no início de 2003, e a dor da criança continuou como tema de estudo.

Durante a realização do experimento de minha dissertação de mestrado, os alunos, sujeitos do estudo, tinham que selecionar um problema da realidade observada, buscando solucioná-lo, mesmo que de forma parcial. Tendo em vista o foco do estudo, por diversas vezes, durante o desenvolvimento dos trabalhos, os alunos apontaram e questionaram a qualidade do cuidado dispensado pelo enfermeiro às crianças com dor. Os alunos entrevistaram esses profissionais e os dados obtidos confirmaram o que a observação da prática já havia revelado: a falta de sistematização no manejo da dor da criança.

Segundo Twycross (2001), as crianças continuam sofrendo dor desnecessariamente durante o processo de hospitalização. Isso pode ser atribuído, em parte, à formação inadequada dos enfermeiros, razão pela qual

outros estudos indicam a necessidade de reavaliação do currículo no que diz respeito aos conteúdos relacionados ao controle e tratamento da dor.

Trilhando os caminhos da Enfermagem Pediátrica durante mais de 20 anos, deparei-me incontáveis vezes com situações dolorosas para a criança hospitalizada. Concordo com Bishop (1997) quando afirma que lidar com o sofrimento é um grande compromisso de todos os profissionais de saúde, especialmente da enfermeira que diariamente testemunha as muitas formas de sofrimento. Segundo a autora, as enfermeiras têm sido líderes na comunidade e no hospital em alertar para a necessidade de prevenir e/ou controlar a dor do paciente.

Knoblauch e Wilson (1999) realizaram estudo sobre o conhecimento que têm as enfermeiras do manejo da dor da criança, considerando a avaliação e o controle da dor pediátrica uma tarefa complexa e desafiadora para a enfermagem e que exige responsabilidade. Propõem que, antes de qualquer coisa, é necessário que o enfermeiro conheça o desenvolvimento da criança e domine estratégias de avaliação e intervenção da dor, no intuito de prevenir respostas emocionais e fisiológicas adversas.

Pela literatura consultada e pela prática profissional observo as deficiências no cuidado de enfermagem à criança com dor de uma maneira geral e, de modo particular, na vigência de dor pós-operatória. A percepção e a resposta à dor dependem de muitos e complexos fatores. A avaliação e o manejo do paciente com dor são interdependentes, isto é, um parâmetro é praticamente inútil sem a mensuração do outro.

Ao discorrer sobre estratégias para melhorar as experiências de dor pós-operatória dos pacientes, MacLellan (2004) destaca que as enfermeiras devem identificar a necessidade de mudança nos métodos de alívio da dor, avaliar o impacto de seu alívio e trabalhar junto à equipe multidisciplinar coordenando o manejo da dor. Para a autora, a elaboração de um plano efetivo de manejo da dor requer monitoramento dos tipos de analgésicos utilizados, do

1 A Escolha do Tema

esquema de manejo da dor selecionado, do conhecimento e das atitudes dos pacientes. Para que isso aconteça, as enfermeiras devem ser capazes de educar os pacientes e providenciar meios para que eles descrevam sua dor. Isso pressupõe o uso formal de instrumentos de avaliação da dor ao invés da atuação baseada apenas na observação do comportamento não-verbal.

O processo de tomada de decisão em relação ao manejo da dor em crianças é complexo. A literatura é abundante no que diz respeito à complexidade de quantificar um fenômeno subjetivo como a dor, à dificuldade de avaliar a dor de forma precisa e a resultados discrepantes freqüentemente encontrados na prática clínica em manejar efetivamente a dor. Quando as decisões se referem a uma criança, muitos outros fatores podem estar envolvidos, como a idade e o nível de desenvolvimento, o contexto e o meio onde ela vive e as suas habilidades para utilizar estratégias de enfrentamento para lidar com situações estressantes (ABU-SAAD; HAMERS, 1997).

Conhecer como o enfermeiro cuida de crianças hospitalizadas com dor aguda no período pós-operatório possibilitará identificar obstáculos e facilidades, assim como realizar o planejamento e adotar práticas de intervenção que busquem auxiliar esse profissional a minimizar o sofrimento desses pacientes. É neste contexto que esta investigação está inserida, constando das seguintes partes:

- 1) **A ESCOLHA DO TEMA** — descreve a evolução de minha carreira profissional e os acontecimentos que contribuíram para a escolha do tema da pesquisa.
- 2) **A CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO** — apresenta não só o conceito de dor, suas particularidades, formas de avaliação e controle no paciente pediátrico e o impacto da dor aguda na criança hospitalizada, particularmente na fase pós-operatória, como também a atuação da enfermagem. Delimita o problema, a finalidade e os objetivos da investigação.

- 3) **O QUADRO TEÓRICO** — apresenta as ligações entre dor e cultura, bem como suas implicações no cuidado à criança.
- 4) **O CONTEXTO OPERACIONAL DA PESQUISA** — indica as características do estudo, os participantes, as estratégias utilizadas na obtenção, análise e interpretação dos dados visando alcançar os objetivos propostos.
- 5) **RESULTADOS E DISCUSSÃO** — apresenta e discute os dados obtidos à luz do quadro teórico-metodológico.
- 6) **CONSIDERAÇÕES FINAIS** — expõe as reflexões que emergiram da elaboração desta pesquisa e sugere aplicações práticas com base nos resultados obtidos.

A seguir são apresentados as referências, os apêndices e os anexos.

A partir do Capítulo 2 — A Construção do Objeto de Investigação, o texto passa a ser apresentado na primeira pessoa do plural, visto que a elaboração deste estudo foi uma construção coletiva em que, além da autora, contribuíram na sua elaboração a orientadora, as enfermeiras entrevistadas, a auxiliar de pesquisa, além de todas as pessoas que, direta ou indiretamente, tornaram possível a sua operacionalização.

2 A Construção do Objeto de Investigação

*O conhecimento é, pois, uma aventura incerta
que comporta em si mesma, permanentemente,
o risco de ilusão e erro*

EDGAR MORIN

2.1 O CONCEITO DE DOR

A dor é uma experiência, é um conjunto de comportamentos aprendidos. Para Pimenta e Portnoi (1999), a experiência dolorosa é resultado da interpretação do aspecto físico-químico do estímulo nocivo e da sua interação com fatores emocionais e culturais individuais que, de alguma forma, estejam relacionados à dor. Entre eles temos: o humor, experiências anteriores, crenças, atitudes, conhecimento e significado simbólico atribuído à queixa dolorosa.

É um sofrimento universal da humanidade e tem sido objeto de estudo de várias áreas do conhecimento. Os significados filosófico, político e religioso definem o sofrimento dos indivíduos em grande parte da história humana (MELDRUM, 2003). Dor é a evolução da palavra latina *dolor*, cujo significado é sofrimento; na vida quotidiana o termo vincula-se ao sofrimento físico e/ou mental (ANGELOTTI; SARDÁ JR, 2005).

No pensamento pagão, pelo menos desde a Grécia de Homero, a dor era entendida como punição determinada pelos deuses. Não havia uma explicação médica da dor (MORRIS, 1993). Para os gregos, a doença podia ser gratuita, mas podia ser também merecida (por falta pessoal, transgressão coletiva ou crime praticado por ancestrais). Com o advento do cristianismo, que impôs noções de doença mais relacionadas à moral, ao seu caráter purificador, gradualmente houve um ajustamento mais estreito entre a doença e a *vítima*. A noção de doença como castigo produziu a idéia de que uma enfermidade podia ser castigo particularmente justo e adequado (SONTAG, 2002).

Hipócrates, em textos escritos entre 430 e 380a.C., estabeleceu o conceito de doença como um processo natural explicando que existiam algumas dores intratáveis. Racionalizou seus conceitos fundamentando-se na interpretação dos sintomas, valorizou o relato do doente e chegou a descrever o estado geral de sofrimento ou das doenças. Para ele, a dor não era sintoma isolado, mas componente do quadro geral do doente com instalação durante o

2 A Construção do Objeto de Investigação

processo de doença, relacionando-se com fenômenos tais como sangramento e supuração (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

No final do século dezessete, os médicos consideravam a dor como um sintoma, um sinal de vitalidade do paciente. No início do século dezenove acreditavam que quanto maior a dor maior devia ser nossa confiança no poder e energia da vida. Advogavam que era inevitável homens, mulheres e crianças padecer de sofrimento físico, e o significado, mais que o fato da dor, era o que dava sentido a uma boa vida. A filosofia utilitária corrente, com sua ênfase em reduzir a dor do maior número possível de pessoas, combinada com a nova filosofia dos direitos individuais e a insistência dos poetas românticos quanto à importância da experiência individual levou, gradualmente, a uma mudança nas atitudes. Em meados desse mesmo século, com a introdução da anestesia em cirurgias, uma das grandes revoluções da medicina moderna, houve um extenso debate sobre a ética relacionada à operação de um paciente inconsciente e sobre a possibilidade do alívio da dor retardar o processo de recuperação (MELDRUM, 2003).

Em 16 de outubro de 1846 ocorreu a primeira narcotização anestesiante da história, no Hospital Geral de Massachusetts, em Boston, Estados Unidos da América. Foi um momento revolucionário em que a cirurgia abandonou uma prática caracterizada pelo poder absoluto da dor nas operações e restrita a poucas intervenções de necessidade premente. O advento da anestesia deu origem a uma sucessão de feitos pioneiros e de progressos nem sequer imaginados naquela época (THORWALD [s.d.]).

Quando nos remetemos aos dias atuais em que a dor é considerada o quinto sinal vital — além do pulso, respiração, temperatura e pressão arterial — por conceituadas instituições, entre as quais a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública, a Sociedade Americana de Dor e a Sociedade Americana para a Medicina de Emergência (SOUSA, 2002), percebemos a importância crescente que este tema tem suscitado na área da saúde.

2 A Construção do Objeto de Investigação

Em 1979, a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) conceituou dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável que é associada a lesões reais ou potenciais ou descrita em termos de tais lesões. É sempre subjetiva, pois cada indivíduo aprende a utilizar esse termo segundo suas experiências ao longo da vida (*INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN*, 2002).

A dor tem, para os organismos vivos, uma função adaptativa. Em geral, origina-se de uma condição fisiológica do corpo que os sistemas de homeostase não conseguem retificar. Para Guimarães (1999), sem o alarme que a dor proporciona, as crianças podem fraturar o crânio e os membros durante brincadeiras, morder severamente a língua durante a mastigação, entre outros eventos, e mesmo assim não se queixarem aos pais que, desta maneira, deixariam de buscar pelo tratamento médico adequado.

É, também, um fenômeno multidimensional, resultante do inter-relacionamento entre os aspectos sensitivos, emocionais e culturais (TEIXEIRA, 2003). Montes-Sandoval (1999, p. 973) afirma: “a expressão da dor não é uma ocorrência à parte, mas, ao contrário, é parte da experiência da dor, que é influenciada por fatores socioculturais”. Portanto, é a concomitância do processamento do evento doloroso com outros fenômenos sensoriais, cognitivos e ambientais que oferece a oportunidade de aprendizagem.

Essa abordagem multifatorial do fenômeno doloroso foi defendida por Melzack e Wall (1994) que, em 1965, publicaram seu clássico artigo sobre a teoria do portão ou comporta da dor, propondo um mecanismo medular que regularia a transmissão das sensações dolorosas entre o cérebro e a periferia. Esta teoria busca explicar a variação na percepção da dor provocada por uma mesma estimulação, ou seja, um mesmo estímulo pode produzir percepções dolorosas diversas.

De acordo com esta teoria existe um portão na medula espinhal que, sob certas circunstâncias, permite a passagem de estímulo nociceptivo o qual é percebido pelo cérebro. Quando o portão está aberto, os impulsos

2 A Construção do Objeto de Investigação

dolorosos podem atravessá-lo com facilidade e quando está fechado, nada o atravessa. O grau de abertura do portão pode ser, em parte, influenciado por conexões com o sistema nervoso central, explicando, assim, o efeito dos fatores psicológicos, tais como ansiedade, sobre a percepção da dor.

Para Andrade (2000), à luz dos conhecimentos atuais, essa teoria pode ser considerada simplista, porém já apontava para uma direção correta. Seu valor encontra-se em ter situado o corno posterior da medula espinhal (CPME) como local de modulação do impulso doloroso. Hoje, sabe-se que inúmeros são os mecanismos responsáveis pela modificação do impulso doloroso, os quais compõem o sistema supressor de dor endógeno (SSE). A modulação descendente decorre da existência de tratos nervosos que fazem sinapse no CPME e são originários de núcleos de neurônios em níveis superiores, como da substância periaquedutal cinzenta. A implicação clínica desse fato é que a aplicação de abordagens terapêuticas responsáveis pelo aumento dos neurotransmissores que compõem esses tratos nervosos, como a acupuntura e a estimulação elétrica transcutânea, reforçam o SSE e contribuem para a analgesia.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em publicação sobre o alívio da dor do câncer e cuidados paliativos em crianças (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1998), utilizou a definição de dor da IASP; fez o mesmo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em documento científico de seu Departamento de Neonatologia (SBP, 2004). A *American Academy of Pediatrics* (AAP) e a *Canadian Paediatric Society* (CPS), em publicação conjunta sobre a prevenção e manejo da dor e do estresse no recém-nascido, incorporaram esse mesmo conceito (*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS / CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY*, 2000). Outra entidade a adotar a definição de dor da IASP foi o Ministério da Saúde, em publicação do Instituto Nacional de Câncer (INCA) sobre cuidados paliativos oncológicos e alívio da dor (BRASIL, 2001).

Essa definição, porém, não contemplava o paciente com dificuldade de comunicação, seja pela pouca idade, seja pela limitação causada

2 A Construção do Objeto de Investigação

por alguma patologia ou outro motivo qualquer. Anand e Craig (1996) defenderam o abandono do uso do termo *dor* e a adoção do termo *nocicepção*, visto que seres incapazes de auto-relato não teriam consciência necessária para perceber a dor. Esses autores sugeriram então a ampliação do conceito da IASP.

Nocicepção é o termo usado para descrever a resposta normal a estímulos lesivos ou potencialmente lesivos ao organismo. Entre o estímulo da lesão tecidual e a experiência dolorosa ocorrem complexos fenômenos elétricos e químicos, que podem ser didaticamente divididos em: transdução, transmissão, modulação e percepção ou cognição da dor (DRUMMOND, 2000; IASP, 2002). Para Sakata e Issy (2004), é um termo neurofisiológico que se refere aos mecanismos neurológicos mediante os quais um estímulo lesivo é detectado.

Visando corrigir essa situação, em 2001, a IASP adicionou à definição de dor a seguinte ressalva: “a inabilidade para comunicar verbalmente a dor não exclui a possibilidade de que o indivíduo esteja experienciando dor e necessite de tratamento apropriado para seu alívio” (IASP, 2002).

Dessa maneira, reconhece-se que todo indivíduo, independente da faixa etária, capacidade cognitiva, patologias ou seqüelas instaladas pode sentir dor, mesmo na impossibilidade de comunicar tal ocorrência. Como bem nos alerta Montes-Sandoval (1999), a linguagem é aprendida, e também a dor tem uma variedade de expressões. A transmissão verbal pode consistir em diversas palavras para descrever dor, no entanto, a ausência de transmissão ou expressão verbal não implica em ausência de dor.

2.2 CARACTERÍSTICAS DA DOR DA CRIANÇA

Estudos específicos sobre a dor que afeta crianças só começaram a surgir no final da década de 1970 e tomaram impulso no início dos anos 90. A primeira publicação sobre o tratamento inadequado da dor da criança é de 1977¹ (HOWARD, 2003). Já o primeiro congresso internacional sobre o tema, o *International Symposium on Pediatric Pain*, foi realizado em 1988, em Seattle, EUA. Em 1990, a IASP criou seu primeiro Grupo de Interesses Especiais — um grupo multidisciplinar de estudo da dor na infância (GUIMARÃES, 1999).

Os objetivos do *Special Interest Group on Pain in Childhood* são: promover educação sobre dor da criança; partilhar informação relevante sobre o controle da dor da criança; aperfeiçoar a habilidade dos profissionais de saúde em aliviar a dor da criança, a partir de uma perspectiva internacional e interdisciplinar, e estimular a pesquisa, em especial estudos multicêntricos e estudos que foquem a dor como um problema em pediatria, incluindo recém-nascidos. A cada três anos, esse grupo realiza o *International Symposium on Pediatric Pain*, sendo sua sétima edição realizada de 25 a 29 de junho de 2006, em Vancouver, Canadá (IASP, 2006).

Se considerarmos que o nascimento da Pediatria, como especialidade médica, deu-se no século XIX, inicialmente na Europa e, a seguir, nos Estados Unidos, e que foi incluída de forma compulsória nos currículos de Enfermagem pela primeira vez em 1934, nos Estados Unidos (WAECHTER; BLAKE, 1979), constatamos que o estudo da dor do paciente pediátrico é preocupação recente dos profissionais e pesquisadores da área. Porém, nesses aproximadamente 30 anos, a produção científica sobre o tema foi profícua na área médica, enquanto na área da enfermagem intensificou-se apenas nos últimos 10 anos.

¹ A publicação mencionada por Howard (2003) refere-se a: ELAND, J. M.; ANDERSON, J. E. The experience of pain in children. In: JACOB, A. **Pain**: a source book for nurses and other health professionals. Boston: Little Brown, 1977, p.453-73.

2 A Construção do Objeto de Investigação

Howard (2003) destaca que pesquisas ao redor do mundo foram responsáveis por inúmeras descobertas como aquelas relacionadas à etiologia, mecanismos e tratamento da dor. Atualmente, muito se conhece sobre o manejo seguro e efetivo da dor em crianças. Esse conhecimento, no entanto, é pouco empregado na prática clínica diária. Para o autor, a avaliação da dor de crianças que a possam estar sentindo, a aplicação de tratamentos atuais, o desenvolvimento da pesquisa e de atividades educativas sobre causas, prevenção e efeitos a curto e longo prazos e a função da analgesia consistem em importantes prioridades para superarmos as discrepâncias entre teoria e prática no manejo da dor. Para Cummings et al. (1996), no entanto, o conhecimento sobre a prevalência e as causas de dor em pacientes pediátricos hospitalizados é ainda limitado.

Quando não tratada, a dor até mesmo em fase precoce da vida como o período neonatal, pode desencadear reorganização estrutural permanente e funcional das vias nervosas nociceptivas que, por sua vez, afetam futuras experiências de dor do indivíduo (GUINSBURG; BARBOSA, 2003).

Ainda é um desafio compreender de forma clara o desenvolvimento do processo de regulação e processamento da dor. É preciso esclarecer o mecanismo que determina os efeitos da dor a curto e longo prazo para identificar o tratamento mais efetivo e com menos efeitos colaterais. Os estudos nesse campo, em sua maioria, foram realizados em modelos animais, o que muitas vezes dificulta sua generalização em seres humanos (OKADA; TEIXEIRA, 2003).

Nos seres humanos, o desenvolvimento anatômico das vias de dor no feto tem início na 6ª semana gestacional e está completo na 20ª semana quando estão presentes os elementos neuroquímicos necessários para a transmissão do impulso doloroso; no entanto, as vias responsáveis pela inibição e modulação da dor não estão presentes ao nascimento, seja em recém-nascidos a termo ou prematuros (COELI, 2000). Isto significa que o sistema inibitório endógeno da dor não está ainda plenamente desenvolvido nos bebês,

2 A Construção do Objeto de Investigação

e, portanto, eles podem até sentir dores mais intensas que indivíduos maiores que sofreram o mesmo tipo de lesão (McGRATH, 1998).

A falta de mielina é um dos argumentos utilizados para justificar a crença de que o recém-nascido e o lactente não sentem dor. No entanto, sabemos que grande parte da sensação dolorosa é conduzida por fibras amielínicas ou pouco mielinizadas. A mielinização incompleta ao nascimento implica em condução mais lenta dos impulsos nociceptivos, que é compensada pela distância mais curta dos nervos periféricos (COELI, 2000; OKADA; TEIXEIRA, 2003).

Há intenso desenvolvimento das vias nociceptivas no primeiro ano de vida e na infância, sugerindo que experiências dolorosas agudas ou repetidas podem causar efeitos neurobiológicos prolongados na estrutura cerebral e nas futuras reações comportamentais. Essas anormalidades podem ocorrer no sistema nervoso periférico levando a alterações no limiar de dor e no comportamento, de forma permanente (OKADA; TEIXEIRA, 2003).

Em estudo descritivo realizado com 100 crianças brasileiras procedentes das ante-salas de todos os ambulatórios pediátricos do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais com idades entre 5,3 e 15,8 anos, Duarte et al. (1999) investigaram a existência de correlação entre idade e limiar de dor por pressão de 17 áreas da superfície corporal. Em todas as áreas investigadas foi encontrada correlação positiva entre as duas variáveis, ou seja, quanto menor a idade menor o limiar de dor. Os autores ressaltam a relevância desse estudo para fundamentar a importância de considerar a idade do paciente nas abordagens clínicas e nas investigações sobre dor. Destacam que a interpretação clínica de queixar de dor deverá considerar a idade do paciente, pois o mesmo estímulo, com a mesma intensidade, poderá ou não causar dor, dependendo da idade da criança. Enfatizam que o fato da idade explicar apenas 18% das variações dos limiares de dor no grupo das crianças investigadas mostra que a percepção dolorosa possui um componente sensorial determinado neurofisiologicamente e um perceptivo, no qual se observa a

2 A Construção do Objeto de Investigação

influência da cognição, da personalidade, da cultura, da experiência prévia com dor e do significado da dor para cada paciente. Segundo a IASP (2002) limiar de dor é a mínima experiência de dor que um indivíduo pode reconhecer.

As crianças apresentam grandes variações em seu desenvolvimento cognitivo e emocional, em sua resposta a intervenções dolorosas e em sua experiência de dor, assim como em suas preferências pessoais de cuidado. Os profissionais de saúde e os pais têm a responsabilidade de aprender a linguagem de expressão de dor manifestada pelas crianças, de ouvir atentamente seus auto-relatos de dor e de perceber seus sinais comportamentais. A detecção da dor em crianças pode ser aperfeiçoada por estratégias capazes de facilitar sua expressão de maneira apropriada ao seu desenvolvimento cognitivo e inteligíveis a seus cuidadores (ROYAL COLLEGE OF NURSING INSTITUTE, 1999).

Os profissionais de saúde precisam compreender o desenvolvimento cognitivo sobre saúde e doença expressado pelas crianças e, dessa forma, melhorar o acesso clínico e a empatia pelas crianças com dor. Nas bases de dados consultadas identificamos poucos estudos sobre a percepção da dor e o desenvolvimento cognitivo e a maioria deles tem por referência a teoria do desenvolvimento de Piaget (OKADA; TEIXEIRA, 2003; PIAGET, 1999), que sintetizamos a seguir:

□ ESTÁGIO SENSÓRIO-MOTOR (0 A 2 ANOS)

A mielinização do sistema nervoso completa-se ao final desse período, momento esse que a linguagem começa a desempenhar um papel importante e, por volta de dois anos já fala frases de duas palavras. Com o crescimento das habilidades motoras a criança pode realizar explorações mais intensas, o que a ajuda a alcançar novas realizações cognitivas, inclusive algum conceito do eu físico, do corpo e de suas partes (BEE, 1977).

2 A Construção do Objeto de Investigação

Nessa fase do desenvolvimento a consciência começa por um egocentrismo inconsciente e integral, até que os progressos da inteligência sensório-motora levem à construção de um universo objetivo, onde o próprio corpo aparece como um elemento no meio de outros (PIAGET, 1999).

As crianças que começam a andar, devido a suas visões mágicas e egocêntricas da causalidade e de seu desejo de serem controladas, interpretam a doença e a hospitalização como eventos cujo aparecimento foi, de algum modo, causado por elas (PERRIN; GERRITY, 1984).

O bebê parece compreender a dor como entidade física desagradável e aversiva. Próximo aos dois anos, a criança pode comunicar a ocorrência de dor usando palavras aprendidas de seus pais. Gradualmente, elabora novas formas de comunicação para descrever a dor (OKADA; TEIXEIRA, 2003).

□ ESTÁGIO PRÉ-OPERACIONAL (2 A 7 ANOS)

Entre os dois e os cinco anos, o crescimento do sistema neurológico é muito menor que no estágio anterior. No domínio cognitivo não há mudanças significativas, mas a criança faz progressos estáveis, desenvolvendo os rudimentos da classificação, entre outras habilidades. Aos cinco anos torna-se extremamente habilidosa no uso da língua nativa, e seu sistema de comunicação torna-se complexo e elaborado (BEE, 1977).

Nessa faixa etária há uma repetição parcial da evolução realizada pelo lactente no plano elementar das adaptações práticas, que é extremamente reveladora dos mecanismos íntimos da evolução mental. A linguagem evolui, permitindo ao sujeito contar suas ações, reconstituindo o passado e antecipando ações futuras (PIAGET, 1999).

Algumas crianças podem atribuir a dor à transgressão de regras. Encaram a doença como punição por maus atos por elas cometidos, isto é, por

2 A Construção do Objeto de Investigação

infringir condutas socialmente aceitas. A dor é interpretada como hostilidade ou punição, ou seja, algo ruim, sendo a principal vivência das crianças desta faixa etária. Nessa fase, desenvolvem a consciência de que a dor sinaliza a possibilidade de morte. Aos quatro anos a criança localiza a dor razoavelmente e aos sete, moderadamente. Já são capazes de desenhar a dor e de cooperar, usando as escalas verbal, numérica e analógica visual (OKADA; TEIXEIRA, 2003; VLAINICH, 2004).

Nessa fase, as crianças acreditam no desaparecimento mágico da dor e tendem a culpar alguma pessoa pela própria dor, chegando mesmo a agredir essa pessoa (WONG, 1999). As restrições físicas, a limitação da força ou da agilidade, os episódios de passividade forçada ou de experiências dolorosas, associadas à enfermidade, podem limitar seu entusiasmo e capacidade em relação aos esforços dirigidos a um objetivo que, no caso dessas crianças, diz respeito a assumir ou dominar novas tarefas (PERRIN; GERRITY, 1984).

□ ESTÁGIO DAS OPERAÇÕES CONCRETAS (7 A 11 ANOS)

A habilidade de classificação torna-se mais complexa e a criança é capaz de compreender a classificação múltipla, por exemplo, um dalmata pode ser tanto um cachorro como um animal (BEE, 1977).

Torna-se capaz de cooperar, porque não confunde mais seu próprio ponto de vista com o dos outros. A partir dos sete ou oito anos a criança começa a pensar antes de agir, iniciando a conquista do difícil processo de reflexão. Em relação à inteligência, ocorre o início da construção lógica (PIAGET, 1999).

As crianças adquirem independência cada vez maior dos pais e desenvolvem forte identificação com os amigos, necessitando de aprovação deles. Costumam pensar de forma muito mais concreta, mas apenas acerca dos conceitos e fenômenos dos quais tiveram certa experiência. Começam a

2 A Construção do Objeto de Investigação

compreender o processo de funcionamento orgânico e a causalidade da enfermidade num nível mais sofisticado (PERRIN; GERRITY, 1984).

Localizam a dor de forma mais precisa e conseguem descrevê-la de modo qualitativo, quantitativo e afetivo, porém de forma vaga, simplista. Em geral, limitam-se à localização e intensidade. Para elas, a dor é vista mais como algo que se sente do que algo que se tem, vivenciando-a como algo perigoso, ameaçador e mortal; desenvolvem sobre ela uma compreensão progressiva: do apenas físico para a associação com afetos negativos (OKADA; TEIXEIRA, 2003; VLAINICH, 2004).

A dor, nessa fase, é entendida como algo ruim, que ocorre no corpo, e já utilizam estratégias psicológicas para enfrentá-la, como conversar com amigos ou assistir a televisão para distrair-se. Nessa faixa etária desenvolvem idéias sobre o alívio da dor ligado ao uso de medicamentos. Quando submetidas a estresse excessivo ou experienciam dor crônica, podem regredir a estágios inferiores do desenvolvimento (OKADA; TEIXEIRA, 2003; VLAINICH, 2004). A distração tem sido útil junto às crianças, especialmente no controle da dor aguda, pois direciona a atenção das mesmas para atividades não relacionadas à dor, levando, ao que tudo indica, a uma alteração ativa da experiência dolorosa (McGRATH *apud* BORGES, 1999).

As crianças nessa etapa do desenvolvimento são capazes de perceber a dor psicológica, como a morte de um ente querido. Temem a lesão corporal, com conseqüente destruição e morte e podem enxergar a dor como punição por uma ação inadequada (WONG, 1999).

□ ESTÁGIO DAS OPERAÇÕES FORMAIS (12 A 14 ANOS²)

O pensamento formal é hipotético-dedutivo, pois é capaz de deduzir as conclusões apenas de hipóteses e não somente da observação da

² O Art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990) considera criança a pessoa até 12 anos incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

2 A Construção do Objeto de Investigação

realidade. Esse tipo de pensamento envolve uma dificuldade e um trabalho mental muito maiores que o pensamento concreto (PIAGET, 1999).

Nesta faixa etária os adolescentes fazem distinção entre os componentes físicos e emocionais da dor. Têm capacidade de abstração e já conseguem interpretar a dor como sofrimento mental. Enfatizam os aspectos psicológicos da experiência dolorosa e são capazes de identificar o lado positivo da dor, como sinal de alerta. Descrevem-na com termos qualitativos complexos, porém têm medo da incapacidade, desfiguração e morte. Possuem termos mais abstratos para descrever e localizar a sensação dolorosa e utilizam as escalas de dor de forma semelhante à dos adultos. Apresentam maior dificuldade em enfrentar situações dolorosas, podendo uma situação de dor intensa levar à regressão (OKADA; TEIXEIRA, 2003; VLAINICH, 2004).

Os adolescentes são capazes de relatar o motivo da dor e percebem vários tipos de dor psicológica, mas, apesar da compreensão amadurecida da dor, têm experiências limitadas de vida para lidar com ela como um adulto lidaria. Temem perder o controle durante a experiência dolorosa (WONG, 1999). Como lutam para estabelecer sua independência em relação aos pais, eles têm dificuldade em tolerar uma dependência forçada, a falta de autonomia e a passividade diante da doença e do tratamento, sendo, freqüentemente, rotulados de mal-humorados e rebeldes (PERRIN; GERRITY, 1984).

A seqüência do desenvolvimento de compreensão da dor, de acordo com as diferentes faixas etárias, está apresentada a seguir:

IDADE	COMPREENSÃO
0 – 3 meses	Aparente ausência de compreensão da dor, memória da dor provável, porém não demonstrada de forma conclusiva. As respostas são, sobretudo, perceptivas.
3 – 6 meses	Resposta à dor em fase latente, suplementada por resposta de raiva, em crianças menores.
6 – 18 meses	Criança com medo nítido de dor. Palavra comum para dor: dodói. Localização de alguma dor.
Até 6 anos	Pensamento pré-lógico caracterizado por pensamento concreto, lógica transdutiva e egocentrismo.
7 – 10 anos	Pensamento operacional concreto, caracterizado pela forma com que a criança distingue sua pessoa do ambiente. Emprego de estratégias de luta.
> 11 anos	Pensamento lógico formal, caracterizado por pensamento abstrato e introspecção. Aumenta o uso de estratégias de luta mental e cognitiva.

FONTE: COELI, 2000 traduzido de JAY et al., 1987.

QUADRO 2.1 – Seqüência do desenvolvimento da compreensão da dor

2.3 AVALIAÇÃO DA DOR DA CRIANÇA

Para avaliar a dor da criança é necessária uma análise cuidadosa da sua natureza, pois ela não é meramente uma consequência imediata e inevitável da lesão tecidual e, portanto, sua magnitude não é predeterminada pela extensão da lesão tecidual. Assim como nos adultos, as crianças podem ter a sensação de dor sem lesão tecidual ou aparente agressão e podem apresentar experiências diferentes de dor com um mesmo tipo de lesão tecidual. Os sistemas nociceptivos nas crianças são plásticos e têm a capacidade de responder diferentemente à mesma magnitude de lesão tecidual (CARVALHO; TROSTER, 1999). Na verdade, o que é medido não é a experiência da dor, mas a resposta comportamental e fisiológica ao estímulo estressante e presumivelmente doloroso (BARR, 1990).

2 A Construção do Objeto de Investigação

Neste sentido, cada experiência dolorosa do indivíduo é influenciada por sua história pessoal, pela apreensão que ele tem de dor e por seu estado mental. Pessoas com condições idênticas ou similares irão comportar-se de modo diferente em razão da variação da personalidade e experiência (FIGUEIRÓ, 2000).

A família interfere no aprendizado sobre dor, na expressão e no enfrentamento em relação aos diferentes tipos de dor. Okada e Teixeira (2003) afirmam que a criança aprende a avaliar e entender o significado e a relevância dos fenômenos da dor através das reações dos pais e estas podem variar amplamente. Argumentam que, em geral, crianças menores recebem mais atenção e apoio e as maiores são estimuladas a enfrentar a situação de forma mais independente. Quanto ao gênero, os meninos são incentivados a reprimir as queixas de dor e as meninas podem expressar suas angústias, bem como fazer repouso e usar analgésicos.

Pimenta e Portnoi (1999, p. 161) responsabilizam a família pela “formação dos comportamentos precoces em relação à dor, permitindo que certas respostas sejam reforçadas e outras ignoradas ou mesmo punidas”. Seguem destacando que a dor está presente nos relacionamentos precoces e se associa a sentimentos de acolhimento e conforto (pegar no colo, acariciar, consolar) ou punição e culpa (castigo, mau comportamento, arrependimento).

A postura dos pais e dos profissionais de saúde pode contribuir para melhorar ou piorar a percepção da dor que a criança tem e a resposta dela aos estímulos nociceptivos depende, entre outras variáveis, do grau de intensidade da lesão ou doença, de fatores emocionais, comportamentais e situacionais. Entre os últimos incluem-se o significado da dor, o contexto onde ela ocorre, a precocidade da experiência dolorosa, o nível de ansiedade, fatores socioculturais da criança e de sua família, a personalidade, a idade e o nível cognitivo, o aprendizado em relação à dor e a memória de dor prévia (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

A lesão tecidual inicia uma seqüência de eventos neurais que

2 A Construção do Objeto de Investigação

podem ocasionar dor, porém diversos fatores podem intervir alterando a transmissão neural e modificando a percepção dolorosa. Entre os fatores estáveis temos: idade, nível cognitivo, experiência prévia de dor, família e conhecimento cultural. Porém, os fatores emocionais, ambientais e cognitivos variam de maneira dinâmica de acordo com a situação e, em conjunto, representam uma interação única entre a experiência de dor da criança e o contexto no qual ela está sendo vivenciada (CARVALHO; TROSTER, 1999). A figura a seguir mostra os fatores que representam a percepção da dor na criança:

FONTE: CARVALHO; TROSTER, 1999 adaptado de McGRATH, 1995.

FIGURA 2.1 – Modelo demonstrativo dos fatores que modificam a percepção de dor na criança

2 A Construção do Objeto de Investigação

As respostas fisiológicas da criança aos estímulos dolorosos estão bem documentadas. O impacto da dor e da ansiedade na criança é caracterizado por um aumento nos níveis circulantes dos hormônios catabolizantes como as catecolaminas, glucagon e cortisol. Essas alterações hormonais refletem-se em aumento do consumo de oxigênio, glicogenólise e lipólise (BARBOSA; GUINSBURG, 2003; CARVALHO, 1996; CARVALHO; TROSTER, 1999).

O tratamento inadequado da dor decorre de nossa incapacidade de decodificar a linguagem da criança, em especial da que não fala, e da existência de muitas dúvidas e receios relacionados aos efeitos dos analgésicos no organismo da criança (ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN PAIN SOCIETY, 2001; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; CARVALHO, 1996; CARVALHO; TROSTER, 1999; HAMERS et al., 1998; SCHECHTER, 1989; SOFAER, 1994).

A avaliação da dor é um componente crucial do processo de enfermagem. Infelizmente, os profissionais da saúde, inclusive os enfermeiros, tendem a subestimar a dor das crianças. Vários estudos têm documentado a enorme discrepância existente entre os hábitos de medicação nas crianças e nos adultos (BERDE, 1989; BERDE; SCHECHTER et al., 1986; SCHECHTER, 1989; SETHNA, 2002; McCAFFERY; BEEBE, 1997).

Uma das causas do tratamento inadequado da dor é a falta de conhecimento de que, na realidade, ela é um fenômeno pessoal, que não pode ser experimentado de forma semelhante por nenhum outro indivíduo. Onde quer que a enfermeira se encontre cuidando de pacientes com dor (aguda, crônica ou terminal), é importante que ela evite atitudes de descrença da dor e negação de seu alívio quando ela ocorre.

Ainda são comuns crenças de caráter negativo sobre a dor em crianças (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN PAIN SOCIETY, 2001; CARVALHO, 1995; CARVALHO, 1996; CLARO, 1993; FINLEY; McGRATH, 1998; ROSSATO; REZENDE, 1996; SCHECHTER, 1989;

2 A Construção do Objeto de Investigação

TORRITESI; VENDRÚSCULO, 1998). As mais comuns, segundo Carvalho (1995), são: a criança não sente dor ou sente menos que o adulto; medo de que as crianças se viciem em opióides; medo da depressão respiratória; o comportamento de dor da criança pode ser controlado pela contenção; as crianças toleram a dor melhor que os adultos; as crianças acostumam-se à dor ou a procedimentos dolorosos; manifestações comportamentais refletem a intensidade da dor; as crianças não conseguem dizer onde está a dor; é difícil e toma muito tempo avaliar a dor da criança e a dor é importante no desenvolvimento, ajuda, entre outras coisas, a construir o caráter. Tais crenças são colocadas em dúvida em razão dos avanços da fisiologia e da fisiopatologia da dor. O fenômeno da equivalência dolorosa entre o adulto e a criança não existe, o que não anula o fato de que a criança tenha dor, pois, as vias neurofisiológicas de nocicepção para o córtex já estão desenvolvidas, mesmo nos prematuros (COELI, 2000).

Para Carvalho e Troster (1999), não é verdadeira a afirmação de que a criança não tem uma resposta, nem se lembra das experiências de dor com o mesmo grau que o adulto, visto que muitas revisões e trabalhos recentes com a utilização de analgésicos não-opióides e opióides têm afastado muitas dessas crenças, possibilitando o tratamento da dor em pediatria de maneira mais fácil e efetiva. Com relação à tolerância à dor, na verdade esta tende a aumentar com a idade; portanto, crianças maiores têm maior tolerância que as menores, e, conseqüentemente, adultos toleram melhor a dor do que crianças.

Procedimentos dolorosos repetidos, como lancetagem no calcanhar geram hiperalgesia secundária, o que desencadeia respostas comportamentais mais intensas, incluindo retirada rápida do membro e movimentos corporais difusos e globais, derrubando a crença de que as crianças acostumam-se à dor. Nem sempre as manifestações comportamentais demonstram a intensidade da dor, pois crianças com comportamento passivo e resignado podem quantificar dor mais intensa quando solicitadas a utilizar escalas de dor do que crianças mais extrovertidas, quando submetidas a procedimentos dolorosos semelhantes. Mesmo na vigência de dor severa,

2 A Construção do Objeto de Investigação

ocorrem períodos de adaptação fisiológica e comportamental levando a períodos de dor mínima ou ausência de sinais de dor (BERDE; SETHNA, 2002; CARVALHO, 1996; CARVALHO; TROSTER, 1999; McCAFFEY; BEEBE, 1997; OKADA; TEIXEIRA, 2003; WONG, 1999).

Carvalho (1996) inclui outros fatores que contribuem para o alívio inadequado da dor em pediatria: a utilização de doses subterapêuticas de analgésicos e sedativos; a prescrição de analgésicos apenas conforme o necessário e não em horários regulares; os intervalos demasiadamente longos entre as doses e a utilização de placebos. Não há risco maior de dependência a opióides na infância e devemos lembrar que vício é abuso, isto é, distúrbio de comportamento que leva o sujeito a buscar a droga, o que não se aplica à criança hospitalizada. Crianças podem receber analgesia segura desde que as doses sejam ajustadas às diferentes faixas etárias.

A avaliação da dor em crianças pode ser realizada com o uso de inúmeros instrumentos de fácil aplicação e adequados às mais diferentes idades, a começar pelo recém-nascido. A dor não pode ser vista como benéfica para o desenvolvimento da criança, porquanto experiências dolorosas que ocorrem em períodos precoces da vida podem comprometer o comportamento futuro do ser humano (ANAND, 2000; BERDE; SETHNA, 2002; CARVALHO, 1996; CARVALHO; TROSTER, 1999; FINLEY; McGRATH, 1998; McCAFFEY; BEEBE, 1997; OKADA; TEIXEIRA, 2003; SCHECHTER, 1989; WONG, 1999).

O alívio da dor é uma necessidade e um direito³ de todas as crianças e adolescentes; no entanto, os enfermeiros e médicos, com freqüência, são resistentes a administrar analgésicos e carecem de conhecimentos sobre métodos de avaliação e controle da dor (ASHWILL; DROSKE, 1997; CARVALHO, 1996; GUINSBURG, 1999; GUINSBURG et al., 1994; TEIXEIRA, 2003; WALCO et al., 1994; WONG, 1999).

³ Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - Resolução nº 41 de 13/10/95 - Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados: Artigo 7º - Direito a não sentir dor, quando existem meios para evitá-la (BRASIL, 1995).

2 A Construção do Objeto de Investigação

Acreditar que a criança pode sentir dor, além da manifestação fisiológica e comportamental do fenômeno, supõe a consideração de que ela tem direitos e que estes devem ser respeitados. Além disso, exige um olhar específico para a criança que traga as perguntas: A criança sente? O que ela sente? Qual o impacto da dor em sua vida? (ROSSATO; REZENDE, 1996).

Este é um ponto importante para reflexão, pois não podemos prever de forma precisa os efeitos deletérios da dor na vida futura de cada criança. Como todo acontecimento traumático, a dor pode desencadear diversas alterações, inclusive aquelas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento, à sua visão de saúde/doença e aos significados por ela atribuídos.

Em estudo exploratório, realizado por Gonzaga e Arruda (1998), com 10 crianças e adolescentes internados num grande hospital da região Sul do Brasil, as autoras identificaram como *fontes de não cuidar* os médicos e as enfermeiras, e como os *significados de não cuidar* as atitudes de desinteresse manifestadas pelo profissional ao deixar de executar procedimentos para alívio da dor ou a execução mecânica dos cuidados sem levar em conta o estado de sensibilidade, dor, angústia e estresse vivenciado pelo paciente durante a doença/hospitalização. As autoras lembram que, quando o profissional duvida da dor do cliente, desestabiliza a relação de confiança e de compreensão existente entre eles. Argumentam que o enfermeiro deve levar em conta as queixas de dor da criança e implementar ações buscando aliviá-la, pois, agindo desse modo, sinaliza para o estabelecimento de uma relação baseada na confiança e verdade, facilitando a convivência com a criança.

Muitas enfermeiras expressam desinformação em relação ao uso de analgésicos em crianças. Algumas hesitam em aplicar medicamentos desse tipo com medo de estar sendo manipuladas pelas crianças, enquanto outras simplesmente adiam sua administração o máximo de tempo possível (ABU-SAAD; HAMERS, 1997).

Sabemos que é difícil a avaliação da dor na criança que não fala devido à impossibilidade de utilizar instrumentos de avaliação e respostas

2 A Construção do Objeto de Investigação

verbais; portanto deve se basear nas mudanças fisiológicas e observações da conduta. Ainda que sejam comuns a todos os lactentes as condutas que incluem vocalizações, expressões faciais, movimentos corporais e o estado geral, variam nas diferentes situações. O choro associado à dor é mais intenso e prolongado. A expressão facial caracteriza-se por fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta, língua tensa e protrusa, tremor de queixo. A maioria dos lactentes responde com aumento dos movimentos corporais (CARVALHO, 1996; GUINSBURG, 1999; WONG, 1999).

Os pais costumam preocupar-se com a possibilidade de seus filhos sentirem dor durante alguns procedimentos e a enfermeira deve incentivá-los a conversar com os profissionais responsáveis por tais procedimentos. Além disso, os pais têm direito a não autorizar operações e procedimentos invasivos realizados sem analgesia ou sem anestesia adequada, assim como de receber respostas honestas das pessoas responsáveis pela assistência. É importante que saibam que a equipe de enfermagem é sensível à dor das crianças e que seu filho não sofrerá desnecessariamente (WONG, 1999).

Estudando o impacto da dor na qualidade de vida de crianças com câncer, Ferrel (1995) observou que, para alguns pais, mais devastador do que o diagnóstico em si é ver a criança sentindo uma dor constante, fato este referido como seu maior pesadelo. A referida autora considera a dor uma profunda, assustadora e devastadora experiência para ambos — paciente e família. Ainda nesta direção, ao discorrer sobre modelos de avaliação da dor na criança com câncer, Torritese e Vendrúsculo (1998) nos advertem que, se desejamos cuidar da criança em sua integralidade, devemos considerar as situações de desconforto e dor, visando uma melhor qualidade de vida desses pacientes.

Simons et al. (2001) afirmam que as enfermeiras que trabalham em unidades pediátricas devem examinar e refletir sobre o modo como envolvem os pais no cuidado à criança com dor e aplicar estratégias para que esse envolvimento se dê de forma ativa, pois os pais não querem ser apenas

2 A Construção do Objeto de Investigação

expectadores, mas, atuar de forma efetiva no manejo da dor de seu filho. Agindo assim as enfermeiras melhorariam a qualidade da hospitalização para a criança e seus pais.

O tratamento eficaz da dor exige que os profissionais de saúde estejam dispostos a utilizar várias medidas para conseguir resultados ótimos. Basicamente, os métodos de analgesia podem ser classificados em dois grupos: os não-farmacológicos e os farmacológicos. Quando possível, ambos devem ser usados, mas as medidas não-farmacológicas não substituem os analgésicos (SIMONS et al., 2001).

Corrêa e Pimenta (2005), ao discorrer sobre os princípios do tratamento da dor, lembram que, caso não seja possível remover sua causa determinante, podem ser empregadas condutas farmacológicas, físicas e cognitivo-comportamentais e nos casos mais complexos pode haver necessidade de bloqueios anestésicos e procedimentos neurocirúrgicos.

Entre os métodos não-farmacológicos podemos citar: massagem, acupuntura, técnicas de relaxamento, distração (contar e ouvir histórias, leitura, videogame, assistir a TV, conversar, jogos), estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS), aplicação de frio ou calor. A *American Academy of Pediatrics* e a *American Pain Society* (2001) recomendam o uso efetivo do tratamento não-farmacológico da dor, como por exemplo, distração, relaxamento e terapias físicas associado ao tratamento medicamentoso.

Vessey et al. (1994) realizaram um estudo sobre a efetividade do uso da distração na redução da percepção de dor em crianças norte-americanas submetidas a procedimento doloroso (venopunção para coleta de sangue). Para tanto, foram selecionadas e randomizadas 100 crianças, com idades que variavam de três anos e seis meses a 12 anos e 11 meses. O grupo-controle recebeu preparação-padrão, com toques físicos e voz tranqüila, enquanto o grupo experimental foi incentivado a usar um caleidoscópio como técnica de distração. As autoras encontraram diferença significativa entre os

2 A Construção do Objeto de Investigação

dois grupos: o grupo-experimental apresentou menor percepção dolorosa e menos distúrbios comportamentais em relação ao grupo-controle.

O estudo realizado por Kankkunen et al. (2003) descreveu o uso de métodos não-farmacológicos para alívio da dor de crianças de um a seis anos após pequenas cirurgias em 10 hospitais finlandeses, por seus pais no domicílio. Os achados indicaram que os pais usaram vários métodos, tais como segurar a criança no colo, confortá-la e passar mais tempo com ela. Os métodos utilizados pelos pais eram familiares a eles no seu dia-a-dia com a criança, enquanto métodos físicos não foram usados com frequência. Segundo os autores, o gênero das crianças parece ter tido impacto no uso de métodos não-farmacológicos de alívio da dor. Segurar a criança no colo, ler e assistir a TV ou vídeos são significativamente mais usados com meninas do que com meninos. Pais que relataram ter confortado a criança permanecendo mais tempo com ela, segurando-a no colo ou aconchegando-a mais do que o usual identificaram menos manifestações de dor em seus filhos. Esses métodos são de uso corrente pelos pais o que indica que são os mais efetivos.

Garcia et al. (1997) realizaram estudo com 15 crianças pré-escolares e escolares internadas em uma unidade pediátrica de um hospital público da cidade de São Paulo, com o objetivo de observar a reação dessas crianças à massagem aplicada pelos pais, durante a realização de punção venosa para coleta de sangue nos períodos pré e pós-operatório. Na primeira etapa da pesquisa os sinais vitais da criança eram verificados antes e após a punção e, durante a realização do procedimento, eram observadas as reações verbais, não-verbais, fisiológicas e vocalização do paciente.

Numa segunda etapa, os procedimentos realizados pelas pesquisadoras eram iguais aos da primeira, no entanto, 15 a 30 minutos antes do início da punção venosa os pais massageavam as regiões cervical, torácica posterior, lombar, torácica anterior, abdominal e membros superiores de acordo com instruções das pesquisadoras. Os resultados obtidos demonstraram que a massagem causou um relaxamento físico importante, proporcionou aumento da

2 A Construção do Objeto de Investigação

segurança emocional, permitiu que a criança controlasse melhor a situação durante procedimento invasivo e favoreceu uma inter-relação efetiva entre pais e filhos.

Num estudo sobre o efeito da técnica de distração para alívio da dor de crianças no período pós-operatório imediato num hospital paulista, Claro e Moreira (2003) acompanharam doze crianças de quatro a oito anos com dor pós-operatória, utilizando a escala de faces de Claro e um questionário com questões abertas para avaliação da dor desses pacientes antes e após os procedimentos de distração. Os dados obtidos demonstraram que as crianças apontaram faces de maior intensidade de dor antes da intervenção e a maioria relacionou a técnica de distração com a diminuição de sua dor.

Embora o controle da dor faça parte da assistência de enfermagem há tempo, apenas recentemente o foco tem-se voltado para a forma empregada pelas enfermeiras quando tomam decisões sobre a avaliação da dor. Avaliar os níveis de dor dos pacientes é o primeiro passo no processo de tomada de decisão da enfermeira no controle da dor. Se essa avaliação for inadequada, conseqüentemente, as intervenções para controle da dor podem ser inefetivas (DOLS et al., 1995).

Para Abu-Saad e Hamers (1997), a avaliação da dor e seu controle permanecem como uma das mais importantes tarefas cognitivas com que se confronta a enfermeira pediatra em sua atuação profissional. Em outras palavras, exige que a enfermeira possua sólido conhecimento sobre o assunto para que seja prestado um cuidado de qualidade à criança com dor.

Relatando sua experiência profissional, Christoffel e Santos (2001) afirmam que as reações de dor de recém-nascidos e crianças internadas em unidades de terapia intensiva fossem elas pré-verbais ou verbais, não suscitavam na equipe de enfermagem ações cujo objetivo fosse seu alívio ou atenuação. Estes profissionais priorizavam, de forma consciente ou inconsciente, as técnicas e procedimentos a serem realizados nesses pacientes, sem levar em consideração a dor que eles sentiam.

2 A Construção do Objeto de Investigação

Acreditamos que essa constatação evidencia uma prática de enfermagem voltada ao tecnicismo, ao simples cumprimento de tarefas. Denota falta de reflexão do enfermeiro na implementação da sistematização da assistência com atenção voltada às características da criança próprias ao seu estágio de desenvolvimento. Agindo assim, o enfermeiro não leva em consideração as implicações e o impacto que a falta de uma adequada assistência de enfermagem podem significar na qualidade de vida da criança. Nessa situação o paciente não recebe um cuidado individualizado que atenda às necessidades específicas de sua faixa etária.

É necessário avaliar a dor para poder aliviá-la. Ainda que o objetivo deva ser o alívio total, mediante o uso combinado de medidas farmacológicas, às vezes ele é impossível. Não obstante, as crianças que já apresentam razoável domínio de linguagem podem dizer que níveis de dor conseguem aceitar e, seja qual for a técnica empregada para aliviar o desconforto, é essencial avaliar os resultados. Nenhuma medida é eficaz para todos os casos, conseqüentemente, deve-se registrar a avaliação da dor para controlar a eficácia das medidas tomadas.

Nas crianças que não falam, avaliar-se-ão os sinais comportamentais e fisiológicos, para deduzir se houve ou não alívio da dor. Quando já podem falar, registram-se suas declarações e pontuações da escalas de dor. O esquema de medicação deve ser mudado sempre que necessário, para produzir o alívio máximo com os mínimos efeitos secundários. Os familiares, em geral, são excelentes aliados para informar a enfermeira sobre tais ocorrências (WONG, 1999). Salanterä et al. (1999) consideram a avaliação da dor pediátrica um processo complexo devido às limitadas habilidades verbais das crianças e a possível ausência de experiências dolorosas prévias. Afirmam que as enfermeiras podem avaliar a dor nas dimensões fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, sociocultural e comportamental, e que, para algumas dessas dimensões, existem vários instrumentos testados e validados que podem facilitar essa tarefa.

2 A Construção do Objeto de Investigação

A avaliação da dor em crianças pode ser realizada mediante diversos métodos: auto-relato, observação comportamental e medidas fisiológicas (BARBOSA; GUINSBURG, 2003), e esta se torna mais acurada se forem empregadas diferentes formas de avaliação. Para Colwell et al. (1996), apenas com o uso de escalas afetivas e escalas de intensidade, além de observação do comportamento, sinais fisiológicos, qualidade e localização da dor é que a enfermeira obterá os dados necessários para tornar o manejo adequado da dor da criança uma realidade.

Wong (1999) sugere, como uma das estratégias para obtenção de informações a respeito da dor da criança, o uso do QUEECE:

- ▶ **Q**uestionar a criança;
- ▶ **U**sar escala de escore de dor;
- ▶ **E**voluir as alterações de comportamento e fisiológicas;
- ▶ **E**star seguro de que há envolvimento dos pais;
- ▶ **C**onsiderar a causa da dor;
- ▶ **E**mpreender a ação e avaliar os resultados.

Os instrumentos para mensurar a dor devem ser adequados ao estágio cognitivo da criança e ao tipo de dor vivenciada. Podem ser utilizadas escalas de intensidade, diagramas do corpo e questionários, entre outros (DIAS; TANAKA, 1999). Entre as escalas de intensidade temos (ASHWILL; DROSKE, 1997; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; CLARO, 1993, 2004; DIAS; TANAKA, 1999; LEN et al., 1994; McGRATH; FINLEY, 2000; ROSSATO, 1997; SALANTERÄ et al., 1999; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006; TORRITESE; VENDRÚSCULO, 1998; WONG, 1999):

- ▶ *Poker Chip Tool* que utiliza quatro fichas vermelhas de pôquer, colocadas horizontalmente diante da criança. Deve-se dizer à criança que as fichas são *pedaços* de dor. Uma ficha quer dizer pouca dor e quatro fichas são o

2 A Construção do Objeto de Investigação

máximo de dor que ela pode sentir. A enfermeira deve perguntar: “quantos pedaços de dor você tem?” Após a seleção das fichas ela deve pedir à criança que fale sobre sua dor e o que poderia fazer por ela. Deve ser registrado o número de fichas selecionadas e os demais dados coletados (HESTER et al., 1990 apud WONG, 1999).

- ▶ Escala Visual Analógica que contém uma linha reta não numerada, vertical ou horizontal, de 10 cm, indicando em uma ponta *sem dor* e na outra *a máxima dor sentida*. Nessa escala a criança deve marcar na linha o local que melhor descreva a intensidade de sua dor. Após a anotação do paciente, medir a partir do início da escala (*sem dor*) até a marca, registrando a medida obtida como escore de dor.

FIGURA 2.2 – Escala Visual Analógica

- ▶ Escala de intensidade numérica de dor, graduada de zero a 10, variando desde a ausência de dor até a pior dor imaginável. Nesta escala a criança escolhe o número que melhor descreva a dor que sente.

FIGURA 2.3 – Escala de intensidade numérica de dor

2 A Construção do Objeto de Investigação

- ▶ Escala de avaliação dos copos que contém copos com quantidades diferentes de dor. Explicar à criança que o copo vazio significa sem dor e o copo número cinco totalmente cheio significa a pior dor. Perguntar a criança qual o copo que melhor descreve o que ela está sentindo.

FIGURA 2.4 – Escala de avaliação dos copos

- ▶ Escala de cores, variando do branco até o vinho, indo da ausência de dor à pior dor possível. A criança deve escolher a cor que melhor represente a dor que sente no momento. Como score de dor será registrada a cor escolhida.

FIGURA 2.5 – Escala de cores

- ▶ Escala de avaliação facial de Wong-Baker emprega seis faces que vão da ausência de dor até a pior dor possível. Deve-se explicar à criança que uma das faces é de uma pessoa que se sente feliz porque não tem dor e as outras de pessoas que se sentem mal porque sentem alguma ou muita dor. A seguir pede-se à criança que escolha a que melhor descreve o que ela

2 A Construção do Objeto de Investigação

está sentindo. O número que aparece abaixo da face escolhida deve ser registrado no prontuário do paciente (WONG, 1999).

FIGURA 2.6 – Escala de avaliação facial de dor de Wong-Baker

- *Faces Pain Scale*, contendo na primeira fileira de rostos o esquema proposto por Bieri (1990), com sete faces e na segunda, com seis faces, revisada por Hicks et al. (2001). Como as demais escalas de faces a seqüência dos desenhos segue o sentido esquerda-direita, iniciando com ausência de dor até uma dor insuportável.

FIGURA 2.7 – *Faces Pain Scale*

2 A Construção do Objeto de Investigação

- Escala de faces, composta por faces que representam desde a ausência de dor até a pior dor possível. A criança deve escolher a que melhor represente a dor que está sentindo.

FIGURA 2.8 – Escala de faces

- Escala de Plaja (CLARO, 2004), que utiliza ursinhos numa escala âncora alfanumérica semelhante à escala de faces:

FIGURA 2.9 – Escala de Plaja

- Escala de Claro (1993, 2004) que se utiliza de figuras conhecidas das crianças brasileiras — Cebolinha e Mônica⁴ — em seqüências que mostram cinco expressões que partem da expressão sem dor até a

⁴ O autor dos personagens é Maurício de Souza.

2 A Construção do Objeto de Investigação

expressão de dor insuportável, ou seja, a pior dor possível, considerando-se uma escala âncora alfanumérica, sendo 0 = sem dor, 1 = dor leve, 2 = dor moderada, 3 = dor forte, 4 = dor insuportável. A escolha desses personagens foi feita visando torná-la mais atrativa e, de certa forma, possibilitar a identificação da criança com a escala.

FIGURA 2.10 – Escala de Claro

- Escala de Oucher, composta de seis fotografias de faces de crianças com dor e números correspondentes à intensidade da dor (BEYER et al., 1987 citada por WONG, 1999). A seguir a versão hispânica:

FIGURA 2.11 – Escala de Oucher – versão hispânica

- ▶ *Princess Margaret Hospital Pain Assessment Tool* (PMHPAT) é uma escala desenvolvida em hospital australiano que avalia cinco elementos que indicam a dor da criança e cada um deles pode ser avaliado com zero, um ou dois pontos, podendo ser obtida a pontuação máxima de 10 pontos. A auto-avaliação foi realizada com a utilização da Escala de Avaliação Facial de Dor de Wong-Baker e deve ser aplicada em pacientes na faixa etária de sete a 14 anos (ROBERTSON, 1993). A escala é apresentada no quadro a seguir:

CRITÉRIOS	PONTOS		
	0	1	2
Expressão facial	Face composta/sorrindo	Face distorcida	Careta
Avaliação da enfermeira	Sem dor/dor leve	Dor moderada	Dor intensa
Posição no leito	Imóvel/relaxada	Inquieta/segura a lesão	Permanece rígida/agitada
Sons	Conversação Normal	Choramingando/ gemendo/queixando-se (não de dor) Sem som	Chorando alto/ gritando/queixando de dor
Auto-avaliação	Face 0 ou 1	Face 2 ou 3	Face 4 ou 5

QUADRO 2.2 – Princess Margareth Hospital Pain Assessment Tool (PMHPAT)

- FLACC: *Pain Assessment Tool* que incorpora cinco categorias de comportamentos de dor: expressão facial (*facial expression*), movimento de pernas (*leg movement*), atividade (*activity*), choro (*cry*) e consolo (*consolability*). Sua pontuação varia de zero a 10 com a seguinte classificação: 0 = relaxado; 1 – 3 = desconforto médio; 4 – 6 = dor moderada; 7 – 10 = dor/desconforto severo. É utilizada com frequência para avaliar a dor pós-operatória de crianças de dois meses a sete anos (MERKEL et al. 1997; MERKEL et al. 2002; SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). É apresentada no quadro a seguir:

CATEGORIAS	PONTOS		
	0	1	2
Face	Sem expressão peculiar ou sorriso	Careta ocasional ou carranca, retraída, desinteressada	Freqüente a constante tremor de queixo, mandíbula apertada
Pernas	Posição normal ou relaxada	Inquietas, tensas, impacientes	Chutando, ou pernas contraídas
Atividade	Calma, posição normal, movimentase facilmente	Contorcendo-se, balançando para frente e para trás, tensa	Arqueada, rígida ou espástica
Choro	Sem choro (acordada ou dormindo)	Gemidos ou choramingos, queixas ocasionais	Chorando, gritos ou reclamação constante
Consolo	Contente, relaxada	Reconfortada por toque ocasional, abraço ou conversa	Difícil de ser consolada ou confortada

QUADRO 2.3 – FLACC: *Pain Assessment Tool*

- Escala de Dor do Children's Hospital of Eastern Ontário – CHEOPS (*Children's Hospital of Eastern Ontário Pain Scale*), é multidimensional e adequada para avaliação da dor pós-operatória em crianças de 0 a 4 anos. Contém seis indicadores de dor, cinco deles comportamentais (choro, expressão facial, tronco-dorso, toque e pernas) e um auto-registro (verbalização, queixas de dor). A pontuação de cada indicador é variável e pode receber valores de 0 a 3. Os escores obtidos variam de quatro a 13, e sua obtenção decorre da soma dos pontos dos seis indicadores. Quanto maior o número obtido, maior o grau de dor da criança (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

CRITÉRIOS	PONTOS			
	0	1	2	3
Choro		sem choro	resmungando chorando	estridente
Facial	sorrindo	calma/tranquila	caretas	
Expressão Verbal	positiva	nenhuma outras queixas	queixas de dor ambas as queixas	
Dorso-Tronco		neutro	instável tenso tremulando ereto/vertical distendido	
Toque		sem contato-toque	alcance toque agarrar distendidas	
Pernas		neutra	contorcendo estirada postura distendida	

QUADRO 2.4 – Escala de dor do *Children's Hospital of Eastern Ontario*

- Escala de Conforto para Avaliação de Dor Pós-Operatória (*Comfort Scale*) é um escala comportamental para avaliar desde recém-nascidos até adultos, inconscientes e mecanicamente ventilados. A escala tem oito indicadores: estado de alerta, calma/agitação, respostas respiratórias, movimentos físicos, pressão arterial, frequência cardíaca, tônus muscular e tensão facial. Algumas vezes, há um nono indicador, em que o choro é utilizado para a avaliação de crianças que não estão sob ventilação assistida. Nessas ocasiões, o choro é avaliado da seguinte maneira: 1 – respirando calmamente; 2 – ofegante, soluçando; 3 – gemendo; 4 – chorando; 5 – gritando. O escore total varia de oito a 40 ou de nove a 45 se estiver sendo considerado o choro. Uma pontuação de 17 a 26 indica, em geral, sedação e controle da dor adequados (SILVA ; RIBEIRO-FILHO, 2006).

CRITÉRIOS	PONTOS				
	1	2	3	4	5
Estado de Alerta	Profundamente adormecido	Levemente adormecido	Sonolento	Alerta e consciente	Hiper-alerta
Calma / Agitação	Calmo	Levemente ansioso	Ansioso	Muito ansioso	Aterrorizado
Respostas Respiratórias	Sem tosse ou sem respiração espontânea	Respiração espontânea	Tosse esporádica/ resiste ao ventilador	Respira ativamente contra o ventilador	Opõe-se ao ventilador- tosse/ engasga/ tem náusea
Movimento Físico	Nenhum	Movimentos leves, esporádicos	Movimentos leves, freqüentes	Somente movimentos vigorosos das extremidades	Movimentos vigorosos das extremidades, dorso ou cabeça
Pressão Arterial	Pressão arterial acima do valor basal (linha de base)	Pressão arterial consistentemente no valor basal	Elevações infreqüentes de 15% ou mais (mais do que 1-3 minutos de observação)	Elevações freqüentes de 15% ou mais (mais do que 3 minutos durante o período de observação)	Elevação sustentada maior ou igual a 15%
Freqüência Cardíaca	Freqüência cardíaca abaixo da linha de base	Freqüência cardíaca consistentemente na linha de base	Elevações infreqüentes de 15% ou mais (mais do que 1-3 minutos de observação)	Elevações freqüentes de 15% ou mais (mais do que 3 minutos durante o período de observação)	Elevação sustentada maior ou igual a 15%
Tônus Muscular	Relaxado / nenhum	Tônus muscular reduzido	Tônus muscular normal	Tônus aumentado/flexão - dedos das mãos ou pés	
Tensão Facial	Relaxado	Tônus normal	Alguma tensão	Tensão facial total	Hiper-alerta

QUADRO 2.5 – Escala de conforto para avaliação de dor pós-operatória (*Comfort Scale*)

2 A Construção do Objeto de Investigação

- ▶ *Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT)* é um instrumento multidimensional para avaliação da localização, intensidade e tipo de dor em crianças e adolescentes. Os pacientes devem pintar as áreas onde sentem dor e no tamanho que indique a sua intensidade e escolher em uma lista de 56 palavras agrupadas com as qualidades da dor cujo sentido mais se aproxima da dor que sentem, bem como marcar numa escala contínua sua intensidade (SAVEDRA et al., 1989, 1993).

FIGURA 2.12 – *Adolescent Pediatric Pain Tool (APPT)*

Métodos comportamentais podem ser utilizados em crianças incapazes de fazer o auto-relato. Parâmetros fisiológicos também podem ser usados, visto que na presença de estímulo doloroso ocorre, entre outras variáveis, aumento da pressão arterial, frequência cardíaca e/ou respiratória e redução da saturação de oxigênio (BRASIL, 2001).

Também podem ser usadas escalas de auto-relato de dor, entre as quais: *The Pediatric Pain Questionnaire* e *The Children's Comprehensive Pain Questionnaire*. Essas escalas são instrumentos multidimensionais de

2 A Construção do Objeto de Investigação

auto-relato de dor e de seus efeitos que abrangem as dimensões da dor, crenças e atitudes, estado psicológico, comportamento e enfrentamento, entre outros aspectos. São compostas por entrevistas semi-estruturadas com componentes de auto-relato (CHAMPION et al., 1998; DIAS; TANAKA, 1999).

Para Abu-Saad e Hamers (1997), o processo de tomada de decisão em relação à avaliação e controle da dor em crianças é muito complexo. Segundo os autores a literatura é abundante no que diz respeito à complexidade de quantificar um fenômeno subjetivo como a dor, na dificuldade de avaliar a dor de forma precisa e em relação a resultados discrepantes freqüentemente encontrados na prática clínica para controlar efetivamente a dor. Além do já exposto, quando as decisões se referem à criança, uma gama de outros fatores pode estar envolvida, como a idade e a fase do desenvolvimento, o nível cognitivo, o contexto e o meio onde ela vive e as suas habilidades para utilizar estratégias de enfrentamento para lidar com situações muito estressantes.

A grande quantidade e diversidade de instrumentos existentes para avaliação da dor da criança nas diversas faixas etárias favorece a escolha, pelos profissionais que atuam na área pediátrica, do modelo mais adequado à sua realidade. Mas ainda estamos longe da situação almejada – a disseminação global do uso das escalas de avaliação da dor pediátrica.

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 19 de 03/01/02, instituiu o Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos — PNADCP (BRASIL, 2002), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e fixou os protocolos e diretrizes terapêuticas para o fornecimento de medicamentos excepcionais que incluísse o uso de opiáceos no alívio da dor crônica (Portaria nº 1.318 de 23/07/02) e a criação dos Centros de Referência em Tratamento da Dor Crônica em hospitais cadastrados como Centros de Alta Complexidade em Oncologia e hospitais gerais que disponham de ambulatório para tratamento de dor crônica (Portaria nº 1.319 de 23/07/02).

A Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Americana de Dor convocaram os pediatras a liderar e assumir um papel de defesa para

2 A Construção do Objeto de Investigação

assegurar que todas as crianças e adolescentes recebam tratamento humano e competente para alívio da dor e do sofrimento. Ressaltam que, quando os pediatras considerarem o conforto de seus pacientes uma prioridade e ajudarem outros profissionais a tratar a dor de forma mais efetiva, o tratamento da dor em crianças irá melhorar (*AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS; AMERICAN PAIN SOCIETY*, 2001). A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu como uma das prioridades de seu programa de combate ao câncer infantil o manejo efetivo da dor (*WORLD HEALTH ORGANIZATION*, 1998).

Mais recentemente, em 11 de outubro de 2004, a Associação Internacional para o Estudo da Dor promoveu o primeiro Dia Global Contra a Dor cujo foco central foi o subtratamento mundial da dor aguda e da dor crônica. Em 17 de outubro de 2005 foi organizado o Dia Global Contra a Dor em Crianças, que, na verdade, iniciou o Ano Global Contra Dor em Crianças que se prolongará até 15 de outubro de 2006. A IASP justificou a escolha do tema devido à necessidade premente de melhorar o tratamento da dor das crianças, tanto por razões humanitárias quanto por razões éticas, devido aos efeitos da dor não apenas na saúde das crianças, mas porque ela pode contribuir para a instalação de incapacidade e sofrimento na vida futura (FINLEY et al., 2005; *INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN*, 2006b).

Para divulgar o Dia Global Contra a Dor em Crianças, o capítulo brasileiro da IASP, Sociedade Brasileira para Estudo da Dor — SBED, traduziu o texto de Finley et al. (2005), *Why children's pain matters*, disponibilizando-o no site eletrônico da entidade. Também encaminhou textos — *releases* — para divulgação para mais de três mil jornalistas, editores, sites, emissoras de televisão e revistas de todo Brasil, além de ter colaborado com diversas entrevistas e artigos em revistas de várias partes do país (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2006; *INTERNACIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN*, 2006a).

A Sociedade Brasileira para Estudo da Dor possui o Comitê de Dor em Pediatria que, entre suas finalidades, busca:

2 A Construção do Objeto de Investigação

- ▶ congregar profissionais da área de saúde, interessados na pesquisa, no estudo e na terapêutica da dor em pediatria;
- ▶ estimular a pesquisa, o ensino e a divulgação da terapêutica para dor em pediatria;
- ▶ interessar a sociedade brasileira em geral pelo estudo, pesquisa e terapêutica da dor em pediatria;
- ▶ auxiliar os profissionais da área de saúde interessados em estabelecer unidades para estudo, pesquisa e tratamento da dor em pediatria (SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR, 2006)

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations — JCAHO —, entidade norte-americana cuja missão é melhorar a segurança e a qualidade do cuidado prestado nos hospitais e demais organizações de cuidado à saúde, incluiu o alívio da dor como item a ser avaliado na acreditação hospitalar desde 2001. Na atualização de seus padrões para 2006 a JCAHO continua a exigir a avaliação adequada da dor de acordo com as condições do paciente e o grau de complexidade do cuidado, tratamento e serviços fornecidos (*JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS*, 2006; SILVA; PIMENTA, 2003b).

Tais iniciativas revelam a preocupação dos órgãos governamentais e entidades representativas da área da saúde nos âmbitos nacional e internacional com a qualidade de vida das pessoas que padecem de dor, entendendo que ela é, em si mesma, uma doença e não um mero sintoma.

2.4 A DOR PÓS-OPERATÓRIA NA CRIANÇA

Para Alves (2004) a anestesia foi a primeira das especialidades médicas, pois na Bíblia encontra-se o relato de que Deus, antes de retirar de Adão a costela para a criação de Eva, fez com que ela caísse em sono profundo. Segundo o autor, só depois de exercer as funções de anestesista Deus se tornou cirurgião, o que demonstra que não queria que o homem sentisse dor. Mais adiante afirma “a dor é o que existe de mais terrível na condição humana” (ALVES, 2004, p. 40).

Até meados do século XIX, qualquer operação trazia consigo dores espantosas e a morte rondava as salas de cirurgia. Apenas a completa desesperança, uma vontade desesperada de viver ou um sofrimento pior que as dores da pior operação levavam o doente a sentar na *cadeira vermelha*. Cirurgia era sinônimo de amputação, redução de hérnias, extração de cálculos, operação de catarata e algumas poucas intervenções de urgência, dolorosas e sem esperança de serem bem sucedidas para o paciente. Além disso, não era possível superar a dor da operação, mesmo com o uso de grandes quantidades de aguardente e de ópio e eram freqüentes as infecções que levavam o paciente à morte (THORWALD [s.d.]).

Com o advento da anestesia e da descoberta dos microorganismos e seu papel nas infecções o cenário da cirurgia modificou-se drasticamente. Thorwald ([s.d.]) classificou os cem anos que se seguiram ao uso formal da anestesia, como o “século dos cirurgões”. Para o autor, ficava para trás o tempo em que o poder da dor era absoluto nas operações e em que o medo das “febres traumáticas” era uma sombra que pairava sobre cirurgões e pacientes. A partir daí, deu-se início a uma sucessão de feitos pioneiros e de progressos não imaginados naquela época.

Muitas pessoas nunca se submeterão a cirurgias durante a vida, enquanto outras passarão por essa experiência, com diferentes graus de dor pós-operatória. Para algumas pessoas, infelizmente, essa dor poderá ser umas

2 A Construção do Objeto de Investigação

das piores lembranças da sua vida. Muitos cirurgiões compartilham com os pacientes a premissa de que como esta é uma dor inevitável e com duração limitada, pode ser suportada bravamente (CAVALCANTE et al., 2000).

Muitas das crianças submetidas a cirurgias ainda não recebem tratamento adequado para o alívio da dor pós-operatória, apesar do fato de que a analgesia poderia ser efetuada com relativa facilidade e de forma segura, não havendo, portanto, razões para o não-tratamento dos quadros algícos pós-operatórios (BERDE, 1989; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; FINLEY et al., 2005).

Ao pesquisar a prevalência e as causas de dor em pacientes pediátricos internados num hospital do Canadá, Cummings et al. (1996) constataram, com a utilização da *Faces Pain Scale* (BIERI, 1990), que 95% dos sujeitos relataram níveis clinicamente significativos de dor mais intensa. As causas de dor encontradas foram variáveis e incluíram doenças, cirurgias e punções venosas. As crianças pesquisadas receberam significativamente menos doses de analgésicos que o prescrito, independente de seu relato a respeito da intensidade de sua dor. Quando questionadas sobre quem as ajudou em relação à dor, as citações mais freqüentes foram: enfermeiras, mães e *ninguém*. As medicações e os métodos não-farmacológicos foram igualmente importantes no manejo da dor.

Em estudo realizado com 65 crianças e adolescentes com idade entre 8 e 17 anos de diferentes origens étnicas, no período pós-operatório, foi avaliada a dor através da *Adolescent Pediatric Pain Tool* por cinco dias consecutivos. Nesse período os 65 sujeitos relataram mudanças na dor quanto à intensidade e qualidade, mas não quanto à localização o que conferiu às crianças e adolescentes uma estimativa válida e confiável de seus relatos sobre a dor pós-operatória (SAVEDRA et al., 1993).

A dor pós-operatória tem causa identificável, etiologia bem definida e, em decorrência disso, por ser uma dor previsível, espera-se que seja autolimitada, devendo seguramente diminuir ou cessar em pouco tempo. Ao

2 A Construção do Objeto de Investigação

longo do desenvolvimento da cirurgia, a dor pós-operatória foi quase ignorada, sendo universalmente reconhecido o fato de que ela recebe subtratamento que pode ser, em grande parte, atribuído ao temor do emprego de drogas opiáceas (ANDRADE, 2000). Para Cavalcante et al. (2000), médicos, enfermeiros e paciente demonstram receio de usar opióides no tratamento da dor pós-operatória, mesmo sendo atualmente o principal meio para tratá-la.

Outras razões para seu tratamento inadequado são: crença de que a dor é inevitável após toda intervenção cirúrgica; desconhecimento dos benefícios fisiológicos da analgesia pós-operatória; temor ante a utilização de drogas mais potentes; receio de induzir o paciente à depressão respiratória e dependência física ou psíquica com o uso de opiáceos (ANDRADE, 2000; CAVALCANTE et al., 2000; FINLEY et al., 2005; SCHECHTER, 1989).

É importante lembrar que a não-administração de medicamentos por médicos e enfermeiros para o controle da dor pós-operatória em doses adequadas nos intervalos planejados, é responsável por fazer o paciente sofrer dor desnecessária e caracteriza grave desrespeito aos deveres éticos e legais de aliviar o sofrimento causado pela dor (POSSO; COSTA, 2005).

Toda cirurgia implica em lesão de tecidos, manipulação de estruturas e órgãos, sendo a dor uma consequência natural desse processo, que pode, porém, ser minimizada. O período pós-operatório, tão comum numa unidade pediátrica, pode ser vivenciado pela criança de forma menos traumática, se os profissionais responsáveis pelo seu cuidado estiverem sensibilizados para a importância da avaliação e alívio da dor e conhecerem estratégias adequadas para o seu tratamento. Diz Andrade (2000, p. 10): “a agressão cirúrgica determina uma ‘lesão tecidual’ que inicia um processo inflamatório que se estende no período pós-operatório, levando à liberação de uma série de mediadores químicos de células”. Para a autora, essas substâncias compõem a “sopa de sensibilização”, que leva ao rebaixamento do limiar de estímulo dos nociceptores.

O tratamento da dor pós-operatória, além das razões

2 A Construção do Objeto de Investigação

humanitárias, reduz reações secundárias induzidas pelo traumatismo, isto é, os reflexos somáticos e neurovegetativos podem influenciar negativamente a atividade de vários órgãos e contribuir para o aumento da morbidade (BERDE, 1989; GARCIA; SAKATA; ISSY, 2003). É importante frisar que em qualquer faixa etária a dor aumenta os índices de morbidade e mortalidade, dificultando a recuperação e reparação de processos mórbidos clínicos ou cirúrgicos (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Também na criança a cirurgia desencadeia uma série de eventos fisiopatológicos com dois objetivos básicos: a manutenção de volume e a produção de substrato energético. Para que isso ocorra, é desencadeado um complexo mecanismo de eventos neuroendócrinos que levam à produção de catecolaminas e de corticóides (MAKSOUND, 2003). Para Claro (2004), em qualquer tipo de cirurgia a que a criança seja submetida, a maior parte da dor pós-operatória pode ser prevenida, eliminada ou, ao menos, controlada e reduzida. As crianças vivenciam a dor no período pós-operatório como resultado do procedimento cirúrgico assim como das intervenções pós-operatórias subseqüentes, sendo de suma importância a determinação da melhor maneira de avaliação da dor pós-operatória (McNAIR et al., 2004).

Cavalcante et al. (2000) destacam que, apesar dos significativos avanços nas áreas da fisiopatologia da dor, da farmacologia dos analgésicos e do desenvolvimento de novas técnicas para o controle da dor pós-operatória, muitos pacientes continuam recebendo tratamento inadequado. Esses autores alertam-nos que pacientes que recebem tratamento adequado da dor após a cirurgia encaram a experiência de forma otimista, motivo pelo qual é importante criar e manter rotinas, para dar o máximo conforto ao paciente, tratando de forma adequada sua dor.

A analgesia no período pós-operatório tem como objetivo o alívio da dor com o mínimo de efeitos colaterais e deve ter seu início antes da cirurgia, mantendo-se durante a anestesia e período de convalescença. O seu planejamento deve ser individual, considerando a intensidade da dor esperada,

2 A Construção do Objeto de Investigação

o tipo e local da cirurgia, os aspectos técnicos da intervenção, o tempo previsto de recuperação, os problemas médicos e psicológicos associados, as necessidades pessoais de cada paciente e o ambiente de recuperação (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Estímulos dolorosos produzem uma resposta de estresse global nos lactentes submetidos à cirurgia com analgesia mínima ou nula, resposta que se evidencia por alterações cardiorrespiratórias (nítido aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e menor saturação de oxigênio), sudorese palmar, mudanças hormonais e metabólicas. Com uma anestesia adequada, os lactentes apresentam menos respostas de estresse, menor morbidade e menor mortalidade pós-operatória (BARBOSA; GUINSBURG, 2003; CARVALHO, 1996; CARVALHO; SWEET; McGRATH, 1998; TROSTER, 1999; WONG, 1999).

Outros efeitos da dor podem incluir o aumento do período de vigília e irritabilidade, assim como alterações da alimentação, vômitos, perda de apetite e do interesse ou da energia de sucção. Também ocorrem modificações nos estados comportamentais e nas interações entre pais e filhos as quais podem interferir na recuperação da cirurgia (ASHWILL; DROSKE, 1997; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; WONG, 1999). As conseqüências da dor na resposta fisiológica de crianças no período pós-operatório são, em geral, acidemia láctica, hiperglicemia, balanço nitrogenado negativo, retenção de água e sódio e aumento da excreção de potássio (BARBOSA; GUINSBURG, 2003; CARVALHO, 1996; CARVALHO; SWEET; McGRATH, 1998; TROSTER, 1999).

Inúmeros benefícios advêm da adequada analgesia no período pós-operatório, entre os quais mencionamos: melhor expansão pulmonar e da caixa torácica; melhor ventilação pulmonar; melhor mobilização de secreções; reflexo de tosse mais efetivo; menor incidência de atelectasias e de broncopneumonia; diminuição do trabalho cardíaco e do consumo de O₂ no miocárdio. Ainda facilita a troca de curativos; contribui para a motilidade intestinal; provoca menor incidência de complicações pós-operatórias; melhora a evolução clínica; reduz a morbimortalidade e possibilita alta hospitalar precoce.

2 A Construção do Objeto de Investigação

É importante frisar que o planejamento da analgesia deve ser individual, visto que o que beneficia um paciente pode não ser eficaz para outro (ANDRADE, 2000; BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Buscando explorar as percepções de enfermeiras (n = 20) e pais (n = 20) em relação ao manejo da dor pós-operatória em crianças, Simons e Roberson (2002) pesquisaram a comunicação entre enfermeiras e pais em face da dor pós-operatória das crianças e como esse processo poderia ser melhorado para favorecer o seu manejo. O estudo foi desenvolvido num centro de referência terciária de uma grande cidade do Reino Unido. Os achados indicaram que, a despeito do conhecimento das enfermeiras de que o manejo da dor era deficiente, elas tinham expectativas que exigiam dos pais um nível de conhecimento que eles não possuíam. Os dados obtidos sugerem que a comunicação deficiente com os pais e o déficit de conhecimento das enfermeiras criam obstáculos para o manejo efetivo da dor em crianças. Estes obstáculos têm de ser superados por meio de uma melhor capacitação das enfermeiras e uma melhor comunicação com os pais.

A descrição das experiências de crianças hospitalizadas com métodos de alívio de dor pós-operatória e suas sugestões para enfermeiras e pais a respeito da sua implementação foi o propósito do estudo realizado por Pölkki et al. (2003a). Foram entrevistadas 52 crianças de 8 a 12 anos, que haviam sido submetidas a cirurgias sob anestesia, internadas numa unidade de cirurgia pediátrica de um hospital universitário da Finlândia. Foi solicitado que elas indicassem a intensidade da dor numa escala visual analógica. Os resultados indicaram que as crianças usaram ao menos um método de alívio auto-iniciado⁵ (p.e.: distração, descansar/dormir), além de receber assistência no alívio da dor por enfermeiras (p.e.: administração de analgésicos, ajuda nas atividades diárias) e pais (p.e.: presença e distração). As crianças deram sugestões, especialmente relacionadas às enfermeiras, de como criar um

⁵ Do inglês *self-initiated*, isto é, que foi iniciado pelo próprio paciente.

2 A Construção do Objeto de Investigação

ambiente mais agradável e implementar alívio efetivo da dor pós-operatória. Além disso, a maioria das crianças relatou sua pior dor como sendo moderada ou grave, o que indicou que o manejo da dor em crianças hospitalizadas deve ser mais agressivo.

Estudo desenvolvido por Colwell et al. (1996) teve como objetivo examinar o uso de escalas de dor pediátrica no período pós-operatório por 44 enfermeiras de uma unidade cirúrgica de um hospital pediátrico privado dos Estados Unidos e para isso foram comparadas suas estimativas de intensidade de dor com o auto-relato de 124 crianças, com idade entre 5 e 17 anos. As enfermeiras pediátricas que participaram do estudo foram randomizadas em um grupo-experimental que utilizou a Escala Analógica Cromática Contínua e a Escala de Faces de McGrath para obter os graus de dor, enquanto o grupo-controle fez as estimativas de acordo com seus hábitos rotineiros. Os achados revelaram que somente 36% das enfermeiras tinham, em algum momento, usado uma escala de dor pediátrica. As correlações entre os grupos deram a entender que o uso de escalas de dor, pelas enfermeiras, reflete mais acuradamente as experiências dolorosas das crianças.

Muitas crianças suportam níveis inaceitáveis de dor e, portanto, sua prevenção e manejo devem ser mais agressivos. A avaliação da dor deve ser feita com a mesma atenção com que são verificados os sinais vitais, sendo necessário que haja melhora na prescrição de analgésicos, nas práticas de administração e no controle não-farmacológico da dor (CUMMINGS et al., 1996).

O manejo adequado da dor tem sido pouco valorizado e realizado em nosso sistema de saúde. Outras pesquisas sobre manejo da dor pediátrica são necessárias. Segundo Knoublauch e Wilson (1999), estudos sobre atitudes e valores das enfermeiras em relação ao controle da dor pediátrica, pesquisas sobre a satisfação do paciente com o manejo da dor e estudos sobre os fatores contextuais que influenciam o manejo da dor das crianças são áreas importantes para futuras investigações.

Muitas foram as razões que nos desafiaram a realizar este

2 A Construção do Objeto de Investigação

estudo, porém, uma de nossas maiores preocupações foi mostrar que o enfermeiro pode fazer muito pelo alívio da dor de crianças no período pós-operatório, mesmo na dura realidade dos hospitais brasileiros.

2.5 FINALIDADE E OBJETIVOS

As muitas lacunas existentes na literatura sobre o manejo da dor em crianças no período pós-operatório e o desejo de conhecer como os enfermeiros cuidam dos pacientes com a dor, nessa fase de sua internação em unidades pediátricas, nos impulsionaram a desenvolver o presente estudo que tem por objetivos:

- ▶ caracterizar o processo de manejo da dor aguda na criança no período pós-operatório a partir dos registros contidos nos seus prontuários;
- ▶ investigar como as enfermeiras cuidam das crianças com dor no período pós-operatório e quais fatores influenciam sua prática.

A dor é uma profunda, assustadora e devastadora experiência para ambos — paciente e família (FERREL, 1995). Buscar compreender a experiência e a atuação dos enfermeiros junto às crianças com dor no período pós-operatório, bem como suas motivações e limitações possibilitará uma visão mais clara da realidade estudada e a busca de alternativas possíveis para minimizar a dor das crianças nesse período.

A seguir, no quadro teórico deste estudo, apresentamos aspectos relacionados à dor e cultura, seus pontos de intersecção, como se influenciam mutuamente, como estão presentes na vida dos indivíduos desde o nascimento e por toda vida.

3 O Quadro Teórico

*Ah! Como o ar imortal a Dor não finda!
Das papilas nervosas que há nos tatos
Veio e vai desde os tempos mais transatos
Para outros tempos que hão de vir ainda!*

AUGUSTO DOS ANJOS

Para os antropólogos, o termo cultura engloba os modos comuns e aprendidos da vida, transmitidos em sociedade pelos indivíduos e grupos. De forma geral, o termo remete a idéias e comportamentos (MARCONI; PRESOTTO, 2001).

A relação íntima entre saúde e cultura não é um tema novo na Antropologia. No início do século XX, o inglês Rivers e o alemão, radicado nos Estados Unidos, Ackerknecht — ambos médicos e antropólogos — estudaram culturas chamadas *primitivas* na época. Esses pesquisadores não se interessavam em traçar um perfil da saúde dos grupos, nem em examinar a interação entre as práticas culturais e sociais com as questões biológicas. Focaram seus estudos nas manifestações mágicas e religiosas da medicina primitiva. Consideravam a cultura como um conjunto de normas, práticas e valores previamente estabelecidos e fixos que determinam os pensamentos e as atividades dos membros de um grupo (LANGDON, 2003).

Após a Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento da Antropologia Aplicada, surgiram trabalhos que enfocavam a questão do estado de saúde, tentando medir o impacto das práticas culturais e sociais sobre ele. No entanto, ainda persistia a visão de cultura como um sistema fixo e homogêneo, no qual todos os membros compartilham das mesmas idéias e agem igualmente (LANGDON, 2003).

Ao questionar os diversos conceitos de cultura existentes, Geertz (2001, p. 22-23) afirma que “o problema é que ninguém sabe muito bem o que é cultura” e segue dizendo que “não é apenas um conceito fundamentalmente contestado, como os de democracia, religião [...], como é também definido de várias maneiras, empregado de formas múltiplas e irremediavelmente impreciso”. Essas inquietações levaram o autor a assumir a tarefa de reduzir a idéia de cultura a um tamanho adequado. Em outras palavras, deu-lhe uma dimensão menos vasta, buscando “dar à ‘cultura’ uma noção delimitada, com aplicação precisa, sentido claro e uso específico”.

Nos dizeres de Mascarenhas (2004), a Antropologia influenciada

pelas idéias de Geertz considera que a cultura caracteriza-se por um conjunto comum de idéias que são continuamente trabalhadas de modo imaginativo, sistemático, explicável, mas imprevisível. Sendo assim, a ambigüidade é essencial, posto que, permite que este processo de transformação prossiga. O autor segue destacando que essa corrente da Antropologia não considera a cultura como um sistema formal, fechado e coerente, identificado como um padrão grupal. Para ele, a cultura não pode ser tratada a partir do isolamento de seus elementos e da especificação de suas relações, pois se assim fosse, todo sistema seria caracterizado de uma forma geral.

Langdon (2003), refletindo sobre o conceito de cultura adotado nas atuais discussões sobre a relação entre saúde e doença, lembra que ele é muito distinto daquele adotado por Ackerknecht e Rivers que consideram a existência da cultura antes da ação. Com a ajuda de Geertz, a cultura passa a ser vista como um sistema de símbolos, público e centrado no ator, que dele se utiliza para interpretar seu mundo e para agir, ao mesmo tempo, que também o reproduz.

A autora enfatiza

o sistema de saúde é também um sistema cultural, um sistema de significados ancorado em arranjos particulares de instituições e padrões de interações interpessoais. É aquele que integra os componentes relacionados à saúde e fornece ao indivíduo as pistas para a interpretação de sua doença e as ações possíveis (LANGDON, 2003, p. 96).

Geertz (1989) esclarece que, como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis, a cultura não é um poder, algo a que podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma densa.

Convém destacar que uma das dimensões da Antropologia contemporânea é a busca de sentido das histórias e experiências humanas — a necessidade de ir além da literalidade. Para realizar essa tarefa, é preciso se

aproximar dos homens, tentar escutar seus diálogos interiores, suas queixas, seu sofrimento, suas histórias. No momento central deste *encontro com o outro*, busca-se, além de olhar, ver; além de ouvir, escutar; além dos fatos, o sentido (MALUF, 1999). Dito de outra maneira, é preciso descobrir o que se esconde nas entrelinhas, desvelar o verdadeiro significado dos discursos e das ações dos sujeitos pesquisados, ter sensibilidade para identificar o que está subentendido nas palavras proferidas e nas atitudes tomadas.

Os sentidos, aqui mencionados, referem-se às motivações dos sujeitos para o que eles pensam e falam, ou melhor, são as justificativas para seus pensamentos e para seus discursos. Por serem conscientes, públicos e socialmente construídos, cabe ao pesquisador explicitá-los pela análise da linguagem verbal e não-verbal. (GEERTZ, 2001).

Malinowski (1962, p. 53), em seu ensaio “Uma teoria científica da cultura”, procurou demonstrar que o ponto de encontro real de todos os ramos da Antropologia é o estudo científico da cultura:

Se fôssemos investigar o comportamento diário de qualquer indivíduo, masculino ou feminino, moço ou velho, sadio ou doente, verificaríamos que todas as fases de sua vida devem estar relacionadas a um ou outro dos sistemas de atividades organizadas nos quais nossa cultura pode ser subdividida e que em seu conglomerado realmente constituem nossa cultura. No lar e no escritório, na residência e no hospital, no clube e na escola, no diretório político e na igreja, em toda parte encontramos um lugar, um grupo, uma série de estatutos e regras de técnica e também uma lei orgânica e uma função.

Ao aproximar esta discussão de nosso objeto de estudo, partimos do pressuposto de que dor implica num processo contínuo de interpretação não-consciente e consciente. Nesta perspectiva, provoca questionamentos como: por que eu? quanto tempo vai durar? que problema é este? ficarei melhor? o que é que eu fiz para merecer isto? Esses questionamentos conduzem à elaboração do significado da dor nas diferentes culturas e momentos históricos.

Helman (2003) salienta que a dor só pode ser compreendida em seu contexto cultural se for vista como um tipo específico de sofrimento humano. Portanto, os tipos de perguntas feitas por uma pessoa com dor podem ser aplicados a outras formas de infortúnio. Para Pimenta e Portnoi (1999), a dor, como experiência culturalmente aprendida, embora incluída na definição atualmente aceita de dor, não tem sido enfatizada pelos estudiosos do assunto.

Até a dor dos recém-nascidos tem impressa a marca das estruturas sociais — como a família ou hospital — e o ambiente cultural — como o grupo étnico ou nação — que necessariamente a rodeia, molda e influencia. A interpretação não precisa ser consciente, um ato deliberado. A dor chega a nós sempre já interpretada pelo mundo social que habitamos (MORRIS, 1993). Ao analisar o aprendizado e enfrentamento da dor, Portnoi (2003, p. 206) destaca que “tudo o que o indivíduo aprende desde a sua mais tenra infância costuma estar relacionado, de maneira geral, com a sensação de dor aguda”. Para contextualizar, ao ser submetido ao *Teste do pezinho*, o recém-nascido pode apresentar diferentes respostas de dor quando recebe uma ou mais perfurações no calcanhar para obtenção da amostra de sangue, dependendo da forma como é tocado e conforme sua atenção é direcionada. A diversidade de reações comportamentais à dor entre crianças ilustra, simultaneamente, a natureza subjetiva da dor e o forte potencial das variáveis mediadoras da experiência dolorosa (GUIMARÃES, 1999).

Corroborando essas afirmações, Sarti (2001), ao se referir às diversas formas de sentir e encarar a dor nas diferentes faixas etárias, diz que no caso do recém-nascido, pela sua extrema dependência, a influência do que ocorre a seu redor é decisiva. Como bem nos alerta Kovács (1999, p. 320), “o fenômeno dor também é uma construção social; sendo que cada sociedade tem, num determinado momento, numa perspectiva histórica, uma cultura da dor”.

Ao refletir sobre dor, indivíduo e cultura, Sarti (2001) chama atenção para o fato de que toda realidade humana possui uma dimensão social, incluindo o corpo e a dor. As experiências vividas pelos indivíduos, seu modo de

ser, de sentir ou de agir estão relacionados à sociedade a que pertencem. A autora afirma que o significado de toda experiência humana é histórica e culturalmente elaborado, sendo transmitido pela socialização iniciada no nascimento e renovada ao longo da vida. As referências coletivas contribuem para a construção do significado das experiências individuais aí incluída a dor.

Os povos primitivos baseavam a interpretação da dor em modelos pré-lógicos fundamentados na imaginação mágica coletiva, para justificar os mecanismos e os tratamentos da dor. Durante os primórdios da humanidade, a dor foi atribuída aos maus espíritos e às punições por faltas cometidas, sendo a medicina exercitada por sacerdotes que, a serviço dos deuses, empregavam remédios naturais e acreditavam que as preces apresentavam efeitos terapêuticos. Dor e inimigo eram colocados no mesmo nível, uma vez que a dor era considerada um ataque à pessoa, punição para uma falta ou resultado da atuação de demônios ou deuses e, eventualmente, dos inimigos do homem (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

O humanismo propagado pelo chinês Confúcio (551 a 479a.C) defendia que o mal não seria uma força sinistra ativa na cosmologia chinesa; seria o resultado da ausência do esforço de crescer, desenvolver-se, modificar ou transformar a situação má. A dor e seu corolário, o sofrimento, não teriam relação com o mal, seriam elementos constitutivos da condição humana: seria humano sentir dor e sofrer. Os seres humanos experienciariam dor mais agudamente e sofreriam mais intensamente que outros seres, porque seriam mais sensíveis e, portanto, mais vulneráveis emocionalmente, mais reativos psicologicamente e mais sensíveis intelectualmente. Por volta de 2000 anos atrás, a crença geral era de que a dor existiria externamente ao corpo e nele penetraria como força real (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

Ao considerar a doença como um processo subjetivo no qual a experiência corporal é mediada pela cultura, Langdon (2003) inclui a dor como exemplo dessa idéia, pois que membros de diferentes culturas nciam e demonstram suas dores de formas diversas. Além disso, a dor é experimentada

de várias maneiras numa mesma sociedade, porquanto depende de vários fatores tais como gênero, classe social e etnicidade.

Sontag (2002), ao discorrer sobre a doença como metáfora, salienta que persiste a visão de que a tuberculose seja relativamente indolor e que, contrariamente, o câncer seja, invariavelmente, muito doloroso. Destaca que estes são exemplos de contrastes tomados da crença popular de ambas enfermidades, mas que há muitos casos de tuberculosos que morreram em meio a terríveis dores, assim como há gente que morre de câncer sentindo pouca ou nenhuma dor.

Quando a dor é vista como punição divina por um desvio do comportamento, as pessoas que dela padecem provavelmente relutarão em procurar alívio, pois, dessa forma, estarão expiando suas faltas. A dor atribuída à transgressão moral pode levar o indivíduo a praticar uma penitência auto-imposta, como, por exemplo, jejuar ou orar, ao invés de buscar ajuda profissional. Nos casos nos quais a dor é encarada como resultante de feitiçaria, bruxaria ou magia negra, pode-se tentar aliviá-la usando-se uma estratégia indireta tal como um ritual de exorcismo (HELMAN, 2003).

Um paciente que experimenta sua dor como punição, mesmo que procure ajuda dos profissionais de saúde, pode recusar o tratamento ainda que de forma inconsciente. O profissional que assiste esse indivíduo deve ter um claro entendimento dessa concepção moral e de seu lugar estruturante na experiência da dor; só assim pode prover o cuidado e a *cura*, visto que a dor e a doença não se separam de seu significado (SARTI, 2001).

Um possível benefício da atenção renovada aos significados sociocultural e religioso da dor poderia ser a ênfase nas implicações éticas — mais que as meramente regulatórias ou clínicas do subtratamento. As tradições religiosas e sociais há muito reconheceram que a dor levanta sérias questões morais, se bem que este reconhecimento não tenha encontrado expressão adequada dentro da medicina clínica ou da disciplina de Bioética (MORRIS, 1993). O autor segue destacando a importância do reconhecimento — pelos

profissionais de saúde e pelo público — de que a dor é inseparável dos significados que a ela atribuímos. Argumenta ainda que, nos dias de hoje, a dor, como a maioria dos sintomas, é automaticamente inserida numa tradição médico-científica que, muito freqüentemente, ignora o impacto de seu significado.

Diz Helman (2003, p. 176), “os tipos de comportamento de dor permitidos numa sociedade são aprendidos na infância”. O autor lembra que a dor é parte integrante de todos os relacionamentos precoces: provoca o choro na infância e, conseqüentemente, leva a uma reação por parte da mãe ou de outro cuidador. No início da infância, o mundo adulto causa dor em alguém por um comportamento inadequado, fazendo, dessa maneira, a ligação entre dor e castigo.

Além dos sentimentos de punição e culpa, a dor também pode estar associada a acolhimento e conforto. Desde a infância o choro induzido pela dor provoca respostas de ajuda na mãe ou de pessoas próximas. Ao expressar sua dor as crianças que se machucam costumam ser levadas ao colo, acariciadas e consoladas (PIMENTA; PORTNOI, 1999). Em contrapartida, a ansiedade dos pais, quando mal-conduzida, pode levar à não-melhora da dor da criança, ou até a uma piora, visto que ela se sente insegura e temerosa ao perceber que está acontecendo algo de errado (TENGAN, 2003).

Sentir dor é uma experiência desprazerosa e estressante para as crianças e pode comprometer sua qualidade de vida bem como a de seus familiares. O caráter subjetivo da percepção dolorosa observado em adultos também é encontrado nas crianças, desde as primeiras horas de vida, de forma tão individual quanto a percepção do som, do cheiro e do sabor (GUIMARÃES, 1999).

O processo de aculturação, durante o qual os padrões comportamentais de um grupo são aprendidos, é essencial no desenvolvimento dos valores, crenças, atitudes e comportamentos relativos à dor. A internalização desses elementos culturais inicia-se na infância e é denominada

socialização primária (PIMENTA; PORTNOI, 1999). A socialização primária é realizada pela família e, no entender de Silveira (2003, p.172), “a família transforma um organismo biológico num ser social e é quem lhe dá o primeiro aporte de padrões culturais, valores e objetivos sociais”. A autora destaca que a cultura é uma determinante da composição e organização da família e dos comportamentos relacionados à saúde.

Helman (2003) defende o pressuposto de que os modelos explicativos das crianças em relação às doenças são elaborados a partir de idéias decorrentes da experiência pessoal, das influências da família, da escola e dos meios de comunicação. Em geral, as suas percepções são semelhantes às dos adultos, mas também podem ser bem distintas.

Langon (2003, p. 96), ao analisar a doença como uma construção sociocultural subjetiva afirma que “através do processo de socialização, a criança internaliza as noções simbólicas expressas através das interações do grupo do qual ela participa”.

A educação infantil dos diversos grupos culturais tem grande influência sobre a formação de comportamentos e expectativas diante da dor na vida adulta (PIMENTA; PORTNOI, 1999; SARTI, 2001). As crianças são socializadas desde cedo para pensar e reagir perante eventos dolorosos de maneiras diversas: o menino é desencorajado a expressar emoções e, conseqüentemente, os homens sentem-se obrigados a demonstrar estoicismo em resposta à dor (MIASKOWSKI, 1993).

Meninos e homens agem de maneira corajosa e silenciosa diante da dor, posto que, culturalmente, esse tipo de comportamento sugere coragem e virilidade. Por outro lado, meninas e mulheres têm permissão para expressar suas dores, pois a fragilidade e a vulnerabilidade fazem parte do rol de atributos femininos. A expressão explícita do sofrimento é valorizada nos sujeitos do gênero feminino (PIMENTA; PORTNOI, 1999; SARTI, 2001).

O comportamento de dor pode ser expresso de maneira verbal

ou não-verbal e, de forma geral, é padronizado em cada cultura. Existe uma *linguagem de sofrimento* particular entre um grupo social ou até uma família, ou seja, um conjunto de termos próprios por meio do qual as pessoas doentes ou infelizes comunicam às outras o seu sofrimento. Alguns grupos culturais esperam uma manifestação exagerada de emoções na vigência da dor, ao passo que outros valorizam o estoicismo, o autocontrole e a minimização dos sintomas (HELMAN, 2003).

O sentimento e a expressão da dor são regidos por códigos culturais, constituídos pela coletividade, que determina as formas de manifestação dos sentimentos. Isso ocorre porque a forma de manifestação da dor precisa fazer sentido para o outro e necessita ser inteligível para o grupo social. Para exemplificar, ao referir-se aos ritos de passagem de jovens índios brasileiros, Sarti (2001) esclarece que os cortes e lesões provocados em seus corpos deixam cicatrizes que são sinais da coragem e do desejo de participar do mundo adulto. Para eles, a dor é vivida como uma experiência positiva, quase sempre silenciosa, cujo significado nada tem a ver com tortura ou sofrimento e sim com o pertencimento a um grupo social. Numa sociedade sem escrita como a deles a lei é inscrita no corpo de seus membros.

No entender de Lordello (1999, p. 310), “uma abordagem mais humanística da dor, que ultrapasse os limites da percepção física, permite uma visão mais abrangente do fenômeno doloroso”. Lembra que os profissionais de saúde atentos à influência de variáveis psicológicas, familiares, demográficas e pessoais no fenômeno doloroso, são capazes de melhor avaliar e compreender a dor, não apenas em seu aspecto objetivo, mas também numa perspectiva global e subjetiva. A sensibilização dos profissionais de saúde quanto às inúmeras variáveis que determinam a experiência dolorosa é tarefa de longo prazo e não pode ser relegada a segundo plano. Não podemos aceitar a perpetuação do sofrimento de tantas crianças, na maioria das vezes, por não ter o mínimo conhecimento do tema quem tem o dever de aliviar sua dor.

Também Sarti (2001) afirma que, sendo a dor constituída

culturalmente, é preciso tomar como referência todos os atores da cena: o doente, sua família e os profissionais envolvidos. Todos atuam numa realidade social, tecendo a trama das relações que fazem da dor uma experiência com um significado a ser buscado.

De acordo com Oliveira (2002), os profissionais de saúde, precisam entender que fatores culturais desempenham um papel crítico na prática de saúde em todos os âmbitos, inclusive no sistema formal de prestação de serviços médicos, em nosso meio regido pelo modelo biomédico, que, na verdade, é apenas um entre tantos outros modelos. O autor também argumenta que os serviços de saúde e seus profissionais, ao comunicar-se com seus usuários, devem perceber que por trás de cada paciente há uma cultura que dá sustentação à percepção que ele tem de sua doença e do sistema de saúde.

Concordamos com Helman (2003), quando nos lembra que os profissionais de saúde devem estar cientes das influências culturais no processo de avaliar as pessoas com dor, mas sem perder de vista a necessidade da avaliação individual de cada caso, evitando generalizações ou o uso de estereótipos na previsão de como uma pessoa de determinada origem sociocultural ou religiosa responderá à dor. Segundo o autor, o reconhecimento oficial de que é vital um panorama sobre a diversidade da população mundial, suas culturas, estruturas sociais e práticas de saúde para a elaboração de políticas internacionais de saúde, foi dado pela OMS e pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura — UNESCO, quando declararam 1996 o ano da *Cultura e da Saúde*.

Do pouco que se pode saber sobre a dor, sabemos que nela se revela, ao mesmo tempo, a singularidade do sujeito, sua dor, a particularidade da cultura na qual se manifesta e a universalidade da condição humana, incapaz de fugir de sua realidade implacável (SARTI, 2001). Dito de outra forma, na dor o indivíduo revela as influências familiares, sociais e culturais que forjaram sua existência e seu modo de enfrentar os percalços inerentes à condição humana.

3 O Quadro Teórico

Na seqüência apresentamos o contexto operacional da pesquisa com a caracterização do estudo, locais de realização, considerações éticas, participantes, exploração do campo, procedimentos para coleta, registro e análise dos dados.

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

*O sonho é ver as formas invisíveis
Da distância imprecisa, e, com sensíveis
Movimentos da esperança e da vontade,
Buscar na linha fria do horizonte
A árvore, a praia, a flor, a ave, a fonte -
Os beijos merecidos da verdade.*

FERNANDO PESSOA

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Para atingirmos o primeiro objetivo desta pesquisa — caracterizar o processo de manejo da dor aguda na criança no período pós-operatório a partir dos registros contidos nos seus prontuários — realizamos um estudo retrospectivo em prontuários de crianças submetidas a cirurgias no ano de 2004 em três hospitais de Londrina — Paraná. Os dados foram coletados desde a administração da medicação pré-operatória até o 5º PO ou a alta — o que acontecesse primeiro. Os detalhes desse levantamento encontram-se no item 4.5.

A abordagem metodológica qualitativa foi considerada apropriada para o atendimento do segundo objetivo do estudo - investigar como as enfermeiras cuidam das crianças com dor no período pós-operatório e quais fatores influenciam sua prática — uma vez que privilegia significados, experiências, motivos, sentimentos, atitudes e valores dos sujeitos envolvidos com o fenômeno a ser investigado (MINAYO, 2002). Essa abordagem identifica-se com o tipo de problema deste estudo, uma vez que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2002; TURATO, 2005).

Nos estudos qualitativos a realidade é uma construção social da qual o investigador participa e, portanto, os fenômenos só podem ser compreendidos dentro de uma perspectiva holística, que leve em consideração os componentes de uma dada situação em suas interações e influências recíprocas, o que exclui a possibilidade de identificar relações lineares de causa e efeito e de fazer generalizações de tipo estatístico (ALVES, 1991).

Nos dizeres de Minayo e Sanches (1993), esse tipo de pesquisa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto,

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve com empatia em relação aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas. Para os autores, esta abordagem está apta a aprofundar a complexidade dos fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente.

Estudos que empregam abordagens metodológicas qualitativas podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, contribuir para o processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, de forma mais aprofundada, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos (RICHARDSON et al., 1999).

O aspecto mais valioso da abordagem metodológica qualitativa é o fato dela possibilitar a análise que conjuga “a especificidade biográfica dos sujeitos dentro de um contexto sociocultural com a busca de interpretação dos seus discursos e práticas a partir de suas ‘certezas’, ambigüidades e contradições” (DESLANDES; ASSIS, 2002, p.213).

O trabalho aqui realizado se apóia no método etnográfico (ANDRÉ, 2003; BOGDAN; BIKLEN, 1994; LÜDKE; ANDRÉ, 2004) visto que é uma ferramenta útil para estudar e entender outras culturas ou mesmo grupos específicos de pessoas, tendo como resultado final uma descrição da natureza de um fenômeno (MAYAN, 2001). Etimologicamente etnografia significa “descrição cultural” e para os antropólogos o termo tem dois sentidos, ou seja, um conjunto de técnicas que se utiliza para coleta de dados sobre os valores, os hábitos, as crenças, as práticas e os comportamentos de um grupo social e um relato escrito resultante do emprego dessas técnicas (ANDRÉ, 2003).

Subjacente ao uso dessas técnicas existe o princípio de interação constante entre o pesquisador e o objeto de estudo e nesta relação o

pesquisador é o instrumento principal na coleta e análise de dados. Segundo ANDRÉ (2003), os dados são mediados pelo instrumento humano, ou seja, o pesquisador, e este fato permite que ele responda ativamente às circunstâncias que o cercam, modificando técnicas de coleta, se necessário, alterando as questões que orientam a pesquisa, localizando novos participantes, reordenando a abordagem metodológica ainda durante o desenrolar do trabalho.

Contribuindo com esta discussão, Cohn (2005) argumenta que o método etnográfico permite que o pesquisador participe ativamente do mundo social estudado e neste processo ele procura entender o que o sujeito tem a dizer sobre o mundo no qual está inserido e qual é a sua compreensão deste contexto.

Procuramos, usando as palavras de Turato (2005), entender o significado individual ou coletivo para a vida das pessoas de um determinado fenômeno, em nosso caso o cuidado da criança com dor pós-operatória, buscando identificar de que modo o aprendizado familiar e social e as experiências pessoais de dor das enfermeiras pesquisadas influenciam sua prática profissional.

Mascarenhas (2004) lembra que entre suas características a etnografia prioriza a interpretação do comportamento simbólico humano no nível micro de análise e esta leva em consideração além da comunicação ou interação imediata da cena, a relação entre essa interação e o contexto social mais amplo — a sociedade onde este contexto se insere (MATTOS, 2001).

Assim sendo, em relação a este estudo, ao conhecermos o contexto familiar e sociocultural, as experiências e os sentidos de dor das entrevistadas, podemos compreender os motivos que as fazem cuidar da criança com dor pós-operatória de um determinado modo, num determinado momento.

Lima et al. (1996) defendem a utilização da etnografia na enfermagem por considerarem esta uma metodologia adequada quando é

preciso descobrir o modo de vida e as experiências das pessoas, bem como sua visão de mundo, seus sentimentos, seus ritos, suas atitudes, seus comportamentos e suas ações. Permite, pois, apreender o fenômeno humano na sua totalidade. Citam como exemplos de objetos de estudo apropriados para essa abordagem metodológica a saúde, o bem-estar, o processo de cuidar e o processo de trabalho em enfermagem. As autoras enfatizam que estudos de abordagem etnográfica e, conseqüentemente, qualitativa na área da enfermagem possibilitam a produção de conhecimento que pode favorecer a transformação do cuidado, ainda muito preso a rotinas e protocolos de assistência e, pouco comprometido com as reais necessidades do paciente, que é visto de maneira descontextualizada do seu sistema cultural. Acreditam que “a etnografia aponta um caminho que precisa ser melhor explorado, para que possamos dar ‘sentido’ às intervenções de enfermagem” (LIMA et al., 1996, p.28).

A própria realidade profissional da enfermagem pode ser examinada por este tipo de investigação, com a finalidade de propor mudanças visando a melhoria das condições de trabalho e melhorar a qualidade da assistência prestada (GUALDA; HOGA, 1997). Para Rosa et al. (2003), o grande número de pesquisas na área da enfermagem que utiliza a abordagem etnográfica, demonstra a necessidade de estudarmos os contextos culturais, visando melhorar o planejamento e a implementação do cuidado de enfermagem.

Há algumas vantagens decorrentes do fato do pesquisador etnográfico ser um enfermeiro, entre elas destaca-se: o conhecimento das instituições de saúde, familiaridade nas atividades de observação e entrevista e experiência anterior relacionada ao contato direto com pessoas das mais variadas culturas no desenvolvimento de suas atividades profissionais. As autoras salientam que estes aspectos facilitam o acesso aos locais em que a pesquisa será realizada (GUALDA; HOGA, 1997). No nosso caso, tínhamos familiaridade com os locais onde foram coletados os dados, pois eram ou tinham

sido campos de atuação profissional da pesquisadora junto a alunos de graduação de Enfermagem em diferentes momentos.

As técnicas tradicionalmente associadas à etnografia são: a observação participante, a entrevista intensiva e a análise de documentos. Característica importante da pesquisa etnográfica é o princípio de interação constante entre o pesquisador e o objeto pesquisado, como já mencionado. Outras características são a ênfase no processo e não no produto; a preocupação com o significado que as pessoas atribuem a suas experiências e ao mundo que as cerca; a realização do trabalho de campo, para que o pesquisador aproxime-se das pessoas, situações, locais, eventos e mantenha contato direto, também é característica importante desse tipo de pesquisa. Podem ser incluídas como características da etnografia a descrição e a indução, pois o pesquisador utiliza grande quantidade de dados descritivos que são por ele relatados através de textos (ANDRÉ, 2003).

Retomando o conjunto de técnicas, destaca-se que a observação pode ser usada associada a outras técnicas de coleta de dados e a mesma possibilita ao pesquisador recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais como auxiliares no processo de compreensão e interpretação do fenômeno estudado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986). Segundo Cruz Neto (2002), o pesquisador pode participar no cotidiano do grupo estudado, através da observação de eventos do dia-a-dia. O autor esclarece que as capacidades de empatia e de observação do investigador e sua aceitação pelo grupo são fatores decisivos nesse procedimento metodológico.

Quanto à entrevista, o que a torna instrumento privilegiado de coleta de informações é a possibilidade da fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004).

Como este estudo tinha o propósito de conhecer a experiência de cuidado das enfermeiras que atuavam nas unidades pediátricas de três hospitais de Londrina, Paraná, em relação ao cuidado da criança com dor pós-operatória, previamente foi realizada a exploração do campo empírico com a utilização da técnica de observação. A exploração do campo empírico mostrou-se de grande valia no aperfeiçoamento do instrumento de coleta dos dados dos prontuários (Apêndice H) pois percebemos a necessidade da inclusão dos dados referentes aos períodos pré-operatório e operatório. Também possibilitou a inclusão, no roteiro da entrevista semi-estruturada, de itens relacionados ao aprendizado familiar e social de dor das entrevistadas. O detalhamento dessas etapas encontra-se nos itens 4.4 e 4.5, respectivamente.

Ao conhecermos as experiências de enfermeiras pediatras no manejo da dor pós-operatória, buscamos conhecer uma realidade pouco estudada em nosso meio e contribuir para ampliar a reflexão quanto à atuação da enfermagem no alívio da dor da criança.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A coleta de dados empíricos foi realizada nas Unidades de Internação Pediátrica dos seguintes hospitais localizados na cidade de Londrina - PR:

- ▶ **HOSPITAL 1:** hospital-escola de grande porte de natureza pública, com 294 leitos, 34 pertencentes à unidade de internação pediátrica. A referida unidade possui 41 funcionários, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e atende apenas pacientes do SUS; sua taxa de ocupação é de 71%. Destina seis leitos para pacientes pediátricos cirúrgicos com uma média de 30 cirurgias mensais. Adota o sistema de internação conjunta, sendo a mãe o acompanhante mais freqüente. Recebe alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Psicologia, Artes Cênicas, Educação Artística, bem como residentes das áreas de Medicina,

Enfermagem e Fisioterapia. Alunos de cursos técnicos de Enfermagem também estagiam na unidade.

- ▶ **HOSPITAL 2:** hospital privado de grande porte com 240 leitos, 20 dos quais são da unidade de internação pediátrica. O quadro de pessoal da unidade é composto por 17 funcionários, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que assistem pacientes do SUS, conveniados e particulares. Adota o sistema de internação conjunta para todos os pacientes e é campo de estágio para alunos de graduação em Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia e de cursos técnicos de Enfermagem. Não possui leitos fixos para pacientes cirúrgicos e sua taxa mensal de cirurgias pediátricas gira em torno de cinco (os dados coletados contestam essa informação do hospital) e a taxa de ocupação dos leitos pediátricos é de 55%.
- ▶ **HOSPITAL 3:** hospital pediátrico privado de médio porte, com 52 leitos, 42 dos quais são da unidade de internação pediátrica. Esta tem um total de 28 funcionários, entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e sua taxa média de ocupação é de 92%. Recebe pacientes do SUS, de convênios e particulares. São realizadas mensalmente 130 cirurgias pediátricas em média, não existindo leitos próprios da especialidade. Alunos de cursos de graduação em Enfermagem e Fisioterapia e de cursos técnicos de Enfermagem estagiam em suas instalações. Também adota o sistema de internação conjunta pediátrica.

A escolha dos três hospitais deveu-se ao fato de que todos recebem crianças com indicação cirúrgica em suas unidades de internação pediátrica.

4.3 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O estudo foi pautado pela observância estrita da Resolução n° 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Foram encaminhadas, inicialmente, cópias do Projeto de Pesquisa aos Comitês de Ética dos Hospitais 1 e 3 e à Gerente de Enfermagem do Hospital 2⁶ (Apêndices A, B e C), bem como carta solicitando, aos diretores clínicos dos Hospitais 1 e 3 (Apêndices D e E) e ao Gestor Médico Técnico do Hospital 2 (Apêndice F), autorização para a realização da coleta de dados. Após a aprovação pelos Comitês (Anexos A e B) e autorização pelo diretor clínico (Anexo D) e pelo presidente do Conselho de Ética Médica (Anexo C), contatamos as chefias de enfermagem das unidades pediátricas dos hospitais participantes do estudo para apresentação do projeto de pesquisa. Foram realizados contatos telefônicos com os responsáveis pelos Serviços de Arquivo Médico e Estatística (SAME), dos três hospitais para obtenção das listas de pacientes pediátricos submetidos a cirurgias no ano de 2004.

4.4 EXPLORAÇÃO DO CAMPO EMPÍRICO

Realizamos a etapa de exploração com base na observação do campo empírico, no mês de março de 2005 nos Hospitais 1 e 3. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital 3 solicitou o envio de correspondência com a solicitação formal dessa etapa (Apêndice G). Através de contato telefônico com o centro cirúrgico ou a unidade pediátrica de ambos os hospitais tínhamos informação sobre as cirurgias a serem realizadas naquele dia e a previsão do retorno da criança à enfermaria. Em geral, conversávamos com a enfermeira ou secretária do setor e todas demonstraram cordialidade e disposição em colaborar com a pesquisadora. Procurávamos chegar à unidade pediátrica antes do retorno da criança do centro cirúrgico. Assim que ela retornava, permanecíamos parte do tempo na enfermaria junto à criança e à sua família e outra parte no posto de enfermagem analisando os dados relacionados ao objeto deste estudo contidos no prontuário, acompanhando a passagem de

⁶ O Hospital 2 não possui Comitê de Ética em Pesquisa.

plantão e a movimentação da equipe de enfermagem. O tempo de permanência na unidade pediátrica girava, a cada dia, em torno de uma hora.

Referindo-se à exploração do campo, Minayo (2004) defende ir ao campo antes do trabalho mais intensivo, pois permite o fluir da rede de relações e possíveis correções dos instrumentos de coleta de dados ainda nos momentos iniciais. Segundo a autora, ao término desta fase prática, que é crucial para o desenvolvimento da investigação, são realizados os contatos iniciais e o cronograma da etapa empírica.

Podemos incluir a observação do campo realizada neste estudo na categoria mencionada por Minayo (2004, p.142) de “Participante-como-observador [...] porque o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo”. A mesma autora afirma que esse tipo de participação tende a ser a mais profunda possível através da observação informal, da vivência conjunta de acontecimentos considerados importantes pelos entrevistados por ocasião do acompanhamento das rotinas cotidianas.

Um diário era utilizado para anotações relativas aos cenários, aos pacientes e suas famílias, a equipe de saúde e nossas impressões pessoais. Essa exploração foi importante como preparo para a realização das entrevistas e para o aperfeiçoamento do instrumento utilizado na coletas dos dados dos prontuários (Apêndice H).

4.5 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo teve como alvo todas as enfermeiras que atuavam nas unidades de internação pediátrica dos três hospitais já citados, à época da pesquisa. O critério de inclusão adotado estabelecia que o profissional em questão fosse responsável pela unidade pediátrica, mesmo nos casos de gerenciamento concomitante de outras unidades de internação. No Hospital 2,

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

três enfermeiras são responsáveis, simultaneamente, pela Unidade Pediátrica e pela Unidade de Internação do Recém-Nascido; uma delas trabalha no horário intermediário, das 18 às 24 horas. Como das 24 às 7 horas a responsável pela maternidade também assume esses dois setores e considerando o critério de inclusão adotado, entrevistamos igualmente as duas enfermeiras do turno noturno da Maternidade. Como todas os participantes eram mulheres usaremos a forma feminina em todo o texto.

A opção por estudarmos essas enfermeiras é justificada pela adoção de uma perspectiva que considera relevante voltar o olhar para o que ocorre em nossa realidade próxima. O estudo da experiência desse grupo de enfermeiras atinente à dor pediátrica num dado contexto não busca, nas palavras de Geertz (1989, p. 23) “tornar-nos nativos [...] ou copiá-los”. Mais do que apenas falar, procuramos conversar com elas e ver os acontecimentos sob o ponto de vista dos atores.

Na ocasião em que abordávamos cada uma das enfermeiras, fazíamos o convite para que participassem do estudo. Todas concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), autorizando, inclusive, a gravação das entrevistas. Para garantir a privacidade dos sujeitos e o sigilo dos dados, as entrevistadas tiveram seus nomes substituídos por números, utilizados numa ordem crescente de 1 a 15, de acordo com a data de realização das entrevistas. O Quadro 4.1 apresenta a caracterização das enfermeiras entrevistadas:

ENFERMEIRA	IDADE	TEMPO DE FORMADA	TEMPO DE ATUAÇÃO EM PEDIATRIA	TEMPO DE ATUAÇÃO NA UNIDADE PEDIÁTRICA	HOSPITAL
01	41a	18a	5a	2a 2m	1
02	54a	16a	16a	16a	1
03	46a	13a	3a 6m	1m	1
04	41a	13a	2a	2a	1
05	34a	4a	1a	1a	1
06	25a	3a 6m	3a 2m	3a 2m	3
07	27a	3a 6m	3a	3a	3
08	39a	9a	6m	3m	1
09	33a	6a	3a	3a	2
10	26a	4a	1a 6m	1a 6m	2
11	34a	2a 10m	1a	1a	2
12	28a	7a	2a	2a	2
13	25a	2a	1a 2m	5m	3
14	26a	3a	3a	3a	3
15	33a	4a	4a	4a	2

a = ano(s)

m = mês(es)

QUADRO 4.1 – Caracterização das enfermeiras entrevistadas

Fizemos também um levantamento dos prontuários das crianças que se submeteram à cirurgia no ano de 2004 nos três hospitais selecionados para atingir o primeiro objetivo deste estudo - caracterizar o processo de manejo da dor aguda na criança no período pós-operatório a partir dos registros contidos nos seus prontuários – como já mencionamos anteriormente. Os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos foram que: as crianças tivessem permanecido internadas nas unidades pediátricas dos referidos hospitais por um período mínimo de 24 horas, contados a partir do horário de término da cirurgia; as crianças tinham necessariamente que sair do centro cirúrgico diretamente para a pediatria, sendo excluídos os prontuários incompletos e de crianças que sofreram procedimentos não cirúrgicos realizados sob anestesia no centro cirúrgico.

Algumas crianças submeteram-se a mais de uma cirurgia durante o ano de 2004, sendo consideradas todas aquelas que preenchiam os critérios do estudo, independente do fato de terem passado por uma ou várias internações. Os procedimentos cirúrgicos foram numerados aleatoriamente de 1 a 300, conforme eram consultados.

A Tabela 4.1 apresenta um panorama geral das cirurgias realizadas em crianças em 2004 nos três hospitais, bem como as cirurgias pesquisadas e das excluídas do estudo:

TABELA 4.1 – Distribuição de cirurgias realizadas e pesquisadas nos hospitais 1, 2 e 3

DADOS	HOSPITAL 1	HOSPITAL 2	HOSPITAL 3	TOTAL GERAL
Cirurgias e/ou procedimentos realizados em crianças no centro cirúrgico sob anestesia, no ano de 2004	769	308	1580	2657
Prontuários não encontrados	–	–	113	113
Cirurgias e/ou procedimentos excluídos	624	279	1341	2244
Crianças pesquisadas	132	28	120	280
Cirurgias pesquisadas	147	29	124	300

Com a listagem das cirurgias realizadas em crianças no ano de 2004 nos três hospitais pesquisados, solicitávamos aos funcionários do arquivo os prontuários que se enquadravam em nossa pesquisa. No Hospital 3, a maior parte dos prontuários foi obtida pela pesquisadora e sua aluna colaboradora. Com os prontuários em mãos, verificávamos se preenchiam os critérios da investigação. Em caso positivo, a coleta era realizada no instrumento elaborado para este fim (Apêndice H). Codificamos então os registros obtidos tendo como referência um Código dos Registros (Apêndice J) elaborado pela pesquisadora. Após a codificação dos registros das 300 cirurgias pesquisadas, estes foram transferidos para um banco de dados eletrônico.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA COLETA E REGISTRO DE DADOS

Além dos dados coletados durante a observação do campo empírico, obtivemos informações sobre questões relacionadas à temática da pesquisa mediante entrevista semi-estruturada (Apêndice K) e pesquisa em prontuário (Apêndice H). Realizamos toda a coleta de dados com auxílio de uma aluna do 3º ano de um curso de graduação em Enfermagem, especialmente treinada, que auxiliou na obtenção dos dados dos prontuários e na transcrição de parte das entrevistas.

No período de maio de 2005 a fevereiro de 2006⁷ realizamos a consulta aos prontuários de crianças submetidas à cirurgia durante o ano de 2004, que preenchiam os critérios de inclusão deste estudo. Pesquisamos nos impressos da sala de operação, da sala de recuperação pós-anestésica, nas prescrições médicas e de enfermagem dados sobre o manejo da dor, entre os quais: prescrição médica de analgésicos e sedativos no pré, trans e pós-operatórios, registros de enfermagem sobre queixas de dor no local da cirurgia, avaliação da dor e medidas adotadas para o seu alívio e transcritos em impresso adequado para esse fim (Apêndice H).

Fizemos a coleta dos dados a partir da prescrição de medicação pré-anestésica ou, caso esta não houvesse sido prescrita, a partir dos registros da sala de operação até a alta ou até o 5º dia do pós-operatório (5º PO), o que ocorresse primeiro. Identificamos os registros de enfermagem relacionados à dor da criança no período pós-operatório de acordo com: o hospital; o momento do período pós-operatório em que foram feitos; a categoria profissional de quem os realizou — enfermeira, auxiliar ou técnico de

⁷ A demora na coleta dos dados dos prontuários pode ser parcialmente explicada pelas dificuldades enfrentadas no hospital 3: organização na guarda dos prontuários, os quais eram armazenados em 3 locais diferentes. Como havia poucos funcionários disponíveis, a grande maioria dos prontuários foi localizada pela pesquisadora e sua auxiliar de pesquisa. Nos hospitais 1 e 2 os funcionários do setor de arquivo separavam os prontuários solicitados com antecedência de um dia.

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

enfermagem. Para que fosse possível alimentar o banco de dados, até os dados qualitativos, tais como os termos utilizados para descrever o comportamento da criança, foram transpostos para números com o uso do Código dos Registros (Apêndice J) já mencionado.

Outra etapa da pesquisa, a realização das entrevistas, ocorreu concomitante ao levantamento dos prontuários. O seu agendamento deu-se através de contato telefônico ou pessoalmente com as enfermeiras, momento no qual foi solicitado que determinassem a data e o horário mais apropriados, desde que fossem realizadas no horário e ambiente de trabalho, com o objetivo de facilitar o processo. Todas aceitaram participar do estudo e a coleta ocorreu no período de abril a novembro de 2005.

Adotamos a entrevista semi-estruturada, que combina perguntas fechadas ou estruturadas e perguntas abertas, permitindo ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições previamente fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2004). Com sua utilização o pesquisador busca compreender detalhadamente o que os sujeitos pensam e como desenvolveram seus quadros de referência.

Gravamos as entrevistas com autorização dos sujeitos pesquisados, totalizando um total de 9 horas e 45 minutos de gravação. Algumas entrevistadas ficaram constrangidas com a presença do gravador, porém, terminaram por se adaptar ao equipamento, verbalizando, ao final da entrevista, que a experiência tinha sido mais fácil do que pensaram a princípio. Posteriormente, transcrevemos as falas com a ajuda da auxiliar de pesquisa. Na transcrição foram realizamos correções gramaticais para tornar o texto compreensível, de fácil leitura, porém sem prejuízo da especificidade da fala dos sujeitos.

As entrevistadas foram avisadas sobre a possibilidade de retornarmos para uma eventual complementação dos dados. Um segundo encontro foi necessário com as Enfermeiras 1 e 3, pois ao ler, e numa primeira

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

análise da transcrição, nos demos conta de que pontos importantes mereciam esclarecimentos. Mantivemos novo contato telefônico com ambas e novamente se mostraram prontas a colaborar. O segundo momento da entrevista foi de grande valia, principalmente no caso da Enfermeira 1, que nos revelou dados pessoais significativos relacionados à dor.

Mantivemos um diário de campo com reflexões sobre o desenvolvimento do processo (TRIVIÑOS, 1987). Nele foram registradas nossas inquietações, percepções e informações. Esse instrumento é pessoal e intransferível e nos ajudou na descrição e análise do objeto estudado (CRUZ NETO, 2002). Seu uso foi sistemático do início ao final da investigação.

Das seis entrevistas realizadas no Hospital 1, cinco aconteceram na sala da chefia da unidade pediátrica e uma na sala de café da unidade de terapia intensiva pediátrica. Em todas elas houve interrupções breves que não comprometeram o seu seguimento. As entrevistas efetuadas no Hospital 2 tiveram lugar nos mais diferentes cenários: em enfermarias vazias, na sala de repouso e na copa das mães; uma delas ocorreu numa sala de reuniões fora do hospital. Apenas em duas houve interrupção. No Hospital 3 as quatro entrevistas foram realizadas na copa dos funcionários na unidade pediátrica e foram interrompidas por breves instantes.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados resultantes dos prontuários e das entrevistas seguiu os seguintes passos:

- a) codificação dos dados retrospectivos obtidos nos prontuários e constantes no Apêndice H. Posteriormente, esses códigos foram transpostos para o banco de dados eletrônico de acordo com o dia de pós-operatório, o profissional e o local em que foi realizado o registro de enfermagem, os analgésicos e sedativos prescritos e administrados e a sua forma de aprazamento (de horário ou de demanda). Os dados quantitativos utilizados em uma investigação qualitativa podem sugerir tendências, fornecer informação descritiva, abrir novos caminhos a explorar e questões a responder, além de servir como verificação de idéias desenvolvidas durante a realização da pesquisa (BOGDAN; BIKLEN, 1994).
- b) transcrição das entrevistas que resultou em 255 páginas digitadas em letra Arial tamanho 12, espaço simples, formato da página tipo paisagem, com margens amplas em ambos os lados para anotações.
- c) análise de conteúdo dos dados obtidos nas entrevistas, que compreendeu as etapas de codificação, categorização e a integração dos dados em núcleos temáticos (MAYAN, 2001). A codificação teve início com a identificação das falas segundo a ordem de aparecimento na transcrição e o número do informante. Se tomarmos como exemplo a fala 10 da enfermeira 1 teremos: F10/E1. A cada nova entrevista a ordenação das falas retornava ao número 1. Durante repetidas leituras do material, grifamos partes do texto, registramos nossas impressões, observações e questionamentos nas margens livres, ao lado dos parágrafos correspondentes. Segundo Mayan (2001), mediante a codificação o pesquisador apenas se familiariza com os dados e começa a organização das informações. A seguir, os dados descritivos obtidos foram organizados em categorias de codificação que

4 O Contexto Operacional da Pesquisa

segundo Bogdan e Biklen (1994), derivam de um sistema que procura regularidades e padrões nas palavras, frases, padrões de comportamento e formas dos sujeitos pensarem. Finalmente, realizamos a integração dos dados em três núcleos temáticos, buscando estabelecer articulações entre a totalidade dos dados obtidos da realidade concreta e o quadro teórico da pesquisa, para responder às questões do estudo com base em seus objetivos.

Na seqüência apresentamos os resultados e a discussão.

5 Resultados e Discussão

*Não temos condição de ensinar
nada às pessoas;
Só podemos ajudá-las a descobrir
o que já está nelas.*

GALILEU GALILEI

São apresentados e discutidos inicialmente os resultados obtidos na consulta aos prontuários e, a seguir, os obtidos nas entrevistas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DO MANEJO DA DOR A PARTIR DOS REGISTROS

Os dados coletados dos 300 prontuários mostram que 70,35% das 280 crianças pesquisadas era do sexo masculino ($n = 197$), sendo apenas 29,65% do sexo feminino ($n = 83$). A idade, em ambos os sexos, variou entre menores de 1 mês de vida até 14 anos incompletos, havendo predominância da faixa etária até 24 meses ($n = 59$). O tempo de internação em 200 cirurgias foi igual ou inferior a cinco dias e a cirurgia pediátrica foi a especialidade com maior número de operações realizadas ($n = 187$), seguida da ortopedia ($n = 55$), da neurocirurgia ($n = 25$), da cirurgia plástica ($n = 10$), da oftalmologia ($n = 9$) e da otorrinolaringologia ($n = 6$). Em sete cirurgias pesquisadas foram realizadas intervenções da ortopedia e da cirurgia plástica e em um caso houve concomitância da cirurgia infantil e da otorrinolaringologia.

A maior incidência de cirurgias em crianças até 24 meses pode ser atribuída ao grande número de procedimentos realizados para correção de problemas congênitos que exigem intervenção precoce. Das 187 cirurgias realizadas pela cirurgia infantil, 57 foram realizadas com objetivos de corrigir algum problema congênito de natureza urológica e 32 para correção de problemas congênitos diversos, tais como: hérnias, refluxo gastroesofágico, atresia de esôfago entre outros. O pequeno número de cirurgias nas áreas de oftalmologia e, especialmente, otorrinolaringologia pode ser explicado pelo curto tempo de permanência hospitalar pós-operatória das crianças submetidas a intervenções cirúrgicas dessas especialidades e por se caracterizarem como de baixa complexidade. Mesmo com o grande número cirurgias dessas especialidades, em especial a segunda, as crianças permanecem hospitalizadas, em geral, menos de 24 horas após o término do ato cirúrgico, contrariando assim um dos critérios de inclusão deste estudo.

TABELA 5.1 – Caracterização das crianças e tipo de cirurgia

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	n	%
SEXO (n = 280)		
Masculino	197	70,35
Feminino	83	29,65
IDADE (n = 280)		
0 —— 2a	59	21,07
2a 1m —— 4a	47	16,78
4a 1m —— 6a	36	12,85
6a 1m —— 8a	36	12,85
8a 1m —— 10a	43	15,35
10a 1m —— 12a	42	15,00
12a 1m —— 14a	17	6,07
TIPO DE CIRURGIA (n = 300)		
Pediátrica	187	62,33
Ortopédica	55	18,33
Neurocirurgia	25	8,33
Plástica	10	3,33
Oftalmológica	9	3,00
Otorrinolaringológica	6	2,00
Ortopédica + Plástica	7	2,33
Pediátrica + Otorrinolaringológica	1	0,33

Em relação à medicação pré-anestésica, somente em 112 das cirurgias pesquisadas ela foi realizada. Desse total, em 88 casos o pré-anestésico foi administrado na unidade pediátrica, em 23 casos no próprio centro cirúrgico e em apenas um caso a administração foi feita no pronto-socorro pediátrico. Das 264 cirurgias em que foram administrados analgésicos

durante o ato cirúrgico, cada paciente recebeu de um a três tipos desses medicamentos. Em cinco cirurgias, todas no Hospital 1, em que as crianças tinham recebido anestesia geral, também foi realizado bloqueio para analgesia pós-operatória, conforme registro dos anesthesiologistas. Desses bloqueios, dois foram do tipo peridural sacral, um peniano, um íleo-inguinal e peniano e um caudal.

Um total de 15 crianças recebeu medicação analgésica na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) e, em 194 cirurgias, o início da medicação analgésica na unidade pediátrica ocorreu até duas horas após o retorno do paciente do centro cirúrgico. Apenas em um caso não houve prescrição de analgésicos no pós-operatório imediato⁸ (POI), no entanto, em 24 cirurgias não foi administrado analgésico nesse período. Os demais receberam de 1 a 12 doses de analgésicos nas primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico, sendo quatro (n = 85) o número de doses mais freqüente. No POI de 76 cirurgias, os pacientes receberam de um a três analgésicos no esquema, *se necessário*. Os sedativos foram prescritos em 21 casos em horários regulares e em 28 *se necessário* dos quais 15 receberam a medicação, sendo, na maior parte dos casos, administradas três doses (n = 14).

A Tabela 5.2 apresenta um panorama dos dados coletados quanto à prescrição e administração de analgésicos e sedativos durante e após as cirurgias nos Hospitais 1, 2 e 3.

⁸ O pós-operatório imediato compreende o período da alta do paciente da SRPA até as primeiras 48 horas, mesmo que tenha ocorrido a alta do paciente. O período a ele subsequente é denominado pós-operatório tardio com tempo de duração variável, pois depende da complexidade do procedimento cirúrgico realizado (SOBECC, 2005). Neste estudo, porém, consideramos como POI o período de 24 horas contadas a partir do horário de término da cirurgia. As 24 horas seguintes foram denominadas 1º PO e, sucessivamente, a cada 24 horas, 2º PO, 3º PO, 4º PO e 5º PO. A adoção dessa classificação deveu-se ao fato de que a mesma é utilizada nos três hospitais pesquisados e, conseqüentemente, os registros nos prontuários são assim identificados.

TABELA 5.2 – Caracterização da prescrição e administração de analgésicos e sedativos durante e após as cirurgias nos Hospitais 1, 2 e 3

PRESCRIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO	¹ UNIDADE/PERÍODO							
	*SO n = 300	**SRPA n = 300	***POI n = 300	****1º PO n = 279	2º PO n = 174	3º PO n = 116	4º PO n = 84	5º PO n = 69
▶ Paciente com prescrição de analgésico em horário regular ²	264	15	267	222	117	81	61	44
▶ Pacientes que receberam analgésicos em horário regular	264	15	267	210	110	74	59	42
▶ Pacientes com prescrição de analgésico <i>se necessário</i>	-	-	146	160	118	81	60	58
▶ Pacientes que receberam analgésicos <i>se necessário</i>	-	-	76	59	44	21	18	17
▶ Pacientes sem prescrição de analgésico	36	285	1	8	7	8	1	1
▶ Pacientes que não receberam analgésico	36	285	25	46	50	31	17	16

Continua...

...continuação

PRESCRIÇÃO/ADMINISTRAÇÃO	¹ UNIDADE/PERÍODO							
	*SO n = 300	**SRPA n = 300	***POI n = 300	****1º PO n = 279	2º PO n = 174	3º PO n = 116	4º PO n = 84	5º PO n = 69
▶ Prescrição de sedativo em horário regular	#	-	21	11	5	3	1	-
▶ Pacientes que receberam sedativos em horário regular	#	-	20	10	3	2	1	-
▶ Prescrição de sedativo <i>se necessário</i>	#	-	28	26	14	12	10	12
▶ Pacientes que receberam sedativos <i>se necessário</i>	#	-	15	10	11	2	3	9
▶ Pacientes que não receberam sedativos	#	300	266	269	161	112	79	60

* SO = Sala de Operação **SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica ***POI = Pós-Operatório Imediato ****PO = Pós-Operatório

¹ Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se às Unidades de Internação Pediátrica

² Os analgésicos administrados na SO e SRPA serão incluídos nessa categoria porém, em sua maioria, foram administrados uma única vez.

= Não se aplica pois todos os pacientes pesquisados estavam sob efeito anestésico.

No entanto, em apenas 112 casos pesquisados, o que corresponde a 37,33% do total, os pacientes receberam medicação pré-anestésica; em 264 cirurgias, que corresponderam a 88% do total, foram administrados analgésicos durante o ato cirúrgico, fato que indica preocupação dos médicos, mais notadamente dos anestesiológicos, em proporcionar um período pós-operatório de melhor qualidade em relação à dor. Para Andrade (2000), na atualidade não se concebe um anestesiológico preocupado apenas com a anestesia cirúrgica e sim com o paciente como um todo, o que inclui os períodos pré e pós-operatório. Por outro lado, apesar de todos os pacientes serem encaminhados à SRPA, apenas em 15 casos foram administrados analgésicos nesse local. Convém frisar que a dor tratada de maneira preventiva ou o mais precocemente possível é de mais fácil manipulação do que aquela já estabelecida ou intensa (CAVALCANTE; TEIXEIRA, FRANCO, 2000).

É importante ressaltar que o controle da dor aguda pós-operatória é de responsabilidade do anestesista, do cirurgião e da equipe de enfermagem. Esta última deve, na sala de recuperação pós-anestésica e na unidade de internação, avaliar a intensidade da dor, aplicar fármacos e técnicas de analgesia e realizar intervenções não-farmacológicas, além de propiciar conforto ao paciente (POSSO; COSTA, 2005).

No 1º pós-operatório (PO), em apenas oito casos não foi prescrita medicação analgésica. Em 222 cirurgias foi prescrito ao menos um analgésico de horário, mas apenas 210 crianças receberam a medicação por erro no aprazamento em 12 casos. Em 103 cirurgias, os pacientes receberam dois analgésicos prescritos em horários regulares. O total de doses recebidas variou de 0 a 12, com maior predominância do número quatro ($n = 53$). Quanto à administração de sedativos no 1º PO, apenas 10 crianças o receberam em intervalos regulares, apesar de ter sido prescrito para 11 crianças e, dos 26 casos em que foi prescrito *se necessário*, somente 10 crianças foram medicadas.

Ao analisarmos esses dados constatamos que no 1º PO em 222 dos procedimentos cirúrgicos pesquisados foram administrados analgésicos em intervalos regulares, o que está de acordo com a recomendação

de Andrade (2000) quando argumenta que a dor deve ser tratada antes de sua manifestação, isto é, a instituição de um esquema analgésico de horário e não de demanda (*se necessário*), tendo em vista que os efeitos deletérios da dor dificultam a recuperação pós-operatória do paciente.

No 2º pós-operatório, em 117 de um total de 174 cirurgias foram prescritos analgésicos em intervalos regulares; destas, porém, somente 110 foram medicadas devido a erro no aprazamento. Em 118 cirurgias em que se prescrevia analgésico, apenas *se necessário*, foram medicadas 44 crianças. Em sete casos não houve a prescrição de analgésicos, totalizando 50 casos em que não foi administrado esse tipo de medicamento. As doses administradas variaram de 0 a 11, novamente com predominância de quatro doses (n = 27). Quanto aos sedativos prescritos para esse período, apenas três crianças receberam-nos em horários regulares apesar de terem sido prescritos para cinco pacientes. Para 14 foram prescritos apenas *se necessário*; dessas só 11 receberam a medicação. Em ambos os casos foram administradas de 0 a 3 doses.

Esses achados indicam que, dos pacientes que permaneceram hospitalizados no 2º PO, 63,21% (n = 17) recebeu esquema analgésico de horário, um percentual mais baixo que no 1º PO. Em 28,57% (n = 50) das cirurgias nenhum analgésico foi administrado nesse período, apesar de que em apenas 4% (n = 7) dos casos esse tipo de medicamento não foi prescrito. Para Andrade (2000), não se deve permitir que o paciente tente tolerar a dor, aguardando que a mesma diminua sozinha, deve-se sim, ao menor sinal de sua chegada, medicá-lo ou orientá-lo a receber a medicação analgésica prescrita. A autora ressalta que, agindo desse modo, estaremos contribuindo para impedir a hiperexcitação dos neurônios do corno posterior da medula espinhal (CPME) estabelecimento do fenômeno de *wind-up*⁹, com conseqüente amplificação da

⁹ *Wind-up*: facilitação para a transmissão de novos impulsos dolorosos vindos da periferia, amplificando a dor do paciente. É considerada uma repercussão da alteração da plasticidade neuronal do sistema nervoso central causada pelo controle inadequado do estímulo doloroso (ANDRADE, 2000).

dor, tornando difícil o seu controle.

Os dados obtidos no 3º PO indicam que em 81 casos, de 116 cirurgias analisadas, foram prescritos analgésicos de horário, mas que em sete deles as crianças não receberam o medicamento por erro no aprazamento, considerando-o como *se necessário* (em dois casos havia a prescrição de dois analgésicos de horário; ambos foram considerados de demanda; em outros dois prontuários estavam prescritos dois analgésicos de horário; um deles foi considerado de demanda). Também em 81 prontuários foram prescritos analgésicos *se necessário*; em 27 destes se prescrevia analgésico em horário regular. Em 21 casos o analgésico de demanda foi aplicado e em 10 casos essa foi a única forma de administração de analgésicos realizada. O número de doses variou de 0 a 11, com maior frequência de doses igual a quatro ($n = 21$). No tocante aos sedativos, em três casos eles foram prescritos em horários regulares e em 12 casos foram prescritos *se necessário*, e apenas em dois desses casos foi administrado o sedativo. Foram ministradas até três doses nas duas modalidades.

Esses achados mostram que em 72,41% (84) dos casos as crianças receberam analgésicos no 3º PO, quer seja em horários pré-fixados, quer seja *se necessário* ou em ambas as modalidades, percentual mais elevado que o encontrado no 2º PO.

Com relação ao 4º dia de pós-operatório, 61 dos prontuários consultados continham ao menos um analgésico prescrito em horários regulares, variando de 0 a 15 o número de doses administradas. Ocorreu, porém, que em dois casos as crianças não receberam a medicação aparentemente por descuido do responsável pelo aprazamento das doses, o qual considerou que deveriam ser administradas apenas *se necessário*. Em 60 casos foram prescritos analgésicos *se necessário* no 4º PO (18 crianças foram medicadas dessa maneira); desse total, 38 também receberam esse tipo de medicamento em horário regular. Apenas em um caso não foi prescrito analgésico no 4º PO. A prescrição de medicamento sedativo em horário regular

aconteceu em somente um caso. Nos 10 casos em que foi prescrito *se necessário*, apenas três crianças foram medicadas.

Em razão dos dados acima apresentados notamos que em aproximadamente 80% dos procedimentos cirúrgicos pesquisados que obrigaram as crianças a permanecer internadas no 4º PO, estas receberam analgésicos em horários regulares ou, caso houvesse, no esquema de demanda. Somente em um caso não houve prescrição de analgésicos. Em 45,23% dos casos foram prescritos analgésicos em horários regulares e também *se necessário*.

Em 44 prontuários das crianças que permaneceram internadas até o 5º PO havia sido prescrito no mínimo um analgésico a ser administrado em horários regulares, sendo que as doses administradas variaram de 0 a 14, sendo quatro o número de doses mais freqüente. Por erro no aprazamento em dois prontuários (a medicação ficou como *se necessário*), apenas 42 crianças receberam esse tipo de medicação em intervalos predeterminados. Em 58 prontuários encontramos analgésicos prescritos na modalidade *se necessário*, mas apenas 17 crianças receberam esse tipo de medicação no 5º PO, o que aponta para um total de 53 casos em que houve administração de ao menos um analgésico independentemente do esquema proposto. Quanto aos sedativos, foram prescritos em 12 casos, apenas *se necessário* e foram administrados a nove crianças.

Os dados coletados indicam que 76,81% das crianças que permaneceram hospitalizadas até o 5º PO receberam ao menos uma dose de analgésico, número muito próximo ao obtido no 4º PO.

Verificamos que os prontuários nos quais encontraram-se problemas no aprazamento dos analgésicos eram provenientes do Hospital 1. Relembramos que o controle inadequado da dor pós-operatória pode levar a sérias repercussões fisiológicas gerais, além de alterações bioquímicas e estruturais no sistema nervoso central (ANDRADE, 2000), daí a necessidade

premente de que seu alívio seja efetuado no menor tempo possível.

Os resultados acima apresentados nos levam a refletir sobre o preparo dos profissionais envolvidos na assistência à criança no período pós-operatório e sobre o processo de trabalho adotado nas unidades pesquisadas relacionado à administração de medicamentos analgésicos. Nos locais estudados o profissional responsável pelo aprazamento das medicações é o auxiliar técnico-administrativo. Esta tarefa, delegada a este profissional pela enfermeira do setor, é de extrema importância e pode trazer consequências indesejadas, no que se refere ao controle da dor pós-operatória pediátrica, quando executada de forma inadequada e sem a necessária supervisão. Em alguns casos a colocação indevida dos horários perdurou por mais de um dia, não sendo percebida nem pelos médicos nem pelos integrantes da equipe de enfermagem.

Convém destacar que a falta de preparo e de atualização técnica e científica, a falta de vontade ou de condições adequadas de trabalho do profissional de saúde em assistir de modo efetivo o paciente com dor pós-operatória, pode ser considerada uma séria quebra de sua responsabilidade ética e grave lesão aos preceitos da Declaração Universal dos Direitos Humanos (POSSO; COSTA, 2005) e dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados já mencionados neste estudo (BRASIL, 1995). Outro importante aspecto a ser destacado é que o profissional de saúde não pode garantir a ausência completa da dor após a operação, mas pode e deve aliviar essa dor, tornando-a pelo menos suportável, para facilitar a recuperação do paciente, e evitando deixar lembranças desagradáveis (POSSO; COSTA, 2005).

Em relação ao registro da dor pós-operatória e seu manejo na SRPA e pediatria e aos itens presentes nas prescrições de enfermagem, apresentamos os dados de cada hospital separadamente e depois agrupados. Seguindo a ordem numérica iniciamos pelos dados obtidos nos prontuários do Hospital 1:

TABELA 5.3 – Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 1

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 147)		**POI (n = 147)		***1º PO (n = 144)		2º PO (n = 101)		3º PO (n = 82)		4º PO (n = 62)		5º PO (n = 48)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COM COMENTÁRIOS	2	43	1	60	-	56	-	42	-	34	-	21	-	18	#	#
■ AUSÊNCIA DE DOR	-	3	-	18	-	18	-	7	-	8	-	6	-	8	-	68
■ PRESENÇA DE DOR	-	1	2	25	-	19	-	14	-	9	-	9	-	2	2	79
■ LOCALIZAÇÃO DA DOR	-	10	-	44	-	47	-	25	-	15	-	9	-	5	-	155
■ DOR À PALPAÇÃO	-	-	-	6	-	5	-	3	-	-	-	1	-	1	-	16
■ DOR À MANIPULAÇÃO	-	-	-	3	-	6	-	2	-	1	-	1	-	2	-	15
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO DOR	1	12	-	66	-	47	-	32	-	16	-	10	-	11	1	195
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO ALÍVIO DA DOR	-	-	-	2	-	4	-	2	-	1	-	-	-	-	-	9

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 147)		**POI (n = 147)		***1º PO (n = 144)		2º PO (n = 101)		3º PO (n = 82)		4º PO (n = 62)		5º PO (n = 48)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMPORTAMENTO DA CRIANÇA REVELANDO DOR:																
▶ Choro	1	31	-	78	-	48	-	31	-	30	-	28	-	18	1	265
▶ Agitação/Inquietação	-	11	-	34	-	12	-	8	-	6	-	5	-	4	-	80
▶ Queixa	-	-	-	4	-	4	-	3	-	4	-	-	-	-	-	15
▶ Gemência	-	2	-	13	-	8	-	2	-	5	-	5	-	3	-	38
▶ Irritabilidade	-	-	-	6	-	4	-	1	-	2	-	5	-	1	-	19
▶ Choro/agitação/queixa à manipulação/procedimentos	-	-	-	26	-	16	-	15	-	13	-	5	-	6	-	81

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

= Não se aplica

TABELA 5.4 – Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 1

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 147)		**POI (n = 147)		***1º PO (n = 144)		2º PO (n = 101)		3º PO (n = 82)		4º PO (n = 62)		5º PO (n = 48)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIOS SOBRE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA ADMINISTRADA:																
▶ Conforme prescrição médica	-	9	-	92	-	75	-	48	-	38	-	27	-	15	-	304
▶ Comportamento da criança após a medicação	-	-	-	22	-	14	-	9	-	6	-	5	-	6	-	62
▶ Antecipação do analgésico	-	-	-	2	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	5
▶ Administração de outro medicamento	-	-	4	15	-	3	-	2	2	9	-	3	-	2	6	40
▶ Recebendo/Infundindo analgésico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
■ COMENTÁRIO SOBRE COMUNICAÇÃO DA DOR AO MÉDICO	-	4	-	2	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	12

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 147)		**POI (n = 147)		***1º PO (n = 144)		2º PO (n = 101)		3º PO (n = 82)		4º PO (n = 62)		5º PO (n = 48)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIO SOBRE REAVALIAÇÃO DA CRIANÇA PELO MÉDICO	-	1	-	6	-	7	-	1	-	5	-	3	-	8	-	31
■ COMENTÁRIOS SOBRE USO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR:																
▶ arco protetor	-	-	-	5	-	8	-	3	-	-	-	4	-	4	-	24
▶ companhia/colo/presença dos pais	-	18	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19
▶ elevação de parte do corpo/membro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ outras	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	3
▶ comportamento da criança após o uso da estratégia não-farmacológica	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Ao nos depararmos com os dados do Hospital 1 apresentados na Tabela 5.3, chama-nos a atenção o fato de que tanto no centro cirúrgico quanto na unidade pediátrica, a enfermeira quase não registra ou registra muito pouco os aspectos relacionados à dor da criança. Esclarecemos que, neste estudo, consideramos apenas o registro da dor pós-operatória, independente de sua intensidade, pois o conjunto de cirurgias pesquisadas foi heterogêneo, não sendo possível, portanto, a comparação de quadros dolorosos decorrentes de procedimentos tão diferentes. Em apenas duas (1,36%) das 147 cirurgias pesquisadas havia registros da enfermeira a respeito da dor pós-operatória na SRPA, contra 43 (29,25%) prontuários com anotações de auxiliares ou técnicos de enfermagem do mesmo setor. No POI, já na unidade pediátrica, em apenas um prontuário (0,68%) havia registro efetuado pela enfermeira quanto à presença de dor no paciente. Por outro lado, no mesmo período, em 60 (40,81%) prontuários encontramos anotações de auxiliares ou técnicos de enfermagem relativas à dor pós-operatória. Em estudo realizado por McNair et al. (2004) sobre a avaliação da dor, com o uso de três escalas, nas primeiras 72 horas do período pós-operatório de 51 recém-nascidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal, os maiores escores de dor foram obtidos imediatamente após a cirurgia, havendo uma diminuição gradual nas primeiras 24 horas; daí a importância da avaliação e registro da dor nesse período.

Do 1º ao 5º dia do pós-operatório nenhum registro feito por enfermeira foi localizado. No 1º PO em 56 (38,88%) prontuários havia registros da dor pós-operatória feitos por auxiliares ou técnicos de enfermagem; no 2º PO em 42 (58,41%) prontuários os auxiliares ou técnicos relataram algum aspecto da dor da criança; no 3º PO, em 34 (41,46%) cirurgias foi feita alguma anotação pelas auxiliares ou técnicos de enfermagem; no 4º PO, 21 (33,87%) prontuários possuíam registros dos auxiliares ou técnicos de enfermagem, assim como em 18 (37,5%) casos no 5º PO.

O registro que apareceu o maior número de vezes até o 5º PO foi o referente ao fato de que a medicação analgésica foi administrada conforme prescrição médica, com 304 citações (Tabela 5.4), todas feitas por auxiliares ou

técnicos de enfermagem. Ainda no que diz respeito à administração de analgésicos encontramos 40 registros informando que a criança foi medicada com outro analgésico, sendo seis destes realizados por enfermeiras. Em cinco casos, auxiliares ou técnicos de enfermagem registraram a antecipação do analgésico.

Se considerarmos todos os registros relacionados à administração de analgésicos já mencionados chegamos a um total de 343; no entanto, encontramos apenas 62 registros do comportamento da criança após a administração do analgésico e nenhum realizado por enfermeira, o que indica a pouca valorização dessa atividade entre esses profissionais. Esses achados confirmam a afirmação de Salanterä et al. (1999) de que, embora tenha melhorado, nos últimos anos, a oferta de medicação para a dor das crianças, a manifestação da dor continua pouco documentada. A conclusão desses autores originou-se de um estudo desenvolvido com 303 enfermeiras de cinco hospitais universitários da Finlândia sobre avaliação e documentação da dor pós-operatória em crianças. Os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário com questões sobre como avaliavam e documentavam a dor das crianças no período pós-operatório. Simultaneamente, os pesquisadores realizaram uma análise retrospectiva de 50 prontuários de crianças submetidas à apendicectomia em busca de comentários escritos sobre o manejo da dor pós-operatória.

O segundo registro mais freqüente foi o choro como sinal comportamental de dor na criança com 265 menções (Tabela 5.3). De acordo com Ecoffey e Desparmet (1993), o choro é a primeira expressão vocalizada da dor e os estudos em recém-nascidos através da análise espectrográfica evidenciam que, na prática, é impossível diferenciar os diferentes tipos de choros como de fome e de dor, pela simples audição.

Desde a SRPA até o 5º PO foram encontrados 195 registros de comentários da criança revelando a presença de dor (Tabela 5.3), sendo o registro feito, em uma única ocasião, pela enfermeira. No entanto, apenas nove

registros, do POI ao 3º PO, indicavam que a criança verbalizara comentário quanto ao alívio da dor, situação semelhante à encontrada nos registros sobre o comportamento da criança após a administração do analgésico. Salanterä et al. (1999), em estudo já mencionado, encontraram dados semelhantes, pois afirmam que a documentação da dor nos cinco hospitais por eles pesquisados não era sistemática, não sendo possível acompanhar o manejo da dor com base nos dos prontuários dos pacientes. Para esses autores, não havia uma lógica clara nos comentários escritos sobre os cuidados dispensados ao paciente com dor, pois mesmo constando no prontuário um comentário sobre a existência de dor no prontuário, isso não significava que houvesse um registro sobre medicação ou tipo de cuidado, nem que haveria menção sobre o sucesso do cuidado. Havia também relatos sobre administração de medicação analgésica *se necessário*, embora não houvesse comentários anteriores sobre a existência da dor.

Condensamos numa mesma categoria as anotações *choro à manipulação, choro durante o procedimento, agitação à manipulação, agitação durante o procedimento, queixa à manipulação, queixa durante o procedimento* — correspondendo ao item choro/agitação/queixa à manipulação/procedimento, sendo encontrados do POI ao 5º PO 81 desses registros (Tabela 5.3), porém apenas 6 mencionavam a administração de analgésico ou sedativo antes da realização de procedimento doloroso a pedido do médico. Havia 11 comentários sobre a realização de procedimentos potencialmente dolorosos como retirada, colocação ou tração de drenos e retirada de tampões, porém nada foi mencionado sobre a administração de analgésicos ou sobre o comportamento das crianças durante a execução dos mesmos. Dos 146 curativos relatados, somente em quatro ocasiões foi documentada a presença de dor e o comportamento da criança durante sua realização. Em um dos casos, a auxiliar de enfermagem mencionou que foram necessárias quatro pessoas para conter a criança durante a realização do curativo. Por outro lado, houve um registro em que se relatava que a criança recebeu orientação durante a realização do curativo pois ela estava tensa. Achado semelhante foi o de

Manias et al. (2005), em estudo realizado com 52 enfermeiras australianas sobre manejo da dor pós-operatória, em que aproximadamente 50% dos casos de administração de analgésicos ocorreram somente após a realização de procedimentos dolorosos.

Foram encontrados 12 registros, feitos por auxiliares ou técnicos de enfermagem, de comunicação da dor da criança ao médico e 31 registros sobre a reavaliação do paciente por esse profissional. Podemos inferir que, sendo o Hospital 1 um hospital-escola com internos e residentes das mais diversas especialidades pediátricas, haja uma certa facilidade para a solicitação e execução da reavaliação da criança a partir do agravamento do quadro doloroso.

No que se refere ao uso de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor encontramos apenas registros feitos por auxiliares ou técnicos de enfermagem. O uso do arco protetor foi o mais mencionado e foi utilizado principalmente em cirurgias para correção de hipospádia. O registro sobre a presença/colo dos pais como tentativa para aliviar a dor pós-operatória foi quase exclusivo da SRPA — 18 registros em 19 encontrados. Tal fato pode ser atribuído à existência de uma SRPA destinada especialmente a crianças na qual a presença dos pais ou de um responsável, mais que permitida, é encorajada. A referida sala tem suas paredes pintadas com motivos infantis e possui diversos brinquedos que podem ser oferecidos às crianças, porém nenhum registro sobre seu uso foi encontrado nos prontuários estudados. Ainda quanto aos registros obtidos na SRPA, em cinco casos foi relatado por auxiliar ou técnico de enfermagem o comportamento da criança após a realização da estratégia não-farmacológica, o que corresponde a 9,8% do total de relatos de estratégias não-farmacológicas adotadas até o 5º PO.

A seguir apresentamos a Tabela 5.5 com os itens constantes nas prescrições de enfermagem dos prontuários consultados do Hospital 1, relacionados à dor pós-operatória. Lembramos que esses registros foram feitos tão somente por enfermeiros, pois, segundo a Lei nº 7.498/86, que regulamenta

5 Resultados e Discussão

o exercício da enfermagem, em seu artigo 11, inciso I, alínea j, cabe privativamente ao enfermeiro a prescrição da assistência de enfermagem.

TABELA 5.5 – Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 1

ITENS	DIA DE PÓS-OPERATÓRIO						TOTAL
	*POI (n=147)	**1º PO (n=144)	2º PO (n=101)	3º PO (n=82)	4º PO (n=62)	5º PO (n=48)	
■ COM ITEM RELACIONADO À DOR PÓS-OPERATÓRIA	75	74	51	45	35	22	#
■ OBSERVAR E ANOTAR SINAIS/FÁCIES DE DOR	2	5	4	4	3	1	19
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR EM LOCAL/PARTE/ MEMBRO OPERADO	6	2	3	3	2	2	18
■ OBSERVAR E ANOTAR QUEIXAS DE DOR/ÁLGICAS	33	35	21	19	14	10	132
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR/DORES	19	21	17	14	12	9	92
■ OBSERVAR E ANOTAR ALGIA/ÁLGIAS	16	9	6	5	3	-	39
■ OUTROS ITENS	2	2	2	2	2	1	11
■ PRESCRIÇÃO DE ESTRATÉGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA DOR:							
▸ Manter arco protetor	6	7	6	6	6	6	37
▸ Elevar parte do corpo/membro operado	-	-	-	-	-	-	-
▸ Outras	-	-	-	-	-	-	-

*POI = Pós-Operatório Imediato

**PO = Pós-Operatório

= não se aplica

n = Total de prontuários consultados

Em aproximadamente metade das prescrições de enfermagem consultadas do POI até o 5º PO foram encontrados itens relacionados à dor pós-operatória (Tabela 5.5). Agrupamos numa mesma categoria as anotações *observar e anotar queixas de dor* e *observar e anotar queixas algicas* por serem semelhantes e terem sido achadas em 132 ocasiões. Vale ressaltar que em quatro casos as crianças, para as quais foi elaborada a prescrição de enfermagem com esse item, eram menores de um ano, portanto sem capacidade de verbalização da dor.

O segundo item mais encontrado nas prescrições de enfermagem do Hospital 1, com 92 registros, foi *observar e anotar dor/dores*. Neste caso, houve novamente a fusão de duas categorias — *observar e anotar dor* e *observar e anotar dores* pela similaridade entre elas. Outras categorias fundidas foram *observar e anotar algia* e *observar e anotar algias*; *observar e anotar dor em local operado* e *observar e anotar dor em membro operado* e, ainda, *observar e anotar dor em parte do corpo operada*. Nesta última categoria era mencionado o local a ser observado, p.e., abdome e região inguinal. Outra junção ocorreu entre os registros *observar e anotar sinais de dor* e *observar e anotar fácies de dor* pelo fato de que esses registros quase sempre foram encontrados em prescrições de enfermagem de lactentes cujos sinais comportamentais de dor presentes na expressão facial são bastante evidentes e já comprovados.

Esses dados são semelhantes aos encontrados por Silva e Pimenta (2003b), em estudo sobre registros de enfermagem sobre dor e analgesia, que indicaram que, em geral, a prescrição de enfermagem foi vaga quanto ao controle algico. As autoras inferiram que este achado podia influenciar na anotação da equipe de enfermagem e na assistência ao paciente com dor.

É importante destacar que, apesar do considerável número de itens prescritos pelas enfermeiras que solicitasse o registro escrito de queixas ou sinais de dor, de 146 anotações realizadas sobre curativos apenas quatro

5 Resultados e Discussão

relataram expressão de dor no comportamento da criança. Esses dados podem indicar a pouca preocupação dos profissionais de enfermagem com o registro das manifestações de dor da criança.

Os dados obtidos quanto à prescrição de estratégias não-farmacológicas visando a prevenção ou alívio da dor são bem mais modestos quando comparados aos itens anteriores. Apenas 37 registros foram encontrados, sendo todos eles relacionados ao uso de arco protetor. Cumpre esclarecer que o uso de arco protetor é prática consolidada na unidade pediátrica do Hospital 1, desde muitos anos, tendo sido implementada pela equipe médica de cirurgia pediátrica que lá atua. Quanto à utilização de métodos não-farmacológicos para alívio da dor em pacientes pediátricos, Pölkki et al. (2003b) realizaram estudo com 162 enfermeiras finlandesas sobre os fatores que promovem ou dificultam o seu uso. As autoras identificaram cinco fatores que dificultavam seu uso os quais são listados a seguir: insegurança da enfermeira, crenças a respeito do papel dos pais/habilidade das crianças para expressar dor, excessiva carga de trabalho/falta de tempo, uso limitado de métodos de alívio da dor e modelo organizacional de trabalho.

Na seqüência apresentamos os dados referentes ao Hospital 2 (Tabela 5.6), que representam a menor fatia dos prontuários pesquisados – 29 (9,66%).

TABELA 5.6 – Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 2

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 29)		**POI (n = 29)		***1º PO (n = 26)		2º PO (n = 10)		3º PO (n = 6)		4º PO (n = 6)		5º PO (n = 3)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COM COMENTÁRIOS	-	14	3	14	1	19	-	6	-	4	1	3	1	1	#	#
■ AUSÊNCIA DE DOR	-	8	-	16	-	9	-	6	-	3	1	3	-	2	1	47
■ PRESENÇA DE DOR	-	-	1	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	3
■ LOCALIZAÇÃO DA DOR	-	-	-	9	-	1	-	2	-	-	-	1	1	-	1	13
■ DOR À PALPAÇÃO	-	-	-	-	-	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	4
■ DOR À MANIPULAÇÃO	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO DOR	-	2	1	16	-	4	-	2	-	1	-	1	-	1	1	27
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO ALÍVIO DA DOR	-	-	-	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 29)		**POI (n = 29)		*** ^{1º} PO (n = 26)		2º PO (n = 10)		3º PO (n = 6)		4º PO (n = 6)		5º PO (n = 3)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMPORTAMENTO DA CRIANÇA REVELANDO DOR:																
▸ Choro	-	9	3	10	-	3	-	1	-	2	-	1	-	1	3	27
▸ Agitação/Inquietação	-	2	-	5	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
▸ Queixa	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▸ Gemência	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▸ Irritabilidade	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	4
▸ Choro/agitação/queixa à manipulação/procedimentos	-	-	-	4	-	7	-	1	-	1	-	1	-	-	-	14

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

= Não se aplica

TABELA 5.7 – Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 2

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 29)		**POI (n = 29)		***1º PO (n = 26)		2º PO (n = 10)		3º PO (n = 6)		4º PO (n = 6)		5º PO (n = 3)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIOS SOBRE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA ADMINISTRADA:																
▶ Conforme prescrição médica	-	3	-	15	-	2	-	1	-	6	-	1	-	1	-	29
▶ Medicada novamente	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Antecipação do analgésico	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2
▶ Administração de outro medicamento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Recebendo/Infundindo analgésico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ Comportamento da criança após a medicação	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
■ COMENTÁRIO SOBRE COMUNICAÇÃO DA DOR AO MÉDICO	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 29)		**POI (n = 29)		***1º PO (n = 26)		2º PO (n = 10)		3º PO (n = 6)		4º PO (n = 6)		5º PO (n = 3)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIO SOBRE REAVALIAÇÃO DA CRIANÇA PELO MÉDICO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
■ COMENTÁRIOS SOBRE USO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR:																
▶ arco protetor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ companhia/colo/presença dos pais	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▶ elevação de parte do corpo/membro	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	-	-	-	-	-	4
▶ outros	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▶ comportamento da criança após o uso da estratégia não-farmacológica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Dos 29 prontuários pesquisados do Hospital 2, em nenhum deles havia registro da enfermeira sobre dor pós-operatória na SRPA. Até o 5º PO foram identificadas apenas oito anotações desse tipo, cinco delas foram feitas no POI, período caracterizado pela presença de dor mais intensa, mas concentravam-se em apenas três (10,34%) do total de prontuários consultados. Os demais registros realizados por enfermeiras foram: um no 1º PO; um no 4º PO e dois no 5º PO. Deste montante, três anotações referiam que a criança manifestava-se chorosa.

Os registros feitos por auxiliares ou técnicos de enfermagem, na maioria das vezes, desde a SRPA até o 5º PO, foram os relacionados à ausência de dor, com 47 ocorrências (Tabela 5.6). Nessa categoria foram agrupados, por similaridade, os seguintes registros: *ausência de dor*, *não refere dor*, *nega dor*, *sem queixas álgicas*, *sem queixas de dor*. Esse achado contrasta com o encontrado no Hospital 1 em que o registro mais freqüente refere-se à administração de analgésico, conforme prescrição médica, ao passo que no Hospital 2 esse item fica na segunda posição com 29 registros (Tabela 5.7), mas bem atrás do primeiro colocado já mencionado.

Os dados que se referem ao POI indicam que em 14 (48,27%) prontuários havia registro, feito por auxiliar ou técnico de enfermagem, de algum aspecto da dor pós-operatória da criança, valor este superior ao encontrado no Hospital 1 (40,81%). No entanto, no 1º PO, esses mesmos profissionais efetuaram um número significativamente maior de registros, alcançando a marca de 19 (73%) prontuários pesquisados, número este que decresce para seis (69%) no 2º PO, para quatro (66,66%) no 3º PO, para três (50%) no 4º PO e para um (33,33%) no 5º PO. Esse comportamento de queda nos registros é esperada visto que, com o passar dos dias a dor pós-operatória tende a diminuir.

Como ocorreu com os dados do Hospital 1, novamente encontramos discrepância entre os registros que relatavam queixas de dor por parte da criança, com 27 menções, contra apenas dois registros que relatavam

a expressão de alívio da dor pela criança. Fica mais uma vez evidente a inadequada sistematização da documentação da dor pós-operatória da criança.

Seguindo a ordem decrescente de frequência temos o item choro/agitação/queixa à manipulação/procedimento com 14 registros. Aqui também, à semelhança do encontrado no Hospital 1, consideramos que houve sub-registro de dados relacionados à dor pós-operatória. Durante a pesquisa nos prontuários do Hospital 2, encontramos 24 registros relacionados à realização de curativos e nove registros de procedimentos dolorosos sem a utilização de analgésicos, tais como tração, retirada ou colocação de drenos, entre outros. Em todos eles não havia menção ao comportamento da criança ou se a mesma havia sentido ou referido dor. Havia uma única anotação de administração de analgésico antes da realização de um procedimento doloroso.

Os registros sobre utilização de estratégias não-farmacológicas são reduzidos — seis ocorrências — e limitados aos auxiliares e técnicos de enfermagem (Tabela 5.7). Em nenhum caso foram registrados os efeitos obtidos com essas formas de alívio da dor pós-operatória. A seguir apresentamos a tabela 5.8 com os itens prescritos pelas enfermeiras no período pós-operatório e que possuem alguma ligação com a dor da criança.

TABELA 5.8 – Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 2

ITENS	DIA DE PÓS-OPERATÓRIO						TOTAL
	*POI (n=29)	**1º PO (n=26)	2º PO (n=10)	3º PO (n=6)	4º PO (n=6)	5º PO (n=3)	
■ COM ITEM RELACIONADO À DOR PÓS-OPERATÓRIA	14	14	6	5	4	3	#
■ OBSERVAR E ANOTAR SINAIS/FÁCIAS DE DOR	-	-	-	-	-	-	-
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR EM LOCAL/PARTE/ MEMBRO OPERADO	-	-	-	-	-	-	-
■ OBSERVAR E ANOTAR QUEIXAS DE DOR/ÁLGICAS	5	5	-	-	-	-	10
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR/DORES	8	6	4	3	3	1	25
■ OBSERVAR E ANOTAR ALGIA/ALGIAS	2	3	2	2	1	2	12
■ OUTROS ITENS	-	-	-	-	-	-	-
■ PRESCRIÇÃO DE ESTRATÉGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA DOR:							
▸ Manter arco protetor	-	-	-	-	-	-	-
▸ Elevar parte do corpo/membro operado	-	-	-	-	-	-	-
▸ Outras	-	-	-	-	-	-	-

*POI = Pós-Operatório Imediato

**PO = Pós-Operatório

não se aplica

n = Total de prontuários consultados

Os dados apresentados na Tabela 5.8, indicam que no POI 14 (48,27%) prontuários consultados possuíam algum item na prescrição de enfermagem relacionado à dor pós-operatória. No 1º PO esse índice subiu para 53,84% (n = 14), no 2º PO chegou a 60% (n = 6), no 3º PO subiu para 83,33% (n = 5), no 4º PO baixou para 66,66% (n = 4) e no 5º PO chegou a 100% (n = 3).

5 Resultados e Discussão

Essa situação talvez possa ser explicada pelo pequeno número de prontuários pesquisados; quanto a isso esclarecemos que no 5º PO apenas três cirurgias foram consultadas.

Apenas três itens foram prescritos e todos se referiam à observação e anotação de queixas de dor ou da própria dor. O item que mais apareceu, com 53,19% dos registros (n = 25), foi *observar e anotar dor/dores*. Em quatro casos — 13,79% dos prontuários consultados — um desses itens só foi incluído na prescrição de enfermagem de 3 a 14 horas após o retorno da criança do centro cirúrgico, o que indica que nem sempre a enfermeira atualiza a prescrição em consonância com o procedimento cirúrgico a que foi submetida a criança.

Nenhum item relacionado à prescrição de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor foi encontrado, fato que também pode estar ligado ao pequeno número de crianças pesquisadas, mas que, de toda forma, indica a necessidade da apropriação de conhecimentos nessa área por esse grupo de enfermeiras.

A seguir apresentamos as Tabelas 5.9 e 5.10 com os dados obtidos nos prontuários do Hospital 3:

TABELA 5.9 – Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários do Hospital 3

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 124)		**POI (n = 124)		***1º PO (n = 109)		2º PO (n = 61)		3º PO (n = 27)		4º PO (n = 15)		5º PO (n = 13)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COM COMENTÁRIOS	-	-	20	36	20	27	16	19	6	9	1	2	3	5	#	#
■ AUSÊNCIA DE DOR	-	-	6	15	4	11	2	2	-	5	-	-	-	2	12	35
■ PRESENÇA DE DOR	-	-	11	3	1	5	-	1	-	1	-	1	-	-	12	11
■ LOCALIZAÇÃO DA DOR	-	-	11	7	3	9	1	6	1	1	-	-	-	1	16	24
■ DOR À PALPAÇÃO	-	-	3	-	2	1	4	2	1	-	-	-	-	-	10	3
■ DOR À MANIPULAÇÃO	-	-	-	-	-	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	4
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO DOR	-	-	12	15	2	15	-	5	-	1	-	-	-	1	14	37
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO ALÍVIO DA DOR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 124)		**POI (n = 124)		***1º PO (n = 109)		2º PO (n = 61)		3º PO (n = 27)		4º PO (n = 15)		5º PO (n = 13)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMPORTAMENTO DA CRIANÇA REVELANDO DOR:																
▸ Choro	-	-	29	53	4	10	4	3	-	3	-	1	-	1	37	71
▸ Agitação/Inquietação	-	-	8	13	2	1	-	1	1	1	-	-	-	-	11	16
▸ Queixa	-	-	1	4	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	2	5
▸ Gemência	-	-	1	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
▸ Irritabilidade	-	-	6	3	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	7	3
▸ Choro/agitação/queixa à manipulação/procedimentos	-	-	6	20	5	11	1	4	1	4	1	-	-	1	14	40

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

= Não se aplica

TABELA 5.10 – Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospital 3

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 124)		**POI (n = 124)		***1º PO (n = 109)		2º PO (n = 61)		3º PO (n = 27)		4º PO (n = 15)		5º PO (n = 13)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIOS SOBRE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA ADMINISTRADA:																
▶ Conforme prescrição médica	-	-	9	22	2	15	-	4	-	2	-	6	-	2	11	51
▶ Antecipação do analgésico	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
▶ Administração de outro medicamento	-	-	4	-	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1
▶ Recebendo/Infundindo analgésico	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-
▶ Comportamento da criança após a medicação	-	-	3	2	2	2	-	1	-	1	-	-	-	-	5	6
■ COMENTÁRIO SOBRE COMUNICAÇÃO DA DOR AO MÉDICO	-	-	5	1	3	2	-	1	-	-	-	-	-	-	8	4

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 124)		**POI (n = 124)		***1º PO (n = 109)		2º PO (n = 61)		3º PO (n = 27)		4º PO (n = 15)		5º PO (n = 13)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIO SOBRE REAVALIAÇÃO DA CRIANÇA PELO MÉDICO	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-
■ COMENTÁRIOS SOBRE USO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR:															-	-
▶ arco protetor	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ companhia/colo/presença dos pais	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
▶ elevação de parte do corpo/membro	-	-	3	7	1	6	-	3	-	1	-	-	-	-	4	17
▶ outros	-	-	1	1	-	2	4	2	-	-	-	-	-	-	5	5
▶ comportamento da criança após o uso da estratégia não-farmacológica	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Os dados obtidos no Hospital 3 revelam inicialmente a sistematização dos registros escritos adotada na SRPA. Em nenhum dos prontuários consultados foram encontradas anotações da equipe de enfermagem sobre a dor pós-operatória no período de permanência das crianças nesse local. Os registros seguiam um padrão determinado por um carimbo aplicado na prescrição de enfermagem que, em termos gerais, continha as seguintes informações: *criança encaminhada à SRPA, ofertado O₂ por aproximadamente 30 minutos, após bem acordado avaliado pelo anestesista e encaminhado para enfermaria*. A rigidez do padrão adotado para esses registros pode explicar, ao menos parcialmente, a ausência de anotações sobre a dor pós-operatória.

A partir do POI o cenário é outro, com registros das enfermeiras até o 4º PO com percentuais superiores aos encontrados nos Hospitais 1 e 2. Apenas no 5º PO as enfermeiras do Hospital 3 não registraram aspectos ligados à dor pós-operatória. No POI em 20 (16,12%) prontuários consultados havia registros das enfermeiras sobre dor e em 36 (29%) deles foram localizados registros dos auxiliares ou técnicos de enfermagem. No 1º PO em 20 (18,34%) cirurgias foram encontrados registros de dor realizados por enfermeiras, ao passo que os registros de dor da criança em 27 (24,77%) cirurgias foram feitos por auxiliares ou técnicos de enfermagem. No 2º PO, em 16 (26,22%) prontuários havia anotações de enfermeiras e, em 19 (31,14%) registros de auxiliares ou técnicos. No 3º PO, em seis (22,22%) cirurgias pesquisadas encontramos registros efetuados por enfermeiras e em 9 (33,33%) havia anotações dos auxiliares ou técnicos de enfermagem. No 4º PO, em apenas um prontuário (6,66%) o registro sobre dor pós-operatória foi efetuado por enfermeira e em dois (13,33%) foi feito por auxiliares ou técnicos. No 5º PO, cinco (38,46%) prontuários continham algum registro sobre dor efetuado por auxiliares ou técnicos e 3 (23,07%) prontuários com registros das enfermeiras.

O maior número de registros de todas as categorias profissionais ficou concentrado no POI, sendo o *choro* o item mais

freqüentemente registrado por enfermeiras, auxiliares e técnicos de enfermagem com 82 menções, chegando a 108 até o 5º PO (Tabela 5.9). Assim como ocorreu nos outros dois hospitais, apesar do razoável número de registros que trazem o relato da dor feito pela própria criança (14 de enfermeiras e 37 de auxiliares ou técnicos), nenhum dos profissionais relatou comentário algum da criança quanto ao alívio da dor.

Outro item que mereceu 54 registros até o 5º PO foi o que relatava o choro/agitação ou queixa à manipulação ou aos procedimentos. Porém, em 10 registros que documentavam a realização de procedimentos dolorosos, apenas dois indicaram a administração de analgésico antes de sua execução.

Como já detectado nos dois outros hospitais, à medida que o período pós-operatório avança diminuem os registros ligados à dor da criança também no Hospital 3 em todas as categorias pesquisadas.

Constatamos que os achados do Hospital 3 (Tabelas 5.9 e 5.10), que dizem respeito aos registros escritos sobre dor pós-operatória efetuados pelas enfermeiras, indicam um panorama bem mais favorável quando comparados ao dos Hospitais 1 e 2. Porém, em relação aos registros efetuados por auxiliares ou técnicos de enfermagem, o Hospital 3 apresenta, em percentuais, situação desvantajosa em relação aos demais.

Na Tabela 5.10 observamos que os registros mais encontrados nos prontuários consultados relacionados à administração de analgésicos foram os que referiam que a mesma havia sido feita conforme a prescrição médica, tendo aparecido 62 vezes. Hamers et al. (1998), ao realizarem uma revisão da literatura sobre a medicação analgésica recebida pelas crianças no período pós-operatório, concluíram que a falta de consenso sobre intensidade esperada da dor após as cirurgias e a cautela quanto à prescrição de analgésico poderiam explicar por que, em muitos casos, eles são prescritos em base *pro re nata* (prn) ou de demanda. Para os autores, esse tipo de prescrição de fato significa que a enfermeira decide se um analgésico deve ou não ser ministrado e mencionam

estudos que sugerem que as enfermeiras ministram às crianças doses aquém do necessário e que a dor pós-cirúrgica é insuficientemente aliviada. Baseados nessa revisão bibliográfica recomendam que seja adotada uma prescrição-padrão de medicação para dor ao invés de utilizar o esquema de demanda.

Em 12 ocasiões foram registrados comentários sobre a comunicação da dor da criança ao médico, sendo oito feitos por enfermeiras e quatro por auxiliares ou técnicos. Porém, só foram documentadas três reavaliações de crianças pelo médico, ressaltando-se que essas anotações foram feitas por enfermeiras no POI. Essa situação é muito distinta da encontrada no Hospital 1 em que houve muitos registros de reavaliações médicas (31) em quantidade bem maior que os registros feitos sobre a comunicação da dor ao médico (12). Como já referimos anteriormente, isso pode ser atribuído ao fato daquele hospital ser um hospital de ensino e possuir um residente de plantão na própria unidade pediátrica nas 24 horas do dia, além de internos e outros residentes plantonistas no pronto-socorro pediátrico e na unidade de terapia intensiva pediátrica.

Na Tabela 5.10 também encontramos 31 registros da equipe de enfermagem sobre o uso de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor, sendo a mais citada a elevação de parte do corpo ou membro, porém apenas dois registros relataram o comportamento da criança após a sua utilização. Entre as estratégias que foram classificadas como *outras* temos: aplicação local de gelo e abertura de 'janela' em gesso além de outras. A Tabela 5.11 mostra os itens prescritos pelas enfermeiras do Hospital 3 relacionados à dor pós-operatória:

TABELA 5.11 – Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória nos prontuários consultados do Hospital 3

ITENS	DIA DE PÓS-OPERATÓRIO						TOTAL
	*POI (n=124)	**1º PO (n=109)	2º PO (n=61)	3º PO (n=27)	4º PO (n=15)	5º PO (n=13)	
■ COM ITEM RELACIONADO À DOR PÓS-OPERATÓRIA	110	94	46	22	12	11	#
■ OBSERVAR E ANOTAR SINAIS/FÁCIAS DE DOR	82	-	-	-	-	-	82
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR EM LOCAL/PARTE/ MEMBRO OPERADO	9	5	3	2	-	1	20
■ OBSERVAR E ANOTAR QUEIXAS DE DOR/ÁLGICAS	28	38	17	4	8	1	96
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR/DORES	-	59	29	17	6	10	121
■ OBSERVAR E ANOTAR ALGIA/ALGIAS	-	-	-	-	-	-	-
■ OUTROS ITENS	-	1	1	1	1	-	4
■ PRESCRIÇÃO DE ESTRATÉGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA DOR:							
▶ Manter arco protetor	-	-	-	-	-	-	-
▶ Elevar parte do corpo/membro operado	17	21	6	4	1	1	50
▶ Outras	1	1	1	-	1	2	6

*POI = Pós-Operatório Imediato

**PO = Pós-Operatório

= não se aplica

n = Total de prontuários consultados

No POI, em 110 (88,7%) dos 124 prontuários pesquisados havia ao menos um item relacionado à dor pós-operatória na prescrição de enfermagem. O item mais freqüente foi *observar e anotar sinais/fácies de dor* que representa, aproximadamente, 60% dos registros realizados nesse período (n = 82). No 1º PO algum item relacionado à dor da criança foi prescrito pela

5 Resultados e Discussão

enfermeira em 94 (86,23%) cirurgias e em 46 (75,40%) no 2º PO. Os dados do 3º PO, do 4º PO e do 5º PO revelam que 22 (81,48%), 12 (80%) e 11 (84,61%) prescrições de enfermagem, respectivamente, continham um ou mais itens relativos à dor pós-operatória.

Houve 96 registros referentes ao item *observar e anotar queixas de dor/álgicas* do POI ao 5º PO, porém em sete prescrições em que os registros foram feitos, as crianças eram lactentes e em outro registro a criança para a qual se elaborou prescrição era portadora de encefalopatia crônica, todas, portanto, sem capacidade de comunicar sua dor. Dados semelhantes foram encontrados nos Hospitais 1 e 2.

O item com maior número de ocorrências foi *observar e anotar dor/dores* com 121 registros. Mesmo assim, foram encontrados 30 registros sobre a realização de curativos, mas em nenhum deles foi relatado se a criança apresentou sinais de dor ou se relatou dor durante o procedimento.

Quanto à prescrição de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor, o item que mais apareceu, com 50 registros, foi o que solicitava *eleva parte do corpo/membro*. Isso pode ser devido ao número significativo de cirurgias ortopédicas pesquisadas ($n = 33$), caso em que se exige esse tipo de cuidado para a prevenção e/ou diminuição do edema no local operado, para prevenir o aparecimento da dor pós-operatória.

Apresentamos a seguir as Tabelas 5.12 e 5.13 com os dados agrupados dos Hospitais 1, 2 e 3 relacionados aos registros escritos sobre dor pós-operatória, uso de medicação e estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor das crianças.

TABELA 5.12 – Registros escritos sobre dor pós-operatória nos prontuários dos Hospitais 1, 2 e 3

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 300)		**POI (n = 300)		***1º PO (n = 279)		2º PO (n = 172)		3º PO (n = 115)		4º PO (n = 83)		5º PO (n = 69)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COM COMENTÁRIOS	2	57	24	110	38	111	31	60	14	44	3	24	4	27	#	#
■ AUSÊNCIA DE DOR	1	11	6	49	16	40	5	16	-	16	1	9	-	16	29	157
■ PRESENÇA DE DOR	-	1	23	29	11	24	2	16	-	11	-	11	-	4	36	96
■ LOCALIZAÇÃO DA DOR	-	10	11	60	18	60	3	33	1	16	-	13	1	7	34	199
■ DOR À PALPAÇÃO	-	-	3	6	6	8	7	6	1	1	-	1	-	1	17	23
■ DOR À MANIPULAÇÃO	-	-	-	3	2	8		3	-	2		1	1	3	3	20
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO DOR	1	14	13	92	17	62	6	39	-	18	-	11	-	11	37	247
■ COMENTÁRIOS DA CRIANÇA REVELANDO ALÍVIO DA DOR	-	-	-	3	2	5	1	2	-	1	-	-	-	-	3	11

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 300)		**POI (n = 300)		***1º PO (n = 279)		2º PO (n = 172)		3º PO (n = 115)		4º PO (n = 83)		5º PO (n = 69)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMPORTAMENTO DA CRIANÇA REVELANDO DOR:																
▸ Choro	1	40	32	154	16	61	6	35	-	43	-	30	-	20	55	383
▸ Agitação/Inquietação	-	13	8	52	5	14	-	10	2	7	-	5	-	4	15	105
▸ Queixa	-	-	1	9	1	1	1	3	-	5	-	-	-	-	3	18
▸ Gemência	-	2	-	15	5	1	-	3	-	6	-	5	-	4	5	36
▸ Irritabilidade	-	-	6	9	1	6	1	1	-	3	-	6	-	1	8	26
▸ Choro/agitação/queixa à manipulação/procedimentos	-	-	6	50	5	34	10	21	1	18	1	7	-	7	23	137

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

= Não se aplica

TABELA 5.13 – Registros escritos sobre medicação e uso de estratégias não-farmacológicas para alívio da dor pós-operatória na criança - Hospitais 1, 2 e 3

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 300)		**POI (n = 300)		***1º PO (n = 279)		2º PO (n = 172)		3º PO (n = 115)		4º PO (n = 83)		5º PO (n = 69)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIOS SOBRE MEDICAÇÃO ANALGÉSICA ADMINISTRADA:																
▶ Conforme prescrição médica	-	11	9	113	23	93	3	54	-	41	-	29	-	17	35	358
▶ Antecipação do analgésico	-	-	1	3	-	-	-	4	-	-	-	-	-	-	-	7
▶ Administração de outro medicamento	-	-	6	14	3	-	-	2	-	4	-	3	-	3	1	26
▶ Recebendo/Infundindo analgésico	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
▶ Comportamento da criança após a medicação	-	1	3	26	5	16	-	10	-	7	-	5	-	6	8	71
■ COMENTÁRIO SOBRE COMUNICAÇÃO DA DOR AO MÉDICO	-	4	5	3	4	7	-	2	-	-	-	-	-	2	9	16

Continua...

...continuação

REGISTROS ESCRITOS	¹ UNIDADE/PERÍODO															
	*SRPA (n = 300)		**POI (n = 300)		***1º PO (n = 279)		2º PO (n = 172)		3º PO (n = 115)		4º PO (n = 83)		5º PO (n = 69)		TOTAL	
☐ CATEGORIA PROFISSIONAL	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT	ENF	AT
■ COMENTÁRIO SOBRE REAVALIAÇÃO DA CRIANÇA PELO MÉDICO	-	1	3	6	2	7	-	1	-	5	-	3	-	8	5	31
■ COMENTÁRIOS SOBRE USO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA O ALÍVIO DA DOR:																
▶ arco protetor	-	-	-	9	6	8	1	3	-	-	-	4	-	4	7	28
▶ companhia/colo/presença dos pais	-	19	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18
▶ elevação de parte do corpo/membro	-	-	4	7	4	8	-	5	-	1	-	-	-	-	8	21
▶ outros	-	2	1	1	-	2	-	3	-	1	-	1	-	-	1	10
▶ comportamento da criança após o uso da estratégia não-farmacológica	-	5	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6

¹Unidade/Período = do POI ao 5º PO refere-se à Unidade de Internação Pediátrica

*SRPA = Sala de Recuperação Pós-Anestésica

**POI = Pós-Operatório Imediato

***PO = Pós-Operatório

n = Total de prontuários consultados

ENF = Enfermeira

AT = Auxiliar ou Técnico de Enfermagem

Analisando de uma forma mais ampla os dados dispostos na Tabela 5.12, percebemos a grande discrepância existente entre o número de registros efetuados por enfermeiras e os efetuados por auxiliares ou técnicos de enfermagem.

Se considerarmos cada hospital separadamente, encontramos os seguintes resultados finais de registros feitos por enfermeiras desde a SRPA até o 5º PO: Hospital 1, 10 registros; Hospital 2 com oito registros e Hospital 3 com 182 registros. Atentando para a grande diferença numérica de cirurgias pesquisadas nos Hospitais 1 e 2, 147 e 29 cirurgias, respectivamente, vemos que esse número aponta para a falta de sistematização das enfermeiras do Hospital 1 no registro de informações sobre avaliação e manejo da dor pós-operatória nos prontuários consultados. Ao compararmos o número de cirurgias pesquisadas nos Hospitais 1 e 3, 147 e 124, respectivamente, encontramos números próximos, porém, o número de registros anotados pelas enfermeiras apresenta grande variação, a saber, 182 registros no Hospital 3 e os 10 já mencionados no Hospital 1. Se considerarmos a relação leito/enfermeira o índice do Hospital 1 é de 5,66 leitos por enfermeira; o do Hospital 2 de quatro leitos por enfermeira e o do Hospital 3 de 10,5 leitos por enfermeira. Portanto, embora a relação leito/enfermeira seja a mais desfavorável, dentre os hospitais pesquisados, o Hospital 3 apresentou o maior número de registros feitos por enfermeiras. Vale frisar que os três hospitais pesquisados recebem alunos do curso de graduação em Enfermagem, mas os prontuários pesquisados e que traziam registros dos alunos sobre dor pós-operatória foram excluídos.

Quanto ao total de registros realizados por auxiliares ou técnicos de enfermagem, a situação se inverte. Tomando como exemplo o item *comentários da criança revelando dor* com 247 registros (Tabela 5.12), constatamos que 195 (78,94%) desse total (Tabela 5.3) foram obtidos do Hospital 1.

É preciso também levar em conta a grande diferença encontrada quanto ao número de funcionários dessas duas unidades pediátricas. No

5 Resultados e Discussão

Hospital 1 há 35 auxiliares e técnicos de enfermagem que se revezam nas 24 horas para atender 34 leitos pediátricos. Já o Hospital 3 possui 24 auxiliares e técnicos de enfermagem e 42 leitos na unidade pediátrica. Se considerarmos a relação entre funcionário e leito temos no Hospital 1 a proporção de 0,97 leito por funcionário e no Hospital 3 a proporção de 1,75 leito por funcionário. No Hospital 2 essa proporção é de 1,42 funcionário por leito. Portanto, o reduzido número de funcionários do Hospital 3 pode explicar parcialmente o pequeno número de registros efetuados por auxiliares e técnicos quando comparados com os registros feitos nos demais hospitais. Outro ponto a ser ressaltado é o fato dos Hospitais 2 e 3 serem privados e o Hospital 1 ser público, o que também pode contribuir para que os primeiros tenham um quadro de pessoal mais enxuto, visando o controle de gastos.

Na tabela 5.13, o item com maior número de registros, 393, foi o relacionado à administração de analgésicos, conforme prescrição médica com 358 citações de auxiliares ou técnicos de enfermagem. Novamente o maior número desses registros ficou concentrado no Hospital 1 (Tabela 5.4), responsável por 304 (84,91%) do total dos dados. No entanto, esse mesmo item só foi registrado pelas enfermeiras do Hospital 2.

A seguir apresentamos a Tabela 5.14 com dados sobre os itens prescritos pelas enfermeiras referentes à dor pós-operatória:

TABELA 5.14 – Itens na prescrição de enfermagem referentes à dor pós-operatória dos Hospitais 1, 2 e 3

ITENS	DIA DE PÓS-OPERATÓRIO						TOTAL
	*POI (n=300)	**1º PO (n=279)	2º PO (n=172)	3º PO (n=115)	4º PO (n=83)	5º PO (n=69)	
■ COM ITEM RELACIONADO À DOR PÓS-OPERATÓRIA	199	183	103	72	51	37	#
■ OBSERVAR E ANOTAR SINAIS/FÁCIAS DE DOR	2	5	4	4	3	1	19
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR EM LOCAL/PARTE/ MEMBRO OPERADO	15	7	6	5	2	3	38
■ OBSERVAR E ANOTAR QUEIXAS DE DOR/ÁLGICAS	66	78	38	23	22	14	241
■ OBSERVAR E ANOTAR DOR/DORES	109	87	50	34	21	21	322
■ OBSERVAR E ANOTAR ALGIA/ALGIAS	18	12	8	7	4	4	53
■ OUTROS ITENS	2	3	3	3	3	1	15
■ PRESCRIÇÃO DE ESTRATÉGIA NÃO-FARMACOLÓGICA PARA ALÍVIO DA DOR:							
▶ Manter arco protetor	6	7	6	6	6	6	37
▶ Elevar parte do corpo/membro operado	17	21	6	4	1	1	50
▶ Outras	1	1	1	-	1	2	6

*POI = Pós-Operatório Imediato
n = Total de prontuários consultados

**PO = Pós-Operatório

= não se aplica

Em todo o período pesquisado que compreendeu do POI ao 5º PO a porcentagem de prescrições de enfermagem que possuía algum item relacionado à dor pós-operatória variou de 66,33% (n = 199) no POI, a 53,62% (n = 37) no 5º PO.

Os itens prescritos referentes à observação e anotação da dor compreenderam 86,17% (n = 673) do total (n = 781). Como já comentado

anteriormente, apesar da prescrição solicitar a anotação de sinais e queixas de dor, esses registros são pouco anotados mesmo quando a criança é submetida a procedimentos potencialmente dolorosos.

Como apenas 11,9% (n = 93) dos itens relacionavam-se à prescrição de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor, fica evidente a pouca utilização deste tipo de método no controle da dor pediátrica nos três hospitais pesquisados.

Na sequência, apresentamos os resultados, obtidos nas entrevistas das 15 enfermeiras pesquisadas, quanto ao manejo da dor pós-operatória.

5.2 O MANEJO DA DOR: DANDO VOZ ÀS ENFERMEIRAS

Nesta parte, são apresentados e discutidos os dados obtidos nas entrevistas e organizados em torno das experiências de dor na infância e as que marcaram os sujeitos ao longo da vida e sua influência no cuidado prestado à criança. A abordagem que se segue compreende o manejo da dor pela enfermeira, suas estratégias de avaliação e controle. Finalizamos com sua formação acadêmica e de que maneira se deu a aquisição de conhecimentos sobre dor pediátrica.

Reportamo-nos a Angelo e Veríssimo (1996, p. 89) que, ao abordarem o papel da enfermeira no cuidado à criança, afirmam que ele,

[...] reflete suas crenças, tanto pessoais como profissionais, desenvolvidas ao longo de sua trajetória de vida. Assim, suas experiências determinam impressões em seu sistema de crenças, que influenciam não somente a definição do cliente (alvo do cuidado), como também as ações e propósitos inerentes à sua atuação profissional.

Refletindo sobre tais questões, acreditamos que o cuidado de enfermagem prestado pelos sujeitos que participaram dessa pesquisa está relacionado à sua história de vida, formação recebida no curso de graduação e/ou pós-graduação, às condições efetivas de trabalho, ao contexto profissional e às práticas já institucionalizadas. Concordamos com o que dizem Gamboa e Angelo (1998, p.65) quando, ao analisarem a produção científica na Enfermagem Pediátrica, assim se expressaram:

A enfermeira desempenha um papel importante na administração de cuidados de saúde, sobretudo na área de Pediatria. Não obstante, é necessário para o desenvolvimento da Enfermagem uma base científica própria que suporte sua prática clínica. Só assim as enfermeiras estarão duplamente implicadas na pesquisa: de uma parte como função inerente de seu papel (necessário para seu desenvolvimento profissional) e por outra parte como participante das pesquisas realizadas por outros.

5.2.1 EXPERIÊNCIAS DE DOR E SUAS REPERCUSSÕES

Como já mencionamos no Quadro Teórico, vários autores (GUIMARÃES, 1999; HELMAN, 2003; LANGDON, 2003; MIASKOWSKI, 1993; MORRIS, 1993; PIMENTA; PORTNOI, 1999; SARTI, 2001; SILVEIRA, 2003; TEIXEIRA; OKADA, 2003; TENGAN, 2003) apontam a infância como a época em que aprendemos a dar sentido a fenômenos como a dor e também os comportamentos socialmente aceitáveis para manifestá-la. Esse aprendizado precoce acompanha o indivíduo por toda sua vida e determina as formas que utilizará no enfrentamento da dor na vida adulta.

Assim sendo, consideramos relevante incluir o aprendizado familiar e as experiências de dor das entrevistadas para melhor compreender as razões que as levaram a manejar a dor da criança de uma maneira peculiar. Ampliamos desse modo nossos horizontes e os das próprias enfermeiras buscando relações muitas vezes ocultas entre os acontecimentos pessoais passados e a atual prática profissional.

Ao serem perguntadas sobre suas experiências relacionadas à dor durante a infância, as enfermeiras em sua maioria garantiram essas relacionavam-se a lesões de pouca gravidade, ligadas a acontecimentos corriqueiros como quedas de bicicleta ou da própria altura e que os pais valorizaram seus relatos de dor. Uma delas deu o seguinte depoimento:

Eles respeitavam, queriam saber da dor, quanto tempo tinha essa dor. Então eles procuravam ver com um médico para saber o que era. Eles avaliavam bastante, tinham respeito pela dor que eu sentia, nunca trataram como coisa fácil (Enfermeira 13, Hospital 3).

O uso de chás ou analgésicos para o alívio da dor foi citado. Uma das entrevistadas mencionou que a mãe era receptiva às suas queixas de dor *mas tinha pouca coisa para fazer, porque nós éramos muito pobres, então a dor passava sozinha, porque não tinha nem analgésicos* (Enfermeira 3, Hospital 1). Ao ser perguntada sobre o uso de chás lembrou-se que costumava ingerir *chá de erva doce ou de erva cidreira, essas coisas.*

Outra entrevistada relatou: *como nós morávamos no sítio naquela época, era mais o remédio caseiro. Então era muito difícil nos levar ao médico* (Enfermeira 15, Hospital 2). Quando questionada sobre qual era o remédio caseiro que ingeria, disse que costumava ingerir chás.

Referiram que os pais entravam em contato com o pediatra ou se dirigiam a ele quando sentiam dor, conforme relatos abaixo:

... principalmente o meu pai, por ser representante de laboratório e por conhecer muitos médicos, sempre ficava atento. E acontecia alguma coisa mais grave me levava ao pediatra, ligava para o médico (Enfermeira 6, Hospital 3).

Eu fui meio mimada porque sou caçula. Então, quando era criança estava sempre doente. Eu tinha anemia, ia na igreja e passava mal, então eles tinham uma proteção muito grande por mim. Tanto meus pais quanto meus irmãos, quando eu tinha uma dorzinha, todo mundo se preocupava (Enfermeira 8, Hospital 1)

5 Resultados e Discussão

Eu acho que tentavam procurar o porquê da dor e tentavam resolver primeiro com chá, porque às vezes, a gente se queixa de dor de barriga, então, um chazinho. Se não resolvesse davam um remédio para dor e se ainda não resolvesse, levavam para o médico. Acho que era por intensidade, vai na seqüência (Enfermeira 14, Hospital 3).

O carinho como estratégia para amenizar a dor foi mencionado:

Eu sinto muita falta da minha infância, porque eu acho que fui muito bem criada, muito bem tratada. Acho que isso é muito importante para a criança, além de tudo o carinho, porque o carinho ajuda a eliminar a dor (Enfermeira 5). Em seu depoimento sobre o que sua mãe fazia quando ela dizia que estava com dor relatou que *De imediato carinho, pegava no colo e dava analgésico que era comum na época.*

Algumas entrevistadas, no entanto, revelaram que seus pais não valorizavam suas queixas de dor. Uma delas referiu que os pais eram pessoas mais velhas e não davam muita atenção a esse tipo de relato. Referiu que aos seis anos teve tétano, mas que só foi levada ao hospital pelo agravamento do quadro, pois sua mãe não valorizou seu quadro doloroso:

...eu sempre queixava para minha mãe que doía minha amígdala... ninguém fazia nada. Aí um dia eu levantei pisando duro, aí minha mãe viu que estava diferente. Falou para o meu pai que foi me levar para o médico e constatou que era tétano. Fiquei um mês internada...acho que mais de um mês (Enfermeira 2, Hospital 1).

Outra enfermeira recordou as 'brincas' que levava da mãe quando se machucava e se queixava de algum tipo de dor:

...a minha mãe ainda tem isso com os meus sobrinhos, ela dá bronca, aquela coisa do acolher não tem muito, mas a questão da bronca, daí você até esquece um pouco porque se sente meio culpado também...no caso dessa queda [queda de bicicleta] eu me senti culpado...dos meus irmãos também existia muito essa bronca, que a dor veio porque aconteceu alguma coisa...era como se a dor não fosse muito valorizada (Enfermeira 4, Hospital 1).

De acordo com Portnoi (2003), as primeiras percepções de dor, os primeiros aprendizados sobre situações e/ou objetos que causem risco, as respostas e conseqüências sociais estão relacionadas a episódios breves e freqüentemente intensos de dor associada, de maneira geral, a lesões teciduais. Ainda segundo a autora a percepção individual da dor aguda pode ser considerada a base de conhecimento mais compartilhável em sociedade.

A dor, desde fase precoce da vida, integra todos os relacionamentos e pode estar associada tanto a sentimentos de acolhimento e conforto, quanto de punição e culpa. Ao se machucarem e expressarem sua dor as crianças, em geral, são levadas ao colo, acariciadas e consoladas e, quando se ‘comportam mal’, são castigadas, rotuladas de ‘más’ e induzidas a sentimentos de culpa e arrependimento (PIMENTA; PORTNOI, 1999).

As formas de sentir e de expressar a dor são regidas por códigos culturais e a própria dor, como fato humano, é constituída a partir dos significados conferidos pela coletividade, que determina as formas de manifestação dos sentimentos (SARTI, 2001).

Esses depoimentos selecionados indicam que quando a dor é provocada por um comportamento reprovado socialmente a criança, ao invés de ser consolada, é rotulada como transgressora e, portanto, merece padecer aquele sofrimento. Alguns pais, ao agirem desse modo, também trazem embutida a crença de que a dor é importante para desenvolver coragem, auto-disciplina, independência. No entanto, para Walco e Schechter (1994), a dor não desenvolve o caráter, mas está associada à visão moral de que uma pessoa vitoriosa é também resistente à dor. Para os autores, a imposição desse fardo a uma criança já abatida pela doença e pelo sofrimento reflete falta de compaixão e é eticamente questionável.

Um outro depoimento também revela a pouca valorização da dor pela mãe da Enfermeira 11 devido à demora em tratar sua causa:

...quando eu era criança, comia muito doce, então tive muitas cáries, tinha muita dor...Nossa! lembro muito de dor de dente e ela não levava

para extirpar o problema. Não levava ao dentista, mas ela dava medicação...eu tomava como se fosse água, porque a dor era constante. E foi depois de um bom tempo que ela foi me levar no dentista (Enfermeira 11, Hospital 2).

Percebemos, no conteúdo e no tom de voz dessas enfermeiras, um certo ressentimento quanto ao comportamento de suas mães, queixando-se da sua falta de proteção e cuidado para com os filhos, tarefa que culturalmente lhes é atribuída. Encontramos, no depoimento de uma das entrevistadas, uma referência à atitude que se espera de uma mãe a qual, quando questionada sobre suas lembranças de infância quanto à postura de sua família diante da dor, assim se pronunciou:

Na época, minha mãe, como todas as outras, me atendia prontamente, mas minha dor não era uma dor muito intensa (Enfermeira 15, Hospital 2).

Nesse sentido, Sarti (2001) destaca a importância da família em toda experiência de dor, pois dela vem as primeiras referências de percepção que estruturam as experiências, e de forma mais evidente em se tratando de crianças pequenas do que em crianças maiores, pois estas podem se expressar pela fala e já possuem alguma autonomia. A autora considera relevante a influência da família na experiência da dor em todas as fases da vida, até mesmo na idade adulta. Portnoi e Pimenta (1999) afirmam que desde a infância, o choro provocado pela dor elicia respostas de ajuda na mãe ou em terceiros e a mãe acaba, intuitivamente, aprendendo a identificá-la e diferenciá-la de outras sensações.

As enfermeiras foram questionadas quanto a experiências de dor que consideraram marcantes, independentemente da época em que ocorreram, fosse na infância fosse na idade adulta. Os quadros dolorosos mencionados foram originados por: problemas ortopédicos; problemas dentários; pós-operatório de cirurgia plástica; pós-operatório de cesariana; cólica menstrual; cólica renal; bartolinite; pneumonia e queda da própria altura.

A enfermeira que mencionou sua experiência dolorosa ocorrida na infância como a mais marcante afirmou *tinha só nove anos, mas me lembro de tudo* (Enfermeira 6, Hospital 3). Ficou 17 dias hospitalizada por uma osteomielite em membro inferior. Relembra que, em torno do 7º ou 8º dia de internação, o médico realizou uma drenagem de abscesso no membro afetado sem o uso de anestesia, justificando sua conduta com o argumento de que a infecção anularia seu efeito. Durante a colocação do dreno sentiu muita dor, como relata:

Me lembro direitinho até hoje. Aquilo doeu muito, eu chorava e meu pai segurava minha mão de um lado, minha tia do outro, minha mãe do outro e minha avó do outro. Todo mundo. Aquilo doeu demais, muito, muito...lembro que ele colocou alguma coisa ali que doeu muito (Enfermeira 6, Hospital 3). Classificou essa dor como *...a que me marcou mais. Outras a gente sofre na hora, mas consegue esquecer depois.*

Recorda que, a pedido de sua mãe, foi medicada com analgésico após a realização do procedimento:

Lembro que logo depois que o médico saiu, minha mãe já foi pedir para alguém medicar para dor. E na hora já vieram e medicaram (Enfermeira 6). A seguir referiu que houve melhora *mas a dor era mais durante o procedimento* (Enfermeira 6, Hospital 3).

Os procedimentos médicos invasivos, realizados para diagnóstico e para manter ou recuperar a saúde podem provocar dor aguda. Mesmo necessários, esses procedimentos produzem grande medo e ansiedade nas crianças, pois implicam possibilidade de dor e/ou perda do controle da situação. As crianças também podem encará-los como punição ou agressão (BORGES, 1999).

As entrevistadas que tiveram, na adolescência, sua experiência mais marcante relacionada à dor também destacaram a pouca valorização da dor pelos profissionais de saúde e familiares:

...fui atropelada [tinha 17 anos] ...senti várias dores ao mesmo tempo, mas depois fui perceber que a dor era na perna, porque tinha quebrado ...depois o gesso estourou e eu comecei a sentir muita dor....mas quando ele [o médico] tirou o gesso pela segunda vez, ele viu que a minha perna estava inteirinha necrosada. Eu sentia uma dor terrível. Estava sendo medicada...mas a dor não passava. E eu resolvi mudar de médico...o problema ósseo estava quase sarado...eu tinha perdido a safena. É uma dor que não desejo para ninguém. Fiz tratamento por 5 anos e com 22 anos fiz a cirurgia [safenectomia] ...por isso nós procuramos outro médico, porque achamos que ele não estava dando importância. Ele falava que ia doer mesmo, mas a dor era 24 horas, não passava...não sei nem explicar de tanta dor que era. E acabamos trocando de médico, que trocou para outras medicações, fez outros tratamentos, tomei medicação para a circulação e começou a aliviar. Ele entrou com morfina para melhorar a dor e foi assim que me acalmei (Enfermeira 7, Hospital 3).

Eu tive uma bartolinite aos 18 anos..Nessa ocasião meus pais não valorizaram muito a minha dor...E quando me levaram [ao hospital] estava com infecção, fiquei 14 dias internada, tomando antibiótico e me marcou muito, porque doía demais. Meu pai me ouviu porque o meu quadro de diabetes tinha complicado, não foi pela minha dor...como fiquei 14 dias com penicilina, nos últimos dias a veia já não agüentava mais e eu queria arrancar meu braço fora ...Eu não esqueço do braço e da veia que doía...Marca muito, não é pouco (Enfermeira 12, Hospital 2).

Entre as enfermeiras cujas experiências dolorosas mais marcantes aconteceram na idade adulta, incluímos uma que refere cólicas menstruais intensas. Mesmo essas crises, tenham-se iniciado na adolescência, sua inclusão neste outro grupo foi motivada pelo fato dela ainda apresentar esse quadro doloroso. A seguir o seu depoimento:

Eu sentia e ainda sinto muita cólica...a única dor que eu sempre senti foram as cólicas. E, no começo eram mais difíceis porque eu tomava toda medicação...e aumentava o sangramento. Aí, além da dor eu ficava mal porque diminuía a pressão e isso era um tormento. Quando ia chegando a época da cólica eu já ia pensando na situação. E aí eu ficava deitada, não tinha coragem para fazer nada, aquela alteração total do corpo mesmo...há poucos anos que eu comecei a tomar o Voltaren e para mim isso foi um alívio (Enfermeira 4, Hospital 1).

Uma das enfermeiras também destacou a postura inadequada da equipe de enfermagem que a atendeu em sua queixa de dor;

Foi quando me acidentei...Tive luxação do tornozelo e fiz também um corte na cabeça...Eu sinto que não acreditam [na dor]. Eles queriam que eu fosse andando até o Raio-X. Diziam: não tem quem te leve! Então eu disse: vou ficar aqui sentada o tempo todo, porque não vou andando não. Então eu acho que dor é assim, a gente só acredita quando a gente tem. Não sei se é porque a gente acha que a dor da gente é sempre maior que a do outro...acho que a minha família lida bem com essa situação da dor com a gente...porque logo providenciaram um analgésico, querem amenizar sua dor (Enfermeira 3, Hospital 1).

Essa situação revela o descaso de alguns profissionais e serviços de saúde com a dor do paciente e nos leva a refletir sobre quantas crianças e suas famílias não têm a iniciativa de se defender e lutar por um atendimento digno, que respeite seu direito de não sentir dor. O argumento de que os hospitais têm poucos funcionários e funcionam no limite de sua capacidade não pode ser utilizado e aceito em casos como esse.

Sobre esse aspecto, Carr (1997) afirma que há muitas barreiras organizacionais para um manejo adequado da dor e elas representam um desafio para o profissional que este deve estar alerta quanto a sua existência. Considera inaceitável continuarmos culpando o sistema, pois precisamos abrir nossos olhos, enxergar as oportunidades e criar um ambiente de trabalho que facilite o manejo efetivo da dor.

Algumas relataram quadros simples:

...foi um dia que eu caí, caí sentada e a dor foi muito forte no cóccix e eu cheguei a desmaiar de dor (Enfermeira 4, Hospital 1).

Eu sempre falo para as pessoas que nunca fiquei internada, nunca tive dor muito forte. O único problema que me marcou bastante foi quando torci o pé, que foi uma dor terrível e até hoje 'reflexa' essa dor em mim (Enfermeira 9, Hospital 2).

Uma única entrevistada referiu ser portadora de dor crônica há 15 anos sem definição de seu diagnóstico até o momento da entrevista, mas como seus sintomas estão relacionados à escápula, à região cervical e aos membros superiores, foi incluída nos quadros dolorosos de origem ortopédica. Sobre sua dor relatou:

...eu convivo com dor constantemente, diariamente. Tem dia que ela está mais aguda, tem dia que está mais amena. E acabo tomando analgésico constantemente...já fiz todo tipo de exame que se possa imaginar: tomografia, ressonância, mielografia, uma série de exames, infiltração...então já houve muita agressão, tanto física como psicológica...às vezes eu prefiro ficar quieta. É lógico que a dor incomoda muito...Já fiz acupuntura, fisioterapia, alongamento e nada resolveu (Enfermeira 1, Hospital 1).

Há três anos foi encaminhada a um psiquiatra, mas ela não foi: *Rasguei a carta e não fui* (Enfermeira 1, Hospital 1). Recentemente, voltou a um neurologista que a encaminhou para um reumatologista, mas também não acatou a sugestão do médico. Quando questionada sobre os motivos da recusa em consultar o especialista foi enfática ao afirmar: *na época [três anos atrás] eu tinha convênio, agora não tenho mais...e tem todo um sistema que a gente sabe como funciona. E até por desacreditar mesmo.*

Talvez o fato de trabalhar em um hospital que atende somente usuários do Sistema Único de Saúde e de conhecer as dificuldades enfrentadas pelas pessoas que buscam atendimento ambulatorial e, por outro lado, já ter usufruído as facilidades de um plano de saúde privado, tenham contribuído para que aja dessa maneira. No entanto, esse comportamento também pode ser explicado com dados da literatura (LOTUFO NETO, 2005; PORTNOI, 2003), que apontam os malefícios da dor crônica não tratada para o estado emocional das pessoas, levando-as à desesperança e crença de que não conseguirão seu alívio.

Os indivíduos com dor crônica apresentam histórias que elencam inúmeras estratégias visando seu controle. Quando a deficiência de recursos ou a interferência de fatores emocionais levam à produção de

estratégias ineficientes, o indivíduo pode optar entre procurar novas estratégias ou permanecer com as mesmas, o que pode ocasionar desorganização interna e exaustão (PORTNOI, 2003).

A quase totalidade das entrevistadas utiliza sua experiência pessoal como recurso para cuidar da criança com dor no período pós-operatório. Algumas referiram também que o fato de ter filhos, sobrinhos e outros familiares, também auxilia nesse processo.

É interessante perceber que algumas relataram valorizar especialmente a dor semelhante a que já sofreram:

Principalmente se não é uma dor que normalmente você visualiza. Se tem uma lesão, você está visualizando e automaticamente você relaciona que está doendo. Agora se a queixa é algo que você não tem uma visualização eu valorizo essa dor em função do que eu tenho, do que eu sinto. E eu estou conversando com você aqui mas eu estou sentindo dor (Enfermeira 1, Hospital 1). Essa enfermeira é a que mencionamos como portadora de dor crônica, daí a identificação com a criança que refere dor sem lesão aparente.

O fato de ter sofrido uma luxação do tornozelo faz com que uma das entrevistadas relembre sua experiência e faça analogias com outras situações dolorosas vivenciadas pelas crianças sob seus cuidados:

Porque eu tive um acidente e tive uma luxação e doeu muito. Então eu fico pensando: gente, se uma luxação dói, imagina uma fratura exposta. E essas cirurgias de bebê. Essas correções de atresia de esôfago...Nossa Senhora, olha o tamanho do corte (Enfermeira 3, Hospital 1).

Devido à sua rotina de receber medicação intramuscular para amenizar a cólica menstrual, a cada 45 dias, uma enfermeira começou a valorizar a dor causada por essa forma de administração de medicamentos:

...uma vez eu senti a agulhada, foi quando eu comecei a cair na real com relação à questão da dor, de quanto mesmo uma agulhada dói...Depois eu comecei também a mudar a forma de pensar até em relação à questão profissional de que uma agulhada dói sim. Depois

aprendi que não é só uma agulhadinha...ela dói, ela tem um peso, por ser um procedimento simples, mas ela provoca dor também ...Parece que antes a gente entendia que a dor não doía, era no outro, não era em mim. Mas, quando a gente passa pela experiência é diferente. O que eu coloco para as crianças é que a picada da agulha vai doer sim, mas vai ser só um momento, mas que não é uma dor insuportável, mas ela existe (Enfermeira 4, Hospital 1).

A entrevistada que, após ter sido atropelada e fraturado uma das pernas, desenvolveu problemas vasculares relembra sua experiência dolorosa ao se deparar com pacientes com problemas semelhantes:

E quando vejo as pessoas com úlcera [em membros inferiores] sei que sentem dor mesmo (Enfermeira 7, Hospital 3).

Outro exemplo de identificação com a dor da criança pode ser observado no seguinte relato:

...costumo passar minha experiência...valorizo muito porque sei como é. Até peço para as meninas [auxiliares e técnicos de enfermagem] valorizarem. Digo que quem precisou ser puncionada e recebeu medicação sabe bem como é. Então eu procuro valorizar muito e passar a minha experiência...Acho assim, que só a gente passando para saber como é. Não que o fato de não ter passado por isso a gente não vai dar valor, mas o fato de ter passado faz com que a gente valorize mais a situação (Enfermeira 12, Hospital 2). A entrevistada havia referido intensa dor pelo uso contínuo de penicilina injetável durante 14 dias de internação na adolescência, e, portanto, a identificação com a criança que é submetida à punção venosa é inevitável.

Coffman et al. (1997) realizaram estudo com 24 enfermeiras pediatras de unidades de terapia intensiva pediátrica de um hospital norte-americano com o objetivo de descrever como essas profissionais avaliavam e manejavam a dor de crianças em estado crítico. Entre os achados alguns indicaram que a experiência pessoal das enfermeiras com dor era um preditor significativo do número de indicadores de dor selecionados. Enfermeiras que

5 Resultados e Discussão

relataram ter vivenciado experiências dolorosas pessoais ou com familiares próximos selecionaram mais indicadores de dor do paciente.

Ao cuidar das crianças portadoras de pneumonia, uma das enfermeiras que já teve essa doença disse:

...tive uma pneumonia uma vez e até penso muito nas criancinhas pequenas, porque era uma pneumonia pequena e eu sentia muita dor no tórax...se você já conhece um pouco, tenta tratar porque você sabe o que está se passando...e a gente sabe também o que vai aliviar, talvez a posição ou coisas assim já ajudam (Enfermeira 14, Hospital 3).

Algumas foram menos específicas, mas também atribuíram importância ao fato de terem vivido experiências dolorosas no momento de assistir as crianças com dor:

...porque a gente sabe quando você tem uma dor e como é duro a criança não saber falar e estar com dor. Parece que a gente fica assim mais ... [procura uma palavra] é, fica com dó da criança, fica com pena de ver ela chorar e, às vezes não tem nada prescrito (Enfermeira 2, Hospital 1).

Elas [as crianças] sentindo dor, eu já relaciono com o que eu sentia, com o que eu posso um dia vir a sentir e, realmente, eu procuro atender o mais prontamente possível (Enfermeira 15, Hospital 2).

Houve relatos de experiências relativas à dor com filhos e outros membros da família e que interferiram no cuidado da criança com dor por evocarem lembranças de pessoas significativas para essas enfermeiras:

Eu me utilizo dessa [experiência pessoal] e da experiência da minha irmã operada também...Minha irmã fez uma prótese de quadril e nunca sentiu dor. Então eu penso que quando as pessoas que estão cuidando dos pacientes querem, o paciente não sente dor. A prótese de quadril é uma coisa que os pacientes sentem muita dor e minha irmã nunca teve dor (Enfermeira 3, Hospital 1).

Eu não lembro da minha dor, mas eu sempre lembro da minha mãe, não sei o porquê. A minha mãe quando tem que punção uma veia ela fica meio receosa. Então eu fico pensando: se fosse a minha mãe

que estivesse aqui já ficaria nervosa...Lembro mais da minha mãe mesmo (Enfermeira 8, Hospital 1).

Exatamente pelas experiências, tanto pessoais, quanto também pelos filhos. Por isso que tenho essa segurança [em avaliar a dor da criança]. Por ter filhos, por ter passado por tudo isso com elas, pelas internações. São experiências de vida que me ajudam a estar acompanhando essas crianças (Enfermeira 11, Hospital 2).

Seymour et al. (1997) realizaram estudo em que os componentes do processo de avaliação da dor pediátrica em crianças menores de 1 ano, foram identificados e comparados por 65 enfermeiras pediatras norte-americanas. Entre os achados, as autoras mencionaram que as enfermeiras que possuíam maior experiência pessoal com crianças recorriam aos seus conhecimentos — como mães, tias, irmãs, babás e até como donas de bichos de estimação — para identificar o comportamento normal e anormal com segurança e estavam dispostas a acreditar na sua avaliação de bebês que apenas ‘pareciam não estar bem’. Quase todas as participantes mencionaram que elas se baseavam em suas próprias experiências pessoais — ou de seus filhos — para entender a dor e imaginavam como elas se sentiriam na situação do bebê. Essas projeções foram descritas como uma fonte de forte preferência no manejo da dor entre as enfermeiras em todos os níveis de experiência.

As enfermeiras participantes deste estudo têm diferentes histórias e se depararam com a dor de inúmeras maneiras — seja na vida pessoal seja na atuação profissional. Enfrentam, cada uma a seu modo, o desafio do manejo da dor pós-operatória das crianças sob seus cuidados nas unidades pediátricas dos hospitais pesquisados. Porém, esse enfrentamento quase sempre se dá a partir do conhecimento empírico dessas profissionais que, por si só, nem sempre são suficientes para assegurar uma adequada assistência à criança com dor, posto que nem sempre todos esses significados são conscientes.

5.2.2 ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA NO MANEJO DA DOR PÓS-OPERATÓRIA

O manejo da dor pós-operatória, para as enfermeiras entrevistadas, tem início no retorno da criança do centro cirúrgico. Uma das enfermeiras relatou que a, aproximadamente, um ano e meio da data da entrevista, houve uma mudança na rotina do centro cirúrgico, que resultou na liberação das crianças menos sonolentas para a unidade pediátrica. Segundo ela:

quando elas [as crianças] chegam aqui já vão pedindo alimento e também a medicação [analgésica] já vem prescrita com maior frequência ...esse processo de você ter a criança aqui com dor, ele diminuiu bastante...as crianças chegam mais tranqüilas...talvez esse período crítico da dor ela esteja passando no centro cirúrgico, na sala de recuperação [pós-anestésica] (Enfermeira 4, Hospital 1).

A respeito de como proceder com uma criança que acaba de sair do centro cirúrgico outra enfermeira relatou:

...gosto que os funcionários vão lá de uma em uma hora, até dar o tempo certo que são seis horas e vai avaliando. Não deixo a criança ficar sozinha. Sempre procuro deixar um acompanhante e sigo observando...você vai avaliar, ver se ela está dormindo, se ela está acordada, pergunta se está doendo alguma coisa. Na hora que você manipular ela tem que estar bem atenta para ver se ela queixa [de dor] (Enfermeira 2, Hospital 1).

Quando a gente está examinando...a incisão cirúrgica, você vê a face...ele [o paciente] está sentindo uma dor maior...ou quando é uma criança que só chora. A maioria das vezes a gente é chamada porque a mãe fala que a criança está com dor...eles voltam [da cirurgia] em jejum, até liberar a dieta, às vezes também choram um pouco de fome. Então a gente examina palpando, vendo na face que está com dor...acaba fazendo a medicação (Enfermeira 13, Hospital 3).

As entrevistadas expressam sua preocupação com a dor pós-operatória logo que a criança retorna do centro cirúrgico. Também referem que o

jejum é um dos principais problemas no pós-operatório imediato e tentam diferenciar o choro de fome com o choro de dor através do exame físico e da observação dos sinais comportamentais.

Em uma revisão da literatura realizada por Abu-Saad e Hamers (1997), sobre o processo de tomada de decisão no cuidado à criança com dor, as autoras encontraram diversos trabalhos que indicavam que esta era influenciada pelas características das enfermeiras, tais como experiência profissional, conhecimento, experiência pessoal com dor, crenças e atitudes. As características das crianças tais como idade, indicadores fisiológicos, características individuais e culturais também são aspectos relevantes e que influenciam a tomada de decisão. Outros fatores apontados pelas autoras que influenciam as decisões das enfermeiras na avaliação e manejo da dor em crianças são: diagnóstico médico, informações dos pais, avanços científicos e fatores relacionados ao trabalho — colegas e outros profissionais de saúde, carga de trabalho, políticas institucionais de controle da dor. No processo de cuidar da criança com dor é difícil para as enfermeiras romper com seus pontos de vista, suas crenças e seus sistemas de valores. Essa dimensão pessoal influencia as decisões das enfermeiras relacionadas à avaliação e ao manejo da dor das crianças. Porém, as autoras destacam que há poucos estudos que avaliam a influência da cultura no processo de tomada de decisão das enfermeiras e recomendam que esta área de pesquisa receba mais atenção no futuro.

As ações relacionadas ao manejo da dor pós-operatória da maioria das entrevistadas giram em torno da prescrição médica e da administração de analgésicos, como podemos perceber nas seguintes falas:

...a gente trabalha mais com a queixa da criança, no caso das crianças maiores e, com as crianças menores, o choro. A gente avalia se há uma prescrição onde tem uma medicação, analgesia prescrita...a gente acaba administrando de acordo com o que a gente vê, o que a criança vai desenvolvendo ali. A gente precisa muito da ajuda do pessoal que está cuidando diretamente da criança e do acompanhante (Enfermeira 1, Hospital 1).

...desde o início, quando a criança já tem aquela face de dor, eu já procuro ir atrás, ver alguma coisa porque eles não falam, sentem a dor...procuro estar vendo se está mesmo [com dor], indo atrás, vendo a medicação, procurando o médico” (Enfermeira 5, Hospital 1).

A partir da avaliação, se a gente vê que a criança está com dor, não vamos deixá-la com dor, ligamos para o médico da criança, ou ele vem. Mas, de madrugada geralmente não vem, só se a criança não estiver passando bem...ele prescreve mais analgésico para intercalar (Enfermeira 10, Hospital 2).

No estudo de revisão da literatura sobre o processo de tomada de decisão no cuidado à criança com dor Abu-Saad e Hamers (1997) argumentam que a decisão das enfermeiras na seleção da medicação foi influenciada pela severidade do diagnóstico médico, fato que justificaria a presença de dor. Quanto mais grave o diagnóstico, mas potentes os medicamentos escolhidos, indicando que as enfermeiras atribuíram mais dor a essas crianças, legitimando a administração de analgésicos.

Manias et al. (2005) afirmam que a dor aguda é um importante problema no período pós-operatório, mas as enfermeiras continuam restritas a medidas farmacológicas para o seu alívio e tendem à sub-administração de analgésicos. As autoras realizaram um estudo com 52 enfermeiras australianas de duas unidades cirúrgicas de um hospital-escola da cidade de Melbourne. Essas profissionais foram observadas, durante um dia normal de trabalho, com o objetivo de determinar as estratégias usadas por elas no manejo da dor pós-operatória dos pacientes. Os achados desse estudo indicaram que adotar uma vigilância em relação ao paciente para confirmar que as medicações de rotina foram dadas nos horários especificados teve um papel importante na prevenção da dor. No entanto, as enfermeiras precisam de conhecimento e atenção sobre quando e como o horário da medicação deve ser mudado para assegurar que os níveis de dor dos pacientes sejam mantidos em níveis mínimos.

Apesar da grande valorização da prescrição médica de

analgésicos pelas enfermeiras, em um levantamento bibliográfico sobre a administração de medicação para alívio da dor pós-operatória em crianças, Hamers et al. (1998) encontraram estudos que sugeriam que as enfermeiras submedicavam as crianças e que a dor pós-operatória era insuficientemente aliviada.

Os dados encontrados na literatura e no presente estudo, apontam para a necessidade de avançarmos no sentido de sistematizar o manejo da dor pediátrica, envolvendo todos os profissionais que cuidam da criança hospitalizada. É necessária a adoção de políticas e protocolos de manejo da dor nos hospitais e unidades de internação como parte das estratégias visando o alívio adequado da dor dos pacientes, inclusive os pediátricos, livrando-os de sofrimento desnecessário (ABU-SAAD; HAMERS, 1998; AAP/APS, 2001; MANIAS et al., 2004, 2005; McGRATH, 1987; ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS; PAEDIATRIC & CHILD HEALTH DIVISION, 2005; SALANTERÄ et al., 1999; SILVA; PIMENTA, 2003; WALCO et al., 1994).

Concordamos com Mc Lellan (2004) quando sugere que se a teoria fosse transferida para a prática, a ocorrência de dor aguda poderia ser melhorada. A autora questiona que, talvez, muito do tempo e recursos que têm sido gastos procurando ‘respostas’ para o manejo da dor aguda — procura por novas drogas ou novos métodos de administração —, poderia ter sido gasto mais adequadamente na procura de métodos que reduzissem a distância entre teoria e prática. Em outras palavras, o expressivo conhecimento acumulado sobre o manejo da dor está sendo muito pouco aplicado à prática profissional.

Outro procedimento muito citado pelas entrevistadas foi o contato telefônico com o médico responsável ou a solicitação de reavaliação da criança pelo mesmo. As enfermeiras do Hospital 1 referiram várias vezes que conversam com internos e residentes, solicitando deles alguma conduta para o alívio da dor da criança. Alguns desses depoimentos podem ser vistos a seguir:

...você medica uma vez e a criança não pára [de chorar], continua. Você vai e pede para o interno: olha, a criança não parou, você não vai fazer mais nada? Não vai fazer alguma coisa mais forte? Às vezes eles nem gostam de você dar essas idéias para eles, mas eu sempre estou procurando fazer alguma coisa que está prescrito, se eu vejo que não resolveu, eu vou até prescrever outra coisa, outra medicação, outra droga. Eu não deixo a criança ficar assim com dor (Enfermeira 2, Hospital 1).

...com os residentes eu sempre vou atrás deles...vejo que é dor, já ligo, já peço para eles alguma coisa [analgésico] (Enfermeira 5, Hospital 1).

Aqui a gente tem uma certa facilidade, porque sempre tem médicos ou residentes o dia todo. Se eu mediquei e a criança não melhorou, comunico o residente...pergunto se posso fazer alguma outra medicação mais forte ou outra coisa...Quando o interno não está aqui a gente liga no celular e eles são bem acessíveis (Enfermeira 8, Hospital 1).

Em estudo, já citado, desenvolvido por Manias et al. (2005) foram obtidos dados semelhantes. De acordo com as autoras, embora as enfermeiras buscassem manejar a dor de forma efetiva, em algumas ocasiões suas respostas aos sinais de dor eram adiadas devido à necessidade de inclusão de novas condutas médicas ou adequação das já existentes. Quando a prescrição de analgésicos era necessária, as enfermeiras contatavam os médicos por seus 'pagers' para obtenção de nova prescrição o mais rápido possível. Infelizmente, os médicos nem sempre estavam disponíveis o que causava atraso na mudança das medicações analgésicas do paciente.

Em nosso estudo percebemos que as enfermeiras do Hospital 1 declararam maior facilidade em contatar os médicos para comunicação da dor das crianças devido à presença constante de estudantes e residentes de medicina no hospital. As falas das entrevistadas reforçam o que já havíamos mencionado quanto ao papel de destaque dado por elas às medidas farmacológicas no manejo da dor e ausência de menção à adoção de medidas não-farmacológicas. Nesse sentido, a *American Academy of Pediatrics* e a

5 Resultados e Discussão

American Pain Society (AAP/APS, 2001) recomendam, no controle da dor aguda na criança, o uso de tratamentos não-farmacológicos como distração, relaxamento e terapias físicas, juntamente com a administração de medicamentos.

As enfermeiras disseram que, em geral, os médicos respeitam suas avaliações quanto à dor da criança e acatam suas sugestões relacionadas ao esquema analgésico adotado:

...quando a gente consegue avaliar que a criança pode estar sentindo dor...a gente tem essa facilidade...de passar a informação, ter credibilidade e medicar (Enfermeira 1, Hospital 1).

Acho que eles acreditam mais pelo horário que eu ligo. Como é de madrugada acho que pensam: não vou nem questionar o que ela está falando, vou acreditar. Então eles aceitam dar a medicação...às vezes eles nem lembram o que prescreveram [os analgésicos] (Enfermeira 13, Hospital 3).

Eles interferem [mudam a prescrição], aumentam a medicação. Valorizam sim [o relato de dor] (Enfermeira 14, Hospital 3).

Dados semelhantes foram obtidos em estudo realizado por Watt-Watson et al. (2001), com 94 enfermeiras que trabalhavam em quatro unidades de internação cirúrgica no Canadá, que buscou desvendar as relações existentes entre o conhecimento desses profissionais sobre dor e o modo como manejavam a dor de pacientes no período pós-operatório de cirurgia cardíaca. Entre os achados, os autores encontraram que a maioria dos enfermeiros pesquisados, independente de seu nível de conhecimento, reconhecia o apoio recebido por seus colegas enfermeiros e médicos em suas decisões quanto ao manejo da dor.

A abordagem multidisciplinar no manejo da dor é uma das recomendações da *American Academy of Pediatrics* e da *American Pain Society* (AAP/APS, 2001) e, dirigindo-se especificamente aos pediatras, conclamam esses profissionais para a defesa do uso efetivo da medicação para dor em

5 Resultados e Discussão

crianças visando seu manejo compassivo e competente. Acreditamos, no entanto, que essa luta deve ser encampada por todos os profissionais que atuam junto à criança com dor e não se restringir a uma categoria profissional apenas.

Quanto às especialidades cirúrgicas que se mostram mais sensibilizadas com a questão da dor pós-operatória, as mais citadas foram a cirurgia pediátrica e a ortopedia, conforme as falas das entrevistadas:

Com a equipe médica que a gente tem aqui, a gente não tem tanta dificuldade porque o chefe da cirurgia pediátrica é uma pessoa bastante envolvida com a questão da dor (Enfermeira 1, Hospital 1).

O pessoal da cirurgia infantil é bastante atencioso quanto à dor...eles se preocupam mais do que outras clínicas (Enfermeira 8, Hospital 1).

Com certeza a [clínica] mais preocupada é realmente a ortopedia. A ortopedia realmente capricha. Eles deixam analgésicos, antiinflamatórios. Por vezes também um Tramal, deixam uma notinha assinada [prescrição de medicação controlada], se realmente for necessário. Eles são os que mais se preocupam mesmo (Enfermeira 11, Hospital 2).

Acreditamos que uma das razões que justificam a opção das enfermeiras pela ortopedia e cirurgia infantil como as duas especialidades mais preocupadas com a questão da dor pós-operatória se deva ao fato de serem responsáveis por grande número de cirurgias realizadas nos hospitais pesquisados (Tabela 5.1). Pelos relatos, percebemos que essa escolha também pode ter sido influenciada pela prescrição, pelos médicos das duas áreas, de vários e potentes analgésicos. Ambas realizaram cirurgias reconstrutoras e de grande porte e outros procedimentos comumente associados à dor intensa, como no relato a seguir:

Uma apendicite que é uma cirurgia simples, mas ela sente muita dor depois. Uma cirurgia ortopédica, que as crianças voltam com gesso de várias formas, pélvi-podálico com as pernas abertas...os pezinhos tortos que acabam arrumando” (Enfermeira 7, Hospital 3).

Ao discorrer sobre analgesia na cirurgia pediátrica Ecoffey e Desparmet (1993), classificam como dolorosas as intervenções ortopédicas ou da área urogenital. Lembramos que em nosso estudo, as cirurgias urogenitais foram realizadas pelas equipes da cirurgia pediátrica, portanto, os depoimentos das entrevistadas sobre esse aspecto têm respaldo na literatura consultada.

Outras consideraram que a questão da valorização da dor pós-operatória está ligada a cada profissional, individualmente, e não a clínica a que ele pertence, como por exemplo:

Não depende da clínica. O que eu vi depende do médico. Às vezes é a mesma clínica, mas um médico é mais atencioso que outro [quanto à dor] ...Não importa a clínica, importa o médico (Enfermeira 13, Hospital 3).

...depende do porte da cirurgia...depende também do médico, porque tem médico que se preocupa mais e liga para saber se teve dor ou não, se precisou medicar ou não. Mas, tem médico que também já deixa prescrito e só vem no dia seguinte e pergunta se teve ou não dor (Enfermeira 12, Hospital 2).

Utilizamos novamente as reflexões de Ecoffey e Desparmet (1993) para lembrar que todos os profissionais que atendem a criança no período pós-operatório, aí incluídos os membros da equipe médica, devem estar constantemente preocupados em reconhecer a dor pós-operatória. Os autores ressaltam o paradoxo, já comprovado por diversos estudos, caracterizado pela menor administração de analgésicos à criança, no período pós-operatório, quando comparada ao adulto.

Além da adequação de esquemas analgésicos, o tratamento farmacológico da dor compreende a orientação dos pacientes, seus familiares e cuidadores sobre as razões e mecanismos da dor e sobre os riscos dos procedimentos propostos para seu controle. Essa postura profissional melhora o resultado final do tratamento, amplia a confiança na equipe de saúde e proporciona melhor adesão ao tratamento prescrito (TEIXEIRA; VALLE, 2005).

Ao analisar as relações entre a dor, o indivíduo e a cultura, Sarti (2001) afirma que sua preocupação com o tema tem a intenção de fazer sugestões no sentido de ter presente, ao cuidar da dor, que ela se constitui simbolicamente, tendo, portanto, um significado para quem a vivencia, concepção que pode contribuir para beneficiar a prática do atendimento à dor.

Entretanto, percebemos que poucas vezes os profissionais de saúde se dão conta do significado da dor a que se refere a autora. A dor é muitas vezes encarada como algo 'natural', principalmente no período pós-operatório. Em estudo já mencionado sobre manejo da dor pós-operatória, realizado por Manias et al. (2005), os achados indicaram que as enfermeiras priorizavam atividades que, às vezes, banalizavam as experiências de dor pós-operatória dos pacientes, fazendo-as parecer sem importância. As autoras, também identificaram, nas enfermeiras pesquisadas, atitudes que demonstravam a falta de valorização dos sinais de dor, pois estes foram considerados menos importantes quando comparados a outras atividades tais como: administração de medicação, verificação de sinais vitais, troca de curativos, entre outras.

Quando questionadas sobre como avaliam a dor no período pós-operatório as enfermeiras relataram que não utilizam escalas de dor. A avaliação da dor é, portanto, realizada de maneira assistemática, com a utilização empírica de alguns elementos presentes nas escalas de dor como sinais comportamentais e fisiológicos. As respostas obtidas quanto às estratégias de avaliação da dor pós-operatória usadas por elas são dispostas a seguir:

É a expressão facial, agitação motora...se a criança está dormindo, se ela teve medicação ou não, se foi feita a pouco tempo, mas basicamente é a expressão facial e os movimentos dos membros (Enfermeira 4, Hospital 1).

Pela lágrima, pela fisionomia...tem criança que fala que está com dor mas quer comer e a criança que tem dor não quer comer, quer ficar

quietinha, fala de um jeito diferente. Às vezes não choram, só conversam, dizendo que está com dor. Eu pergunto onde é a dor e elas indicam o local e, que realmente é onde foi mesmo feito a cirurgia. E quando a criança fala que está com dor mas quer comer, ir para o colo da mãe, está mais agitada e chorando por manhã. Então, se percebe a diferença pela fisionomia da criança, pelo jeito que ela expressa a dor...Dá para ver pelos batimentos cardíacos que a criança está um pouquinho taquicárdica ou a respiração está um pouco mais cansadinha, porque está com dor (Enfermeira 7, Hospital 3).

A gente não tem um instrumento para avaliar, então, sempre é de acordo com as queixas. Às vezes a criança aponta onde dói, se for uma operação; diz que dói para engolir se for uma operação de amígdala. E, de acordo com os medicamentos que ela está recebendo, no intervalo que a gente vai avaliar. Por exemplo, uma dor constante que não passa, a gente tem que ver se há mais alguma coisa influenciando essa dor. Costumo perguntar para a mãe ou o pai se não tem outra coisa (Enfermeira 10, Hospital 2).

Dá para ter uma idéia. Dá para saber sim [se a criança está com dor]. Dá para dizer pela experiência que a gente tem. Geralmente, quando vê a criança e acha que é dor a gente medica e melhora. Então, baseado na experiência, a gente olhando, já sabe que está com dor (Enfermeira 14, Hospital 3).

Esses achados são semelhantes aos de Salanterä et al (1999), em estudo realizado com 303 enfermeiras finlandesas em que avaliaram seu desempenho na avaliação, manejo e documentação da dor de crianças. Essas enfermeiras avaliavam a dor pós-operatória, principalmente, de acordo com as mudanças comportamentais e fisiológicas dos pacientes. Os autores supõem que elas questionavam as crianças sobre sua própria dor, mas não documentavam as respostas obtidas.

A *American Academy of Pediatrics* e a *American Pain Society* (2001) destacam que, em várias instituições, a dor já foi incluída como quinto sinal vital e recomendam o uso apropriado de instrumentos e técnicas de avaliação da dor da criança. Para Abu-Saad e Hamers (1997), a avaliação e o manejo da dor são uma das tarefas mais significantes com que se defronta a enfermeira pediatra em sua prática diária.

Em estudo realizado num hospital de ensino paulistano, Setz et al. (2001) entrevistaram 77 profissionais — 30 enfermeiros, 23 médicos e 24 auxiliares de enfermagem — que trabalhavam nas diversas unidades pediátricas da instituição, com a finalidade de verificar e comparar a avaliação e a intervenção utilizadas por eles para o alívio da dor das crianças hospitalizadas. Os resultados também apontam a avaliação assistemática da dor pediátrica, pois apenas três profissionais, todos enfermeiros, referiram a utilização de escalas de dor. Todas as categorias profissionais utilizaram principalmente parâmetros comportamentais, seguidos pelos parâmetros fisiológicos e pelo relato da criança. Os autores observaram que os parâmetros fisiológicos com maior número de citações foram: aumento da pressão arterial, aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, aumento da temperatura, queda da saturação de oxigênio, sudorese, desconforto, alteração do padrão de sono/vigília, anorexia, náusea. Muitos desses achados coincidem com os obtidos em nosso estudo. Portanto, podemos inferir que a sistematização na avaliação da dor da criança é meta ainda não alcançada.

Pimenta (2002) afirma que, muitas vezes, o controle inadequado da dor está relacionado à falta de critérios e métodos de avaliação e registro. A autora ressalta a necessidade de se conhecer e registrar adequadamente as características da dor pós-operatória tais como: local, qualidade, intensidade, início, duração, fatores de piora ou melhora, padrão de instalação, fatores associados, duração e magnitude do alívio obtido. Segundo ela, dessa forma, é possível compreender o quadro algico, detectar complicações e realizar adequação do tratamento. Também indica o uso de escalas para avaliação da dor.

Todas as participantes do estudo referiram que uma das formas que utilizam para detecção da dor da criança é a observação da face, de sinais comportamentais, principalmente os movimentos dos membros e o choro:

...se for analisar, não é só o choro. Tem a face, a própria expressão corporal. Eu acho que é uma questão de visualização mesmo e de um pouco de conhecimento da criança. Se ela está a mais tempo, você

5 Resultados e Discussão

consegue diferenciar se é uma manha, se é falta da mãe...A própria expressão do choro, nos olhos, na face dela. Se é um bebê, os bracinhos e as perninhas nos mostram. Não sei explicar direito...Mesmo aquelas crianças encefalopatas, a face é bem característica de dor. Ao ser questionada sobre o que muda na face da criança indicando a dor disse que são os olhos, a forma como ela chora. Não sei explicar (Enfermeira 1, Hospital1).

A testinha é franzida. Para mim está com dor. Aquele olhinho apertadinho (Enfermeira 3, Hospital 1).

A expressão que ela faz. Tem a expressão mais serena, quando está mais calma. Quando está com dor mesmo ela está com cara de sofrimento, não é só tristeza, você vê que é uma face bem mais sofrida...a boca fica apertada, mais seca, os olhos ficam um pouco mais lacrimejando, os olhos pouco diminuídos, não ficam tão abertos (Enfermeira 13, Hospital 3).

Uma das entrevistadas referiu-se ao caso de uma criança de oito meses, encefalopata, dizendo que:

...não tinha reação nenhuma...mas quando estava com dor a gente sabia, porque ele chorava, soltava lágrimas. Então a gente medicava...Ele não tinha como expressar, era pela lágrima que a gente sabia que ele estava com dor (Enfermeira 11, Hospital 2).

Uma outra enfermeira reforçou essa afirmação quando disse:

...mesmo aquelas crianças encefalopatas, a face é bem característica de dor...eu acredito que são os olhos, a forma como ela chora...não sei explicar”(Enfermeira 1, Hospital 1).

Os parâmetros comportamentais apontados pelo estudo de Setz et al. (2001), já mencionado, como os mais utilizados pelos profissionais de saúde pesquisados também são semelhantes aos de nossa pesquisa: irritabilidade, agitação, inquietação, ansiedade, tensão, choro, expressão facial, olhar, posição corporal, extensão dos membros, reação da criança ao exame físico.

McGrath (1987), ao discorrer sobre técnicas de avaliação da dor da criança destaca que os profissionais de saúde podem interpretar o comportamento das crianças de maneiras diferentes. Ou seja, um comportamento que representa dor para um indivíduo pode representar ansiedade ou uma alteração emocional para outra pessoa. A autora afirma que a observação isolada do comportamento da criança como indicativo de dor, sem informações sobre seu comportamento habitual na vigência de dor e suas experiências dolorosas anteriores, pode levar a uma administração inadequada de analgésicos.

Vários depoimentos apontam a maior dificuldade em avaliar a dor dos bebês, principalmente pelo fato de não se expressarem por meio da fala:

...eu estou aprendendo ainda [avaliar a dor da criança], principalmente de for RN [recém-nascido], pela agitação, pelo choro. Nos maiorzinhos é mais fácil da gente detectar...pergunto se está com dor...ou pergunto onde dói... Mas em RN eu acho um pouco mais difícil (Enfermeira 3, Hospital 1).

Acho que a criança que não fala é mais difícil porque a criança não sabe dizer o que está acontecendo...A criança maior é mais fácil, ela diz o que está acontecendo para você, como um adulto (Enfermeira 10, Hospital 2).

O bebê vai ficar irritado, choroso, não vai ter o que console. De repente, pode ser só pela anestesia mesmo, então a gente avalia. Se passou aquele período, não melhorou, continua irritado, continua choroso, então a gente medica...O bebê que está sem dor é sereno, o bebê que está com dor não vai ter calma, ele vai ficar irritado, vai chorar ou não vai conseguir dormir...Então a gente percebe que tem a dor. Estamos com um bebezinho assim, aqui na unidade. A gente tem que ficar mais pertinho porque ele começa a ficar mais irritadinho, choroso. Só de manipular ele chora (Enfermeira 11, Hospital 2).

Várias entrevistadas afirmaram que o choro de dor é diferente dos demais tipos de choro:

É muito diferente...o choro de dor é um choro que você medicou e não pára; um choro continuado. Se você vai manipular ele chora forte. Eu diferencio assim: se for um choro de fome você vai por a chupeta ele vai ficar quietinho. Quieto nem tanto, mas ele vai diminuir o choro, ele vai dar um intervalo da fome, esperando ver se vem a mamadeira e dor não, eu acho que é um choro continuado, um choro sofrido (Enfermeira 2, Hospital 1).

Acho que nós estamos muito acostumados a ser notificados da existência da dor...E a forma é o choro, a fala, a verbalização e com os menores não tem muito isso. É uma questão de ficar mais atento...perceber a agitação, a expressão facial...e, geralmente existe também a questão do choro que é mais intenso também...mas na criança maior existe uma forma de comunicação mais fácil para nós...e, tentar perceber que o choro daquela criança é um choro relacionado à dor, eu acho que é um pouco de experiência, de estar observando a forma do choro. Isso também não deixa de ser uma forma de comunicação (Enfermeira 4, Hospital 1).

...o choro é de dor porque começam os olhos a ficar diferentes, tem um edema. Não é um choro de incômodo, é choro de dor (Enfermeira 13, Hospital 3).

Segundo McGrath (1998), sob o ponto de vista evolutivo o choro é um sinal que tem a vantagem, sobre todos os outros comportamentos, de poder ser percebido à distância. A autora afirma que o choro não pode ser considerado um sinal específico de dor, mas sim como um alerta geral de estresse que pode ser dor, fome, solidão ou cansaço. Prossegue esclarecendo que há duas grandes dificuldades no uso do choro como medida de dor; a primeira é que muitas crianças — mais de 50% em alguns estudos — não choram quando submetidas a estímulos dolorosos significativos, como uma agulhada. A segunda, refere-se à pouca ou nenhuma especificidade do choro como medida de dor. O choro de raiva ou medo, em geral, não pode ser distinguido do choro de dor. A autora apresenta um panorama de estudos que buscaram avaliar o choro como medida de dor, sendo que os resultados obtidos foram pouco conclusivos e alerta que o choro foi estudado somente em resposta a procedimentos com agulhas, inexistindo dados no uso do choro em dor de longa duração.

5 Resultados e Discussão

Encontramos relatos de enfermeiras que apontam o comportamento passivo, muito quieto, da criança, além do choro, como indicativo de dor:

Assim como tem criança que chora se tiver uma dor...Tem aqueles que ficam extremamente quietinhos, hipoativos. E o que vai me sugerir alguma coisa é a frequência cardíaca. Fica mais taquidispneico (Enfermeira 3, Hospital 1).

...você percebe mudança no comportamento dela. Uma criança mais quietinha fica mais agitada ou inquieta...às vezes é uma criança quietinha, não chora, não fala ainda, só o olhinho dela. Por ela segurar a mão da mãe, de querer que a mãe fique perto, a gente já percebe que ela está sentindo dor (Enfermeira 9, Hospital 2).

Esses depoimentos têm amparo na literatura, sendo que Herr et al. (2006), ao sugerirem princípios a serem utilizados na avaliação da dor de crianças pequenas que não têm habilidade verbal para comunicar sua dor, lembram que o sono e um comportamento retraído podem indicar um esforço da criança para controlar sua dor através da limitação de suas atividades e de sua interação social.

Segundo McGrath (1987), o comportamento das crianças não são expressões simples e diretas da qualidade ou intensidade de sua dor. A resposta comportamental a um estímulo doloroso é influenciada por fatores do desenvolvimento e aprendizado, refletindo a totalidade de sua experiência dolorosa, os aspectos sensoriais e emocionais intrínsecos a essa experiência. A autora afirma que uma criança com ampla experiência dolorosa, que aprendeu a enfrentar sua dor, pode não apresentar o mesmo comportamento de sofrimento a um estímulo doloroso que uma criança com menos experiência de dor.

A maioria das entrevistadas dizem que é mais fácil avaliar a dor das crianças maiores, que verbalizam suas queixas, apontando os sinais característicos da dor:

Se for uma criança maior que fala, vai se manifestar que está com dor, vai falar. Ou, se está sonolenta, você vê pela carinha que não está

muito boa ou está agitada...Ela fica meio enrrugadinha [a face da criança], meio triste. Não sei descrever direito (Enfermeira 8, Hospital 1).

A dor é uma experiência subjetiva, portanto, o auto-relato é a melhor forma para sua avaliação mesmo no caso de crianças. Porém, a cognição está adequadamente desenvolvida para identificar intensidade da dor por volta dos 3 a 4 anos de vida, e mesmos assim, com um repertório restrito — pouco, muito. Conforme vão avançando em idade entendem melhor o conceito de ordenação numérica crescente, sendo que escolares e adolescentes conseguem detalhar melhor a intensidade, qualidade e localização da dor (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Para McGrath e Finley (2000), quando uma criança está com febre sua temperatura é medida; uma criança obesa é pesada e medida regularmente; uma criança diabética terá índice glicêmico constantemente medido. Essa lógica porém, não se aplica à dor. Muitas vezes, mesmo quando há suspeita de que a criança está sofrendo, sua dor não é medida. Ao não medirmos a dor, impedimos que a criança receba uma assistência adequada e agimos como se ela não existisse.

Em alguns trechos das entrevistas notamos que as enfermeiras, não utilizando escalas de avaliação de dor pediátrica, deduziam, por eliminação, que a criança estava com dor. Essa estratégia incluía, entre outros cuidados, oferecer alimento, trocar as fraldas ou encaminhar ao banheiro, mudar a posição. Caso a criança continuasse chorando, concluíam que ela sentia alguma dor. Os depoimentos a seguir apontam como isso ocorre:

...quando você está com dor, nada está bom. Mesmo dando comida ou mamadeira ou brincando, não se consegue aliviar (Enfermeira 1, Hospital 1).

...primeiro tentar conversar com a criança porque, às vezes, não é dor na cirurgia. Às vezes, é alguma coisa que você deixa a criança mal acomodada, alguma coisa em baixo da criança. Então, a gente tenta

ver tudo, acesso venoso. Tenta ver tudo isso antes de caracterizar mesmo que seja dor da incisão (Enfermeira 3, Hospital1).

Eu acho que depende muito da idade. Se é um bebê novo que está dormindo e calmo, subentende-se que está sem dor. Se está muito choroso, geralmente eles sentem muita dor por não conseguir fazer xixi, então a gente vê se não é isso e vai eliminando. Se as coisas prováveis não resolverem a gente sabe que está com dor ...se quer fazer xixi, e não tem nada incomodando. Às vezes é um mau posicionamento que pode estar incomodando. Acho que é mais isso mesmo: posicionamento, fome. É duro por causa do jejum. Tem cirurgia que tem que permanecer em jejum. Mas a gente vai eliminando e se não resolver sabe que é dor intensa mesmo (Enfermeira 14, Hospital 3).

Novamente as falas apontam que a avaliação da dor é realizada pelas enfermeiras de maneira assistemática, com a utilização de conhecimento empírico. Embora as enfermeiras expressem tentativas de solução para o problema, por não utilizarem formas mais rápidas e precisas na avaliação e no manejo da dor tardam em identificá-la e controlá-la. Esses achados se opõem à posição que Silva e Pimenta (2003b) defendem. As autoras acreditam que a adoção de um padrão de avaliação diária específico sobre a dor do paciente pode contribuir para o aperfeiçoamento da assistência de enfermagem. De acordo com Pimenta (2002), o simples registro da presença ou ausência de dor é insuficiente para que possamos compreender o quadro doloroso e proceder ao ajuste do uso de analgésicos. Na opinião da autora, que também compartilhamos, é preciso estabelecer a periodicidade, o conteúdo da avaliação e o registro da experiência dolorosa.

Várias das entrevistadas afirmaram acreditar no relato de dor da criança:

Ela [a criança] fala que está doendo e eu sempre acredito, porque ela não vai mentir, ainda mais em hospital. Ela está sentindo dor mesmo (Enfermeira 5, Hospital 1).

Tem que acreditar que a criança não mente. A gente tenta acreditar que realmente ela esteja referindo a verdade (Enfermeira 11, Hospital 2).

...tem crianças que fazem cirurgias bem simples e já sentem dor...procuro valorizar muito o que elas falam. Pergunto onde dói, peço para me mostrar, pergunto se a posição está ruim. Eu procuro ajeitar da melhor forma possível (Enfermeira 12, Hospital 2).

Para Langdon (2003), precisamos enxergar os pacientes como seres humanos que retêm informações importantes sobre suas aflições. O autor considera ser necessário que o profissional ouça o paciente, permitindo que ele fale sobre sua experiência e se expresse sobre o que está acontecendo e como percebe seu corpo e o significado da doença. Além do que, a comunicação entre o paciente e os profissionais que o assistem é importante para a compreensão do quadro doloroso e de seu alívio (SILVA; PIMENTA, 2003b).

Vários autores (GUIMARÃES, 1999; HELMAN, 2003; LANGDON, 2003; MIASKOWSKI, 1993; MORRIS, 1993; PIMENTA; PORTNOI, 1999; SARTI, 2001; SILVEIRA, 2003; TEIXEIRA; OKADA, 2003; TENGAN, 2003) já citados no Quadro Teórico deste estudo, enfatizam que os profissionais de saúde necessitam compreender os significados de dor atribuídos pelos pacientes e familiares para melhor atendê-los.

Sarti (2001), ao discorrer sobre o tema, afirma que embora singular para quem a sente, a dor, como qualquer experiência humana, pode ter seu significado compartilhado, visto que é uma realidade coletiva. No entanto, ressalta que, mesmo quando dizemos que 'entendemos a dor do outro' nunca teremos certeza que o que atribuímos ao outro, corresponda exatamente ao que ele atribui a si mesmo.

Encontramos muitas referências ao importante papel exercido pelos pais na avaliação e controle da dor pós-operatória:

É muito importante, apesar de que, muitas vezes, o acompanhante, ele é colocado como extremamente preocupado...a mãe vai conhecer muito mais a criança do que eu...e a mãe é que sinaliza: olha, eu acho que a criança está com dor porque está assim e não era assim. Está mais chorosa ou não está dormindo, está se movimentando demais (Enfermeira 1, Hospital 1).

A família é fundamental. Se fosse como antigamente que ficavam só as crianças e não tivesse a família acompanhando, não saberia te dizer como faria a avaliação e controle da dor dessa criança (Enfermeira 6, Hospital 3).

Às vezes, acontece do pai falar que a criança está chorosa e que em casa não é desse jeito, que só quer ficar deitada. E, à vezes, acontece o contrário, a criança está bem, a gente vê que a criança está conversando, rindo, brincando e os pais falam que ela está com dor (Enfermeira 9, Hospital 2).

Se ela não fala [a criança], fica mais difícil e, se a mãe não está junto fica mais difícil ainda para identificar [a dor]. Então, quando a mãe está é mais fácil, porque ela está vinte e quatro horas com a criança, então consegue avaliar melhor e isso me ajuda nessa avaliação...por mais que estejam em um processo alterado, emocionalmente, elas [as mães] ajudam...Mesmo as que dão mais trabalho, sempre ajudam. Porque não tem como ficar lá no quarto durante o período todo e as funcionárias também não, então, quem vai ajudar é a mãe (Enfermeira 10, Hospital 2).

Os depoimentos indicam que as enfermeiras valorizam a presença dos pais, especialmente da mãe junto à criança para auxiliá-las na avaliação e controle da dor. No entanto, expressam também descontentamento em relação a determinadas atitudes dos pais durante a hospitalização de seus filhos. Observa-se que, em alguns momentos, a mãe é um fator que dificulta o manejo da dor. Em estudo realizado por Simons e Roberson (2002) com 20 pais e 20 enfermeiras de um hospital do Reino Unido, que teve como objetivo explorar as percepções desses dois grupos no manejo da dor pós-operatória de crianças, foram identificados problemas semelhantes. A pesquisa revelou que os pais expressaram sentimentos de culpa e tristeza, mesmo entendendo de forma racional que a cirurgia era necessária, os pais questionaram se tinham o direito de consentir com o procedimento cirúrgico. Alguns desses pais consideraram que a dor de seu filho era maior do que a maioria das pessoas vivenciava durante toda a vida e esperavam que ele não passasse por esse tipo de experiência novamente. As autoras atribuíram à permanência dos pais durante a maior parte do tempo, a atitude das enfermeiras de considerar que o

monitoramento da dor das crianças é papel dos pais.

Quando perguntadas se valorizavam o relato dos pais a respeito da dor de seus filhos, as enfermeiras foram unânicas em responder afirmativamente, alguns depoimentos, porém, foram contraditórios:

Por mais que a gente estude, quem conhece muito bem o filho é a mãe. Até na questão de aclamar a criança...Se está naquele momento de desespero, que nada acalma, a mãe chega, é remédio (Enfermeira 3, Hospital 1).

Eu sempre valorizo. Porque ninguém conhece mais a criança do que a própria mãe...sempre quando ela fala...que a criança deve estar com dor, que ela está agitada ou que está com dor mesmo e já vem pedindo a medicação também...a gente não fica questionando muito. Existe um entendimento de que ela está correta (Enfermeira 4, Hospital 1).

Às vezes a gente acredita, depende da mãe. Tem mãe que a gente não pode dar ouvidos, e tem mães que são mais atenciosas, tem mais zelo pela criança e tem mãe que não está nem aí. Então depende da mãe (Enfermeira 7, Hospital 3).

Ninguém é melhor que a mãe para conhecer o seu filho...no pós-operatório...a tendência é sentir dor mesmo porque é um procedimento invasivo, é uma agressão...A mãe não costuma mentir...você avalia todo um contexto. Costumo respeitar a opinião da mãe também (Enfermeira 15, Hospital 2).

Simons e Roberson (2002), em estudo já mencionado, concluíram que a comunicação deficiente entre pais e enfermeiras e o conhecimento deficiente das últimas sobre o manejo da dor das crianças criavam obstáculos para o manejo efetivo da dor. Concordamos com as autoras quando afirmam que se as enfermeiras não têm um bom nível de conhecimento sobre o manejo da dor, os pais podem ser menos confiantes na qualidade da assistência de enfermagem.

Herr et al. (2006) ao indicarem recomendações clínicas para a avaliação da dor em pacientes que não têm habilidades verbais, entre eles crianças e pacientes entubados, afirmam que os pais em geral conhecem o

5 Resultados e Discussão

comportamento usual de seus filhos frente a dor e podem identificar comportamentos específicos de cada criança e que estes podem ser incluídos na avaliação da dor. Os autores mencionam que a *National Association of Neonatal Nurses* (NANN) recomenda que as escalas comportamentais de dor sejam explicadas aos pais e eles devem ser incentivados a participar ativamente na identificação da dor e na avaliação da resposta de seus filhos às intervenções.

Segundo Kleinman (1980), o encontro entre médicos e pacientes e suas famílias, ocorre entre ‘experts’ e os que são ‘leigos’, pois o papel do médico é ‘dizer ou dar ordens aos pacientes’, e o papel dos pacientes é ‘ouvir passivamente e obedecer’. Para o autor, essa postura equivocada ainda pode ser encontrada, pois persiste a crença de que o médico é o agente do conhecimento científico e é o maior responsável pelo cuidado do paciente.

Uma das entrevistadas percebeu mudança em sua percepção quanto ao papel da mãe junto à criança hospitalizada após ela própria ter se tornado mãe:

Mudei muito [depois da maternidade] ...comecei a ver melhor o lugar da mãe...antes de eu ser mãe, eu achava que era só coisa da mãe. Mas agora, começo a entender melhor a mãe...a própria ansiedade dela de querer ver a criança melhorar...Até as meninas [funcionárias] dizem que mudei...Porque além de ver o lado da criança, também vejo o lado da mãe (Enfermeira 6, Hospital 3).

Essa última fala corrobora as reflexões apresentadas no Quadro Teórico que apontam a elaboração do sentido de dor atrelada ao momento histórico vivido pelo sujeito. Neste caso em particular, a enfermeira, ao desempenhar o papel de mãe e, conseqüentemente, deparar-se com situações dolorosas vivenciadas pelo seu próprio filho, ampliou sua percepção de dor e passou a compreender melhor os sentimentos das mães em situações semelhantes, possivelmente, através de um processo de identificação entre outros.

Também no capítulo a que nos referimos, apresentamos a representação sociocultural da dor, entendendo que não podemos limitar a visão do fenômeno doloroso apenas à sua dimensão física, concreta. Desse modo, precisamos, ao cuidar da criança com dor, buscar conhecer sua família e a maneira como enfrentam essa situação em particular, levando em conta as diversas variáveis que influenciam a percepção da dor pelos indivíduos.

Nos valem das palavras de Oliveira (2002) para esclarecer que o encontro de culturas está presente sempre quando um indivíduo procura alívio para os seus problemas de saúde, sendo esse encontro contínuo e dinâmico. Acrescentamos que a família não pode ser ignorada nesse processo de cuidado, pois é com ela que a criança constrói seu sentido de dor.

Várias das entrevistadas perceberam a forte influência exercida pela família no comportamento das crianças hospitalizadas em face da dor:

...quando a mãe está muito estressada é complicado, porque daí parece que a dor é da mãe e não da criança...por mais que você faça, que você tente amenizar a situação, se a mãe estiver muito ansiosa é complicado (Enfermeira 3, Hospital 1).

...os pais que são ansiosos, as crianças também são estressadas...Esta semana nós vimos duas crianças cardíacas [idades semelhantes, mesma cirurgia] ...Uma a mãe era tão calma que parecia, às vezes, que não tinha criança no quarto. A outra, a mãe era tão nervosa que a criança chorava o tempo todo...começava com uma taquicardia, era bem diferente. Eram dois pós-operatórios, mas diferentes, tanto que o outro foi embora bem mais cedo (Enfermeira 13, Hospital 3).

No entender de Oliveira (2002), aprendemos a ficar doentes, pois nosso meio social influencia diretamente a forma como sentimos as doenças, expressamos seus sintomas e utilizamos os recursos de cura disponíveis. Lembramos que, entre os sintomas, a dor é um dos mais freqüentes, portanto, sua manifestação também é aprendida socialmente. O autor adverte que, apesar do auxílio da perspectiva antropológica no entendimento desses fenômenos, o modelo biomédico é hegemônico, levando a

uma visão reducionista da doença, que considera apenas o processo biológico. Destacamos novamente que também a dor precisa ser considerada em seus vários aspectos e não somente como uma sensação física.

O modo como as pessoas vivenciam sua doença depende das crenças aprendidas anteriormente e que são reconstruídas a cada nova experiência (WRIGHT et al., 1996). Em relação às crianças, Lotufo Neto et al. (2005) lembram que elas são influenciadas pelo modo como sua família reage à dor, sendo que algumas têm intensas reações a pequenos ferimentos e outras apenas esboçam uma reação.

A equipe multiprofissional que atende os pacientes com dor deve buscar, além do seu alívio, a normalização das funções psíquicas e operacionais dos diferentes sistemas e aparelhos e a correção dos desajustamentos familiares e sociais que contribuem para o sofrimento (TEIXEIRA; VALLE, 2005).

Pölkki et al. (2002), realizaram estudo em cinco hospitais universitários da Finlândia com o objetivo de descrever a visão dos pais de 192 crianças hospitalizadas quanto aos fatores que influenciavam sua participação nas medidas de alívio da dor pós-operatória de seus filhos de 8 a 12 anos e quanto às recomendações dos profissionais de saúde sobre como aliviar a dor dessas crianças. Os resultados indicaram que os sentimentos verbalizados pelos pais durante a hospitalização de seus filhos foram: preocupação, medo, ansiedade, impotência. Para os autores, esses sentimentos podem afetar a capacidade dos pais em apoiar seus filhos durante as experiências dolorosas. Sugerem que os profissionais de saúde devem estar mais atentos quanto a fornecer aos pais informações suficientes e compreensíveis, além de proporcionar a eles suporte emocional. Os pais também devem ser esclarecidos quanto aos seus papéis no alívio da dor das crianças.

O uso de estratégias não-farmacológicas é ainda limitado entre as enfermeiras pesquisadas, fato este que pode ser percebido em suas falas:

A gente procura...até para ser se realmente é dor...tentar distrair a criança com algum brinquedo, porque pelo período de internação, pelo local, pessoas diferentes, isso também interfere...a gente procura tentar distrair um pouco a criança para ver e analisar de realmente é dor que ela está sentindo. Caso contrário, a gente medica mesmo (Enfermeira 1, Hospital 1).

A mesma enfermeira lembrou uma experiência que teve com uma criança que, tendo sofrido grande lesão no pé por atropelamento, submetera-se à cirurgia e estava com fixadores. Diariamente, fazia um curativo extenso na área e, conforme seu relato:

...era um curativo que a gente precisava dar um analgésico potente, porque era um curativo doloroso. E eu conversava muito com ele. E foi toda uma situação, que eu fazia o curativo, explicava para ele como ia fazer, que ia jogar uma agulha, que ia passar um paninho, e o que ele poderia sentir, que ele ia falando. foi uma experiência muito legal. E ele já sabia que ia doer, e pedia o remédio para aliviar a dor, e pedia para eu fazer com cuidado (Enfermeira 1, Hospital 1).

A enfermeira enfatizou a importância de conversar com a criança antes e durante a realização do procedimento, buscando conquistar sua confiança, para a ela

acreditar naquilo que você estava falando. Como exemplo, um curativo, que não deve doer, mas entre eu falar e acreditar, tem uma grande diferença, então para ganhar essa credibilidade, fazia um vínculo, com conversas e distrações (Enfermeira 1, Hospital 1).

Essa experiência motivou-a a elaborar um trabalho que foi apresentado em um evento científico na área de psicologia hospitalar sobre os aspectos emocionais envolvidos na relação entre os dois. Mais de um ano após a alta, a criança foi novamente hospitalizada e pediu às auxiliares que queria revê-la. E relatou:

foi uma experiência muito gostosa. Eu cheguei na enfermaria e perguntei: você sabe quem eu sou? E ele disse: você é a! Acho que é nesse aspecto que a gente vê o que conseguiu fazer para não deixar um trauma maior (Enfermeira 1, Hospital 1).

5 Resultados e Discussão

Outros exemplos de estratégias não-farmacológicas para o controle da dor foram mencionados:

Uma menininha tinha uma dor na perna que a gente envolvia tudo com atadura. Aliviava a dor dela...ela ficava mais calma (Enfermeira 3, Hospital 1). Essa mesma entrevistada mencionou que procura não puncionar a veia naquela mão que a criança chupa o dedo, pois esse hábito ajuda no enfrentamento da dor, acalmando a criança.

Em caso de cólica de bebê, às vezes quando não passa de uma forma imediata ou até esperar a ação do medicamento ou, se esse medicamento não está prescrito, até que seja prescrito e realizado aí, geralmente, é a massagem, é exercício...essa questão de estar proporcionando uma distração, um brinquedo...é uma coisa que eu não faço (Enfermeira 4, Hospital 1).

Essa entrevistada fez um '*mea culpa*', reconhecendo que fazia pouco uso de estratégias não-farmacológicas: *...a gente vai conversando [durante a entrevista], vai lembrando que tem coisas que você poderia fazer e que não necessariamente teria que ir só para a medicação (Enfermeira 4, Hospital 1).*

Uma das entrevistadas também verbalizou que poderia tentar outras medidas para alívio da dor antes da administração de analgésicos e admitiu: *...sou meio dependente da medicação. Eu não utilizo outras coisas [para alívio da dor]. Faz pouco tempo que parei para pensar nisso e, eu estou a pouco tempo aqui e a gente só faz medicação. Raramente a gente faz uma bolsa de água quente (Enfermeira 8, Hospital 1).*

Outra enfermeira exemplificou o caso com o uso de uma estratégia não-farmacológica que ela mesma empregou recentemente:

...a criança estava com dor...mesmo com a medicação...abri um pouco a atadura para vê se estava comprimindo. Talvez nem era por isso...só o fato de ter ido lá, ter aliviado um pouquinho, porque tinha muita atadura e a criança já acalmou. Até a mãe falou: pode ser isso mesmo...ter dado atenção para a criança, ela já se sentiu mais tranqüila e sem dor...quanto aos brinquedos, nós temos muito pouco (Enfermeira 11, Hospital 2).

Pedir a ajuda da mãe é uma das estratégias mencionadas pelas enfermeiras para acalmar a criança. Entre as ações sugeridas à mãe encontramos: pegar a criança no colo, levá-la para passear, tentar distraí-la com a televisão:

...às vezes é uma criança que queixa de dor de barriga, a gente fala: mãe, passa a mão na barriguinha dela...às vezes fazendo a massagem com carinho...não precisa medicar...uma criança que está com dor na barriguinha e quer fazer xixi, a gente pede para a mãe fazer uma compressa fria ou quente, dependendo da situação; ensina, molha para ela, dá na mão dela...se não melhorar mesmo, a gente volta a medicar (Enfermeira 2, Hospital 1).

Criança é muito difícil quando está com dor, não querem que nem chegue perto. Mas a gente tenta conversar, brincar, tenta de alguma maneira se aproximar. Às vezes eles têm algum bichinho no quarto, a gente tenta mexer no bichinho deles...mas logo começam a chorar, reclamar (Enfermeira 9, Hospital 2).

De acordo com a teoria da porta de controle, o fenômeno dor possui componentes sensório-discriminativos, motivacional-afetivos e cognitivo-avaliativos. Essa teoria, mais do que qualquer outra, enfatiza o grande número de variáveis psicológicas e como elas afetam a reação à dor. Portanto, hipnose, redução da ansiedade, dessensibilização, distração e outras abordagens comportamentais podem ser alternativas efetivas e suplementares à farmacologia e cirurgia no controle da dor (WEISENBERG, 2000).

Para Pölkki et al. (2003b), a administração de medicamentos é a base para o alívio efetivo da dor, mas em virtude da dor ser mais que meramente uma experiência sensorial, outros métodos de alívio são parte importante do cuidado ao paciente pediátrico. Chamam a atenção para o fato que o alívio da dor deve incluir também métodos não-farmacológicos.

Numa revisão da literatura tailandesa sobre o manejo da dor de recém-nascidos submetidos à punção do calcâneo para obtenção de amostra de sangue, os achados indicaram que intervenções não-farmacológicas realizadas pela enfermagem são benéficas e seu efeito varia de acordo com cada criança.

Sugerem que as enfermeiras devem aperfeiçoar seus conhecimentos e habilidades na avaliação da dor e na utilização de estratégias não-farmacológicas (PRASOPKITTIHUN; TILOKSKULCHAI, 2003).

Estudo realizado por Leite (2005) no ambulatório de um hospital universitário de Ribeirão Preto - SP teve como objetivo a avaliação do efeito da amamentação no alívio da dor dos recém-nascidos a termo (grupo-experimental: n = 31), durante a coleta de sangue para a triagem neonatal em comparação com os não amamentados (grupo-controle: n = 29). Foram avaliadas, através de filmagem, as manifestações comportamentais dos 2 grupos de recém-nascidos — estado de consciência, mímica facial, comportamento de auto-regulação dos bebês, comportamento materno, sucção e frequência cardíaca. A autora concluiu que a amamentação materna é eficaz na redução das respostas relacionadas à dor decorrente da coleta de sangue para o *Teste do pezinho*, já que os resultados apontaram diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais dos recém-nascidos do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas do grupo controle.

Entre as recomendações de Pölkki et al. (2002), no estudo já mencionado, os pais devem receber mais orientações quanto ao uso de estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor pós-operatória de seus filhos hospitalizados.

Outras estratégias não-farmacológicas podem ser empregadas no alívio da dor (p.ex., a música). Hatem et al. (2006) estudaram o efeito da música em crianças brasileiras em pós-operatório de cirurgia cardíaca, internadas em UTI pediátrica, em ensaio clínico aleatorizado e controlado por placebo. Verificaram que a música tem efeito benéfico, pois encontraram diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e o experimental, o que demonstra a diminuição da dor e da ansiedade no pós-operatório imediato.

O uso de medicamentos para o alívio da dor foi mencionado por todas as entrevistadas, tendo sido citado inúmeras vezes. Elas também apontaram a insistência dos pais em pedir que as crianças sejam medicadas:

...se for a mãe ou o pai...uma pessoa apavorada...a gente medica cada cinco minutos...você medicou mas não parou [imita um pai]...eles a cada cinco minutos estão aqui no postinho perguntando se não vai medicar de novo e, a gente pede para esperar, dar um tempo, depois de medicar duas, três vezes...eles querem medicar porque, às vezes, estão com sono, querem dormir ...por eles você coloca uma novalgina a cada uma hora (Enfermeira 2, Hospital 1).

...você vai e faz o analgésico que não é tão potente, só que é um analgésico. Depois de meia hora a mãe vem e diz que não melhorou, pede para ligar para o médico e se tem outra medicação. A gente tenta a segunda mas não dá certo...a gente liga para o médico e vai atrás. Mas o processo não é fácil. A mãe está ansiosa e te pressiona, a criança gritando de dor...às vezes não se consegue falar com o médico e se passam duas ou três horas...e acham [os pais] que a nossa assistência é falha (Enfermeira 12, Hospital 2).

...a mãe se não viu o medicamento, então para ela a dor não passou, mesmo que a criança parou de chorar, se a criança não reclamou mais. Daí a mãe diz: mas você não medicou ainda. E acaba tendo que fazer [a medicação] do mesmo jeito. A gente conversa, brinca, a gente fala, mas tem que ter medicamento, senão não é resolvido (Enfermeira 13, Hospital 3).

Esses depoimentos denotam o preparo inadequado das enfermeiras e dos outros membros da equipe de enfermagem no atendimento às mães que demonstram ansiedade durante a hospitalização de seus filhos. Em momento algum questionam se estão agindo adequadamente nessas situações ou se estão fornecendo às mães o apoio e as orientações suficientes para facilitar o enfrentamento dessa experiência estressante por elas. Talvez não percebam que a dor emocional dos pais precisa ser valorizada e amenizada, pois tem grande influência no comportamento de seus filhos.

Segundo Mc Lellan (2004), o desenvolvimento de um plano de manejo efetivo da dor requer o monitoramento dos tipos de analgésicos

5 Resultados e Discussão

utilizados, a seleção do regime de manejo da dor, e conhecimento e atitudes dos pacientes. Para isso, a enfermeira deve estar capacitada quanto ao manejo da dor e ser capaz de educar os pacientes e provê-los com meios de descrever a sua dor. Isso significa o uso de ferramentas de avaliação formal da dor mais do que se basear em comportamentos não-verbais. Podemos acrescentar que, no caso dos pacientes pediátricos, a educação e o apoio a que se refere a autora deve ser realizada também com a família da criança.

Com relação ao registro da dor pós-operatória nos prontuários dos pacientes as enfermeiras assim relataram:

Sempre. É uma das coisas que sempre coloco é 'criança referindo dor'. Se é recém-nascido ainda, coloco que a mãe refere que quando manipula, a criança sente dor. Sempre coloco (Enfermeira 13, Hospital 3).

Sim. Principalmente a dor. Sem queixas algicas ou queixando-se de dor. A gente sempre relata [registra] (Enfermeira 11, Hospital 2).

Eu costumo registrar se a criança refere dor ou se a mãe refere que a criança está se queixando de dor ou está chorosa por dor. Eu costumo registrar sim...se foi medicada ou se a gente tenta outras opções, se foi oferecido alimentação. Eu costumo relatar sim. (Enfermeira 12, Hospital 2).

Alguns relatos indicaram que as entrevistadas realizavam o registro condicionado à administração de algum analgésico à criança:

Não é sempre não [que faz o registro da dor]. Mas na médica [prescrição médica] eu sempre registro, porque a gente medicou e coloco que medicou e porque medicou (Enfermeira 3, Hospital 1).

A gente acaba relatando [registrando] mesmo na evolução de enfermagem 'avaliado a criança, naquele momento sentiu dor, medicada conforme prescrição médica, comunicado ao médico', se comunicamos, senão, a gente só evolui na prescrição (Enfermeira 7, Hospital 3).

Também registro [a dor]. Mesmo porque se não foi feito nenhuma medicação, registro alguma conduta que tomei ou as orientações que

fiz para a mãe ou para o pai ou para quem estiver com a criança
(Enfermeira 15, Hospital 2).

Os relatos se alteram quando perguntamos às entrevistadas sobre o registro do resultado das medidas adotadas para o alívio da dor da criança no pós-operatório:

Vou ser franca, honesta e sincera. Se com o primeiro analgésico passou [a dor], a gente não registra, mas se tiver que fazer dois analgésicos a gente registra sim (Enfermeira 3, Hospital 1).

Muitas vezes não tenho tempo de registrar, mas pergunto para a mãe se melhorou ou não e, se não melhorou, o que podemos fazer. Para a mãe a gente precisa dar esse feedback (Enfermeira 10, Hospital 2).

Isso com certeza. Porque é um respaldo [legal] para a gente também
(Enfermeira 11, Hospital 2).

Sim. Depois de passado algumas horas, a gente diz [registra] se permaneceu com dor ou se teve melhora. A gente tem registrado
(Enfermeira 14, Hospital 3).

No geral, as falas sobre o registro da dor e seu alívio corroboram os dados encontrados nos prontuários pesquisados pois poucos foram os registros feitos pelas enfermeiras que indicavam a presença e caracterização da dor, bem como o resultado da medicação ou da aplicação de medidas não- farmacológicas para seu alívio (Tabelas 5.11 e 5.12).

Dados semelhantes foram obtidos por Silva e Pimenta (2003b) em estudo já citado, que revelou a pouca referência sobre dor e suas características, até mesmo na evolução de enfermagem de pacientes internados tão somente para o controle da dor.

É importante frisar, que o simples registro da presença ou ausência de dor é insuficiente para que possamos compreender o quadro doloroso e proceder ao ajuste do uso de analgésicos. Também é preciso

5 Resultados e Discussão

estabelecer a periodicidade, o conteúdo da avaliação e o registro da experiência dolorosa (PIMENTA, 2002), conforme já mencionado.

Também perguntamos às enfermeiras se, na passagem de plantão, os aspectos relacionados à dor eram ressaltados. Todas responderam afirmativamente, o que pode ser comprovado em alguns dos depoimentos:

Na pediatria principalmente, porque agora estamos tendo bastante criança cirúrgica...a gente sempre coloca [na passagem de plantão] (Enfermeira 9, Hospital 2).

O que a gente mais passa é se a criança teve dor ou não teve, como foi a noite...a gente passa (Enfermeira 13, Hospital 3).

Sim. A gente passa. É importante. Se a criança estava com dor, o que a gente fez para melhorar. Até para o médico ter conhecimento disso, o que a gente fez para interferir que melhorou a dor (Enfermeira 14, Hospital 3).

Na passagem de plantão, sinceramente, acredito que valeria muito a pena se ressaltássemos muito mais os aspectos da dor, das intercorrências que teve com a criança. Muitas vezes nós falamos no plantão...se teve dor, se foi medicado, qual a medicação dada a ela, mas nós não nos aprofundamos mais nesse aspecto de estar falando um pouco mais sobre a dor, sobre o que aconteceu e como foi. É muito sucinta a nossa passagem de plantão, eu acredito que nós poderíamos melhorar muito mais (Enfermeira 15, Hospital 2).

De acordo com Pimenta (2002), é preciso estabelecer um fluxo de comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e entre os outros profissionais de saúde. Segundo a autora, de nada adianta a identificação da dor se essa informação não circula entre os profissionais ou circula de maneira inconstante e lenta, pois assim, a adequação terapêutica fica comprometida. Ao estabelecer um fluxo de comunicação entre os profissionais, a enfermeira proporciona agilidade nos ajustes necessários para obtenção do alívio da dor do paciente.

Questionadas quanto à sua segurança na avaliação e controle

5 Resultados e Discussão

da dor pós-operatória da criança, a maioria verbalizou sentir insegurança, como podemos atestar nas declarações a seguir:

Eu não acho assim fácil. Você tem que ter experiência. Não é qualquer um que vai lá e vai ver que a criança está com dor. Eu também, às vezes, posso estar errada. Mas, para mim, não é assim tão difícil, mas também não posso dizer que é fácil (Enfermeira 2, Hospital 1).

Dos recém-nascidos eu ainda não me sinto segura. Não sei se é porque eles choram muito mais...se agitam mais...[com as crianças maiores] eu me sinto mais segura porque eles dão uma resposta mais rápida. Você faz um analgésico, se não passar a dor eles continuam chorando ou falam que estão com dor, diferente do RN ou da criança menor que não fala ainda (Enfermeira 3, Hospital 1).

Depende muito da idade. Quando é menor a gente tem uma certa dúvida. Às vezes a gente medica para acalmar...é mais fácil lidar com a criança maior por ela se manifestar e falar (Enfermeira 8, Hospital 1).

Segurança mesmo, assim, acho que não...Por falta de aprofundamento na questão da dor da criança...é mais complicado que no adulto...a criança que não fala é mais difícil...não sabe dizer o que está acontecendo...A criança maior é mais fácil, ela diz o que está acontecendo para você, como um adulto (Enfermeira 10, Hospital 2).

Eu não tenho dificuldade...Para mim é tranquilo. Nunca tive problema em ter que reavaliar se a conduta que tomei não ajudou tanto a criança no alívio dessa dor. Não tenho problema nenhum em ter que ligar para o médico ou tomar outro tipo de conduta...O importante para mim é poder, se não conseguir tirar totalmente, mas pelo menos aliviar bastante a dor da criança (Enfermeira 15, Hospital 2).

Encontramos depoimentos contraditórios relacionados a esse ponto em duas entrevistas. Num primeiro momento, a enfermeira revelou que algumas vezes solicitava ajuda das funcionárias do setor para avaliar a dor da criança, pois não estava convicta do que se passava:

Dependendo da criança sim [se sente segura na avaliação da dor]. Dependendo, eu acabo entrando em contato com as meninas [auxiliares e técnicas de enfermagem] da equipe para avaliarem se é dor mesmo ou é só manha. Às vezes, elas falam que a criança está

chorando realmente de dor e pedem para medicar ou pedem para eu ir lá avaliar. Então, a gente conta com a equipe, porque às vezes eu acho que é uma coisa e elas acham que é outra...a gente sempre troca idéias. Mas a criança chora mesmo e se vê que está com dor a gente medica (Enfermeira 7, Hospital 3).

Em outro momento da entrevista, essa enfermeira, ao mesmo tempo que afirmava ter segurança quanto à avaliação da dor, deixava transparecer uma certa insegurança, valendo-se da medicação como recurso para ajudá-la:

...eu me sinto segura sim. Quando eu acho que tem dor, acabo medicando. Prefiro não correr o risco de deixar ela [a criança] sentindo dor, do que pensar que poderia ter feito a medicação em tal horário e ela estaria mais tranqüila. Mas, não tenho problemas para avaliar (Enfermeira 7, Hospital 3).

A outra enfermeira que fez declarações antagônicas quando perguntada sobre sua segurança na avaliação e controle da dor da criança, inicialmente deu o seguinte depoimento:

Nem sempre [se sente segura]. Porque a única coisa que a gente tem para ver em uma criança que não fala, só tem a face, então você acredita no que está vendo. E, as que falam, é mais fácil de se avaliar uma dor. E, também não dá para saber em que escala ela está sentindo. Você tem que...falar assim: a dor está intensa, está fraca. Cada um tem um nível crescente, a gente nunca sabe... (Enfermeira 13, Hospital 3).

Na seqüência, quando novamente questionada sobre o mesmo tema, mudou seu discurso:

Eu ultimamente ando tendo [segurança na avaliação da dor]. Eu sei que a criança está com dor. Antes não era tanto assim. Com o tempo eu acabei vendo se realmente isso é dor ou não é dor...ultimamente eu sei. Vejo e falo: essa criança está com dor (Enfermeira 13, Hospital 3).

Os depoimentos contraditórios ou baseados unicamente no senso comum indicam o despreparo das enfermeiras no manejo da dor

pediátrica pós-operatória. A maioria das crianças submetidas a cirurgia estão em estágio pré-verbal ou possuem linguagem ainda pouco desenvolvida o que torna o panorama mais preocupante. Nos juntamos a Herr et al. (2006), em seu alerta sobre o grande risco que correm os indivíduos sem habilidade de comunicar seu desconforto de receberem analgesia inadequada. Esses pacientes necessitam formas de avaliação consistentes, tratamento apropriado e avaliação das intervenções para garantir, o máximo possível, o alívio da dor. Os autores afirmam que as enfermeiras têm a obrigação moral, ética e profissional de defender todos os indivíduos sob seus cuidados.

5.2.3 FORMAÇÃO, AQUISIÇÃO E DISSEMINAÇÃO DE CONHECIMENTOS SOBRE DOR PEDIÁTRICA

Apresentamos a seguir o que as enfermeiras relataram sobre sua formação acadêmica, aquisição e disseminação dos conhecimentos sobre avaliação e controle da dor da criança no período pós-operatório.

Das 15 entrevistadas, oito afirmaram que o tema não foi abordado durante o curso de graduação. Uma delas havia participado de pesquisa sobre dor pediátrica na qualidade de colaboradora na coleta de dados empíricos de uma dissertação (ROSSETO, 2000). Antes da realização da coleta assistiu a aulas sobre o assunto ministradas pela pesquisadora principal. Esta enfermeira expôs que, antes de participar da pesquisa, desconhecia a alta incidência de dor recorrente entre as crianças em idade escolar e *não imaginava que era tanto assim. Tinham dor de barriga, dor de cabeça* (Enfermeira 10, Hospital 2).

Ainda hoje utiliza os conhecimentos adquiridos naquela ocasião ao cuidar das crianças com dor pós-operatória, pois sabe *...o que perguntar, o que é mais importante... diferenciar dor crônica da aguda ... eu tenho mais noção. Mas se eu não tivesse feito o projeto com elas teria mais dificuldade* (Enfermeira 10, Hospital 2).

5 Resultados e Discussão

Das entrevistadas, quatro relataram que o assunto — dor na criança — foi ministrado como conteúdo da disciplina Enfermagem Pediátrica. Uma delas também participou de um projeto de extensão relacionado à visita pré-operatória em adultos e o tema dor foi abordado nas discussões teóricas ocorridas durante o período em que esse projeto foi desenvolvido.

Três das enfermeiras relataram que a dor foi incluída como mero sintoma, entre tantos outros, que a criança apresenta no período pós-operatório. Uma delas, ao ser perguntada se a dor pediátrica havia sido abordada como conteúdo de ensino, atribuiu à experiência prática a fonte de seus conhecimentos sobre o tema e enfatizou *...não é em nenhuma universidade que se adquire esses conhecimentos. Você tem a teoria, mas a prática é um pouco diferente....nada melhor que a vivência, estar avaliando, estar conhecendo muito bem o seu ambiente de trabalho, as pessoas com quem você trabalha, para conseguir o manejo adequado...* (Enfermeira 15, Hospital 2). Após questionamento semelhante, uma outra participante do estudo afirmou que o tema dor *... foi abordado como sintoma. Acho que nenhuma faculdade faz isso. Eu sei que você vai chegar a essa conclusão* (Enfermeira 11, Hospital 2).

Em trabalho realizado com docentes de oito cursos de graduação em Enfermagem de três estados brasileiros sobre a seleção de conteúdos relevantes em Enfermagem Pediátrica (TACLA, 1998), apenas dois mencionaram a unidade de ensino *‘Preparo da criança para procedimentos difíceis’* em seus programas, sem menção explícita da inclusão de conteúdo específico sobre avaliação e controle da dor em crianças. No entanto, acreditamos que, caso esse trabalho fosse replicado nos dias de hoje, os resultados seriam mais favoráveis, em razão da ampla divulgação do tema em encontros científicos e publicações da área nos últimos anos.

Com relação à pós-graduação *lato sensu*, uma das participantes do estudo estava cursando especialização em Enfermagem do Trabalho, quatro haviam feito dois cursos de especialização e uma já havia concluído um curso e estava terminando o segundo; oito delas concluíram apenas um curso. Além do

5 Resultados e Discussão

curso já citado, os outros mencionados foram: Bioética, Enfermagem em Saúde Pública, Hemodinâmica, Infecção Hospitalar, Gerenciamento da Assistência de Enfermagem, Enfermagem Obstétrica e Neonatal, Urgência e Emergência Pediátrica e Neonatal, Enfermagem Neonatal, Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem (PROFAE), Enfermagem em Saúde do Adulto, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva e Saúde da Família.

Com relação à abordagem do tema ‘dor pediátrica’ nos cursos de especialização, dez enfermeiras referiram que este tema não foi tratado; em duas ocasiões houve relato da abordagem da dor do adulto; duas enfermeiras que cursaram a especialização em Urgência e Emergência Pediátrica e Neonatal referiram ter tido aulas sobre a dor da criança vítima de trauma e uma delas considerou superficial o tratamento dado ao tema. Uma das entrevistadas relatou que o curso de especialização em Bioética a ajudou a *perceber o outro enquanto pessoa que sente, sente dor ...A questão de você perceber que o paciente está com dor é toda uma questão de você perceber a presença da outra pessoa...se colocar no lugar do outro, que é muito mais difícil* (Enfermeira 4, Hospital 1).

O cenário apontado pelas entrevistadas nos mostra que os cursos de pós-graduação mencionados não valorizam a abordagem da dor e o papel da enfermeira no seu manejo, situação semelhante à encontrada nos cursos de graduação. Porém, o curso de Bioética, mesmo não tendo abordado o manejo da dor, ensinou a Enfermeira 4 a ‘olhar’ para o outro e ‘ouvi-lo’, requisitos fundamentais para quem cuida do paciente com dor.

Todas as entrevistadas mencionaram o aprendizado adquirido para a avaliação e manejo da dor da criança durante a prática profissional. Várias responderam que aprenderam a avaliar *‘pela experiência’*, *‘no dia-a-dia’*. Uma delas referiu que *com o passar dos anos, com o tempo você vai aprendendo bastante coisa* (Enfermeira 2, Hospital 1). Outra mencionou que seu aprendizado se deu *com a prática mesmo, com o dia-a-dia. Porque se eu falar para você que eu estudei algum escore de dor, alguma coisa, eu minto* (Enfermeira 3, Hospital 1). Uma

5 Resultados e Discussão

das entrevistadas afirmou que avaliava *no olhometro. Na forma de olhar, pela experiência* (Enfermeira 1, Hospital 1). Duas revelaram ter aprendido muito com os auxiliares de enfermagem (Enfermeira 5, Hospital 1; Enfermeira 7, Hospital 3).

Com relação à busca pessoal do conhecimento sobre o manejo da dor, houve a menção, por parte de três entrevistadas, de uma atividade de duas horas realizada no Hospital 1 por uma docente de enfermagem pediátrica e uma aluna de graduação em Enfermagem. Esta atividade foi parte de um projeto de iniciação científica, desenvolvido naquela unidade pediátrica, sobre a avaliação da dor da criança com a utilização da “Escala de Claro”. Esse treinamento foi realizado em fevereiro de 2003, mas o projeto estendeu-se dessa data até abril do mesmo ano, com a utilização da referida escala para avaliação da dor como 5º sinal vital pelas auxiliares de enfermagem. Um dos objetivos desse trabalho era a implementação da avaliação sistemática da dor na unidade, mas esta não foi efetivada.

Uma das enfermeiras mencionou ter-se deparado com a “Escala de Claro” pela primeira vez quando começou a trabalhar na instituição, aproximadamente um ano antes da data de realização da nossa entrevista. Naquela época, uma aluna do 4º ano do curso de enfermagem afixou cartazes na unidade pediátrica com a escala mencionada e isto despertou seu interesse.

Uma outra entrevistada relatou que uma enfermeira da unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) disponibilizou uma escala de avaliação facial de dor para os funcionários da unidade pediátrica sendo esse seu único contato com esse tipo de instrumento. Apesar dessa iniciativa, não foi implementada a avaliação sistemática da dor na unidade pediátrica, sendo essa atividade restrita à UTIP e neonatal do Hospital 2. A mesma entrevistada referiu que, por curiosidade, já fez consultas em livros e na Internet sobre o assunto. Sobre isso, encontramos também o relato de outra enfermeira do Hospital 2:

Tem uma enfermeira [da UTIP] ...ela fez um instrumento diferente para a pediatria e o berçário e lá tinha a escala de dor. Mas, não foi

5 Resultados e Discussão

aprovado...Não sei o porquê. Não sei se encarecia [o impresso]
(Enfermeira 10, Hospital 2).

Uma enfermeira mencionou ter feito consulta bibliográfica sobre a temática dor pediátrica e outras duas informaram ter participado de palestra sobre dor do adulto.

Uma das enfermeiras do Hospital 1 referiu ter participado de uma reunião de reformulação da prescrição de enfermagem. Na ocasião decidiu-se pela inclusão da dor como 5º sinal vital nesse impresso, mas ainda não se havia decidido que escala de avaliação de dor utilizar.

Com relação à abordagem da dor pediátrica em atividades de educação permanente em saúde com os funcionários das unidades pediátricas estudadas, todas as entrevistadas afirmaram nunca ter abordado o tema. No entanto, cinco delas referiram ter comentado, informalmente, com os funcionários alguns casos de crianças que apresentavam dor. Eis algumas falas obtidas:

...nós conversamos em relação a isso rapidamente. Em alguma reunião passou alguma coisa, mas não como foco central (Enfermeira 4, Hospital 1).

...é muito difícil falar sobre dor. A gente fala sobre todos os assuntos, mas nunca abordamos sobre dor [com os funcionários] (Enfermeira 7, Hospital 3).

A gente vive conversando sobre o que está acontecendo, se as queixas são semelhantes, se a dor nas crianças são semelhantes...É informal. Pelo tempo também. Dependendo do dia, mal tenho tempo de ir na pediatria [é responsável por três setores] (Enfermeira 10, Hospital 2).

Consideramos importante que as enfermeiras também conheçam as experiências dolorosas marcantes de todos os integrantes da equipe de saúde e delas se utilizem para sensibilizá-los e estimulá-los para a importante tarefa de controlar a dor das crianças.

Algumas entrevistadas verbalizaram o desejo de que fossem implantadas atividades de Educação Permanente em Saúde direcionadas a toda equipe de enfermagem sobre o tema. Nos três hospitais pesquisados não há grupo de estudos sobre dor, mas algumas entrevistadas do Hospital 1, quando perguntadas a esse respeito mencionaram a existência de um grupo de cuidados paliativos de uma docente de curso de graduação em Enfermagem. No entanto, o que existe é um trabalho voluntário de três docentes visando a capacitação da equipe de enfermagem na avaliação da dor em unidades de internação de adultos. É uma atividade preparatória para implantação, num futuro próximo, da dor como 5º sinal vital na sistematização da assistência de enfermagem desse hospital. Houve depoimentos favoráveis à formação de grupos de estudo de dor nos hospitais em foco:

Eu acho que tinha que ter um pouco mais de conhecimento. como você falou, ter um grupo de estudos...acho que seria legal montar um grupo sobre dor. Acho que todos se interessariam porque é uma coisa pouco falada e todo mundo tem (Enfermeira 7, Hospital 3).

Acho que deveria agora, como está no seu trabalho, importante é ter mesmo um grupo [de dor]...o dia todo tem cirurgias e não é feito nada com a dor das crianças a não ser medicação (Enfermeira 13, Hospital 3).

O tema [dor da criança] é muito propício e, nós realmente, temos que ter muito mais trabalhos nessa área. A dor é antiga e mesmo assim temos poucos projetos nessa área, nós tínhamos que ter uma comissão de dor aqui, nós tínhamos que falar muito mais sobre dor (Enfermeira 15, Hospital 2).

As falas indicam interesse das enfermeiras pelo assunto e poucas oportunidades para reflexão e discussão no interior das instituições hospitalares. Ao serem entrevistadas algumas delas perceberam o quanto se precisa avançar no manejo da dor pediátrica, pois muito pouco se tem feito até o momento nos locais pesquisados.

Concordamos com Lordello (1999) quando defende a implementação de programas educativos sistematizados como instrumento na

luta contra o desconhecimento e das atitudes inadequadas, melhorando a formação dos profissionais no que se refere ao cuidado do paciente com dor. A autora sugere que esses programas não devem se limitar à transmissão da informação, mas que abram espaço para a reflexão quanto ao posicionamento e as atitudes dos profissionais frente a dor, assim como espaço para o relato de suas experiências pessoais de dor e seus significados.

O desejo de melhorar a assistência prestada ao paciente com dor foi verbalizado por uma das entrevistadas desta forma:

Eu realmente gostaria de estar fazendo muito mais e, realmente, já ouvi falar sobre estar fazendo esse controle da dor na hora em que e verificam os sinais vitais, mas eu me divido em três setores (Enfermeira 15, Hospital 2).

A fala dessa enfermeira indica uma sobrecarga de atribuições e a necessidade premente de que as instituições hospitalares incluíam, como meta, o adequado manejo da dor de seus pacientes, adotando para isso medidas efetivas para sua implementação. Queremos lembrar que o tema dor deve estar presente nas pautas das reuniões de serviço e nas atividades de educação continuada em saúde dos hospitais.

Algumas enfermeiras reconheceram a necessidade de melhorar seus conhecimentos na área e, a partir daí, sensibilizar os demais membros da equipe de enfermagem para a relevância do tema e para a transformação da prática profissional:

Eu acho que eu preciso aprender mais sobre dor. Na realidade eu acho que tem que ter um comprometimento maior com isso...a começar por mim...se não há um comprometimento meu, eu não consigo passar isso para a equipe, essa valorização. Acho que até por isso que a gente não conseguiu manter essa avaliação da dor, que era para ter continuado, dado uma sequência nisso. Comprometer e integrar a equipe nessa valorização...é difícil você assumir uma coisa assim, tipo, você não fez! Você não faz...você vai fazendo as perguntas, puxa, eu podia ter feito isso...eu podia ter feito aquilo (Enfermeira 1, Hospital 1).

Eu queria saber mais...como você falou se tem algum trabalho divulgado...Nem que for uma palestra para a gente ir...porque é muito interessante dor em criança...tem que ser mais divulgado, mais falado, mais estudado...eu gostaria de ler, ver mais coisas para estar cada vez melhor (Enfermeira 5, Hospital 1).

A abordagem da dor pediátrica nos cursos de graduação em Enfermagem foi lembrada por uma das enfermeiras:

Eu acho que falta essa abordagem nos cursos [de graduação em enfermagem] ...muitas vezes por desconhecimento você acaba deixando a criança com dor (Enfermeira 10, Hospital 2).

Woodgate e Kristjanson (1996) realizaram estudo qualitativo com crianças canadenses hospitalizadas no período pós-operatório e seus cuidadores — familiares e enfermeiras. Os dados encontrados revelaram que, apesar do aumento das pesquisas sobre dor pediátrica, as enfermeiras continuam com conhecimento limitado sobre o controle da dor das crianças. Sugerem, a partir desses achados, a necessidade de melhorar o conteúdo relacionado a dor pediátrica no currículo de enfermagem.

No Brasil, a situação não é diferente. Já mencionamos o trabalho realizado sobre a seleção de conteúdos relevantes em Enfermagem Pediátrica (TACLA, 1998), em que, dos oito cursos de graduação pesquisados de três estados brasileiros, apenas dois incluíam a unidade de ensino “Preparo da criança para procedimentos difíceis” em seus programas. Contudo, não indicaram explicitamente conteúdo relacionado à avaliação e controle da dor em crianças.

Concordamos com Garanhani (2004) quando, referindo-se ao ensino de Enfermagem, afirma que necessitamos de enfermeiros que possam ser capazes de pensar criticamente, tomar decisões, planejar estrategicamente contínuas mudanças, administrar e gerenciar os serviços de enfermagem e de saúde, atuar em equipes multiprofissionais e aprender permanentemente. Isso também se aplica aos conhecimentos relacionados à dor pediátrica.

5 Resultados e Discussão

Continuamos alertando que a dor da criança e do adolescente ainda não recebeu a atenção devida. Mesmo com a intensificação das pesquisas na área, a abordagem do tema nos currículos de Enfermagem é ainda muito superficial (TACLA, 2002, p. 165).

Na seqüência, apresentamos as considerações finais do presente estudo.

6 Considerações Finais

*Nós vos pedimos com insistência: não digam nunca –
Isso é natural: sob o familiar, descubram o insólito.
Sob o cotidiano, desvelem o inexplicável.
Que tudo o que é considerado habitual provoque inquietação.
Na regra, descubram o abuso, e sempre que o abuso for encontrado,
Encontrem o remédio.*

BERTOLD BRECHT

O alívio da dor humana é preceito defendido há milênios e considerado importante missão dos profissionais da área da saúde. Mesmo com o significativo aumento de estudos relacionados à dor, inclusive aquela que acomete a criança, o conhecimento gerado tem sido pouco aplicado na prática de enfermagem.

O cenário hospitalar pediátrico é contraditório. As crianças ali acorrem, levadas por suas famílias em busca de alívio para suas dores, mas, muitas vezes, não têm seus quadros dolorosos valorizados e, conseqüentemente, não recebem assistência adequada. Quanto maior o nível de dor entre as crianças numa unidade pediátrica, maior a carga de trabalho e o estresse da equipe de enfermagem. Por outro lado, ao proporcionarmos analgesia adequada à criança, proporcionamos também conforto, respeitamos seu direito a receber um cuidado de enfermagem que atenda suas necessidades, acarretando um aumento do rendimento do trabalho da equipe de enfermagem, com conseqüente redução do estresse dos profissionais envolvidos e da família.

Com este estudo procuramos caracterizar o processo de manejo da dor aguda na criança no período pós-operatório a partir dos registros contidos nos seus prontuários e, identificar como as enfermeiras cuidam das crianças com dor no período pós-operatório e quais fatores influenciam sua prática.

A pesquisa nos prontuários das crianças submetidas à cirurgia contribuiu de maneira decisiva no delineamento do panorama da assistência prestada aos pacientes com dor no período pós-operatório na sala de cirurgia, na SRPA e na unidade pediátrica. Os dados obtidos denotam a pouca valorização pelas enfermeiras em registrar os sinais e/ou queixas de dor dos pacientes, bem como as medidas adotadas para avaliação e controle da dor e os resultados das intervenções realizadas. Em cerca de metade das prescrições de enfermagem havia ao menos um item relacionado à dor pós-operatória, o que indica um cenário mais animador. No entanto, alguns itens eram bastante

vagos e, por vezes, não se aplicavam à faixa etária da criança.

Os auxiliares e técnicos de enfermagem, responsáveis pela maioria dos registros nos três hospitais pesquisados, preocuparam-se em anotar sinais comportamentais de dor (choro, agitação) e fatos relacionados à administração de analgésicos, porém havia poucos registros da efetividade das medidas adotadas para o alívio da dor.

Encontramos prontuários com erros no apazamento dos analgésicos que, em alguns casos, persistiram por vários dias, indicando despreparo dos funcionários técnico-administrativos que executam essa atividade e recebem supervisão inadequada. Porém, mais grave que a ocorrência dessas falhas em si mesmas, é a constatação de que várias crianças deixaram de receber analgésicos num período potencialmente doloroso como o período pós-operatório e, conseqüentemente, sentiram dor.

A análise dos dados coletados nas entrevistas levou-nos a identificar a relação existente entre as experiências de dor das enfermeiras e suas repercussões no cuidado que prestam à criança. Em muitos depoimentos houve uma clara associação entre as experiências dolorosas das entrevistadas e as das crianças hospitalizadas. Essas enfermeiras tendem a valorizar, de modo especial, os quadros álgicos semelhantes aos por elas vivenciados. Em muitos depoimentos explicitaram a correlação entre as situações do trabalho com fatos ocorridos com filhos, sobrinhos e outros familiares. Evidencia-se a influência das experiências pessoais ligadas à dor com o cuidado dispensado à criança no período pós-operatório. Como já apresentamos no Quadro Teórico, o aprendizado sociocultural da dor tem implicações no cuidado profissional, o que pode ser identificado em diversos pontos dos depoimentos colhidos. No entanto, percebemos que as enfermeiras nem sempre percebem esta influência, daí a necessidade de ampliarmos essa discussão nos hospitais com a participação de toda a equipe de saúde. Os aspectos culturais da dor e como eles interferem em nossa atuação com os pacientes precisam ser destacados e melhor estudados, bem como o papel da família no comportamento da criança frente à dor.

Respeitar as particularidades culturais e sociais dos pacientes e suas famílias é imprescindível no manejo da dor.

Um outro tema que emergiu dos depoimentos foi a avaliação assistemática da dor pelas entrevistadas, sendo que em nenhum dos três hospitais são utilizadas escalas de avaliação de dor. Também constatamos que as enfermeiras baseiam o controle do fenômeno doloroso em medidas farmacológicas e na dependência da conduta e prescrição médicas. As medidas não-farmacológicas de alívio da dor são escassamente utilizadas, e, de modo geral, empregadas para proporcionar conforto, nem sempre com o claro objetivo de auxiliar na resolução do quadro doloroso.

O último tema recorrente nas falas das enfermeiras versou sobre a formação acadêmica, aquisição e disseminação de conhecimentos sobre dor pediátrica. Nesse quesito, poucas revelaram ter sido o assunto abordado nos seus cursos de graduação e de especialização. Algumas poucas participaram de palestra sobre dor, mas com o foco no paciente adulto. Não abordaram a dor pediátrica em atividades de educação permanente em saúde, sendo que algumas relataram algumas conversas informais sobre o tema com os demais membros da equipe de enfermagem. Uma exceção foi o treinamento realizado no Hospital 1, sobre a avaliação da dor da criança com a utilização da Escala de Claro. Sua realização, porém, estava ligada a um projeto de iniciação científica de responsabilidade de uma docente e de uma aluna de um curso de graduação em Enfermagem. Algumas enfermeiras verbalizaram planos das instituições em implementar a avaliação sistematizada da dor, mas sem prazo definido para sua concretização.

Em alguns depoimentos, expressaram o desejo de ampliar seus conhecimentos na área, sugerindo a organização de eventos sobre o tema. Também se mostraram interessadas na formação e participação de grupos de dor nos hospitais pesquisados.

Este estudo proporcionou às enfermeiras pesquisadas a oportunidade, não apenas de falar, mas também de, a partir dos

questionamentos realizados, refletir sobre sua prática no manejo da dor das crianças sob seus cuidados e da equipe de enfermagem que lideram. Em vários momentos verbalizaram que, ao participar da entrevista despertaram para a relevância do tema e para o papel que cada uma pode desempenhar buscando o manejo adequado da dor de crianças e adolescentes em seus locais de trabalho. Também perceberam como seu aprendizado familiar e suas experiências dolorosas pessoais refletem no cuidado à criança com dor, pois tendem a valorizar as queixas e sinais de dor que mais se assemelham às que vivenciaram. Querem evitar que os pacientes não sofram o que elas próprias sofreram.

Assim, percebemos que há um contexto contraditório na apreensão e intervenção do fenômeno da dor. Embora haja um posicionamento de valorização do tema pela enfermagem, a prática ainda se mostra muito distante dos padrões recomendados internacionalmente. Culturalmente, o controle da dor ainda é um desafio a ser alcançado, pois mesmo que as enfermeiras tenham imagens de sofrimento para dor, na vida, isto não é suficiente para transformar sua atuação profissional. Ao relacionarmos os resultados quantitativos dos registros sobre avaliação e manejo da dor realizados pelas enfermeiras, com os qualitativos, entendidos como os sentidos dados por elas à dor, apreendemos que as crenças e os conhecimentos das profissionais ainda não convergem para a efetividade das ações visando o alívio da dor.

Mesmo considerando os cenários tão diversos das instituições pesquisadas, é preciso destacar que todas têm o compromisso de proporcionar uma assistência de qualidade a seus pacientes e, sempre que possível, livre de dor. Para que isso aconteça, precisam avançar de maneira significativa na implementação de medidas concretas visando o controle da dor das crianças e adolescentes.

As enfermeiras entrevistadas são, em sua maioria, jovens formadas há pouco tempo e, conseqüentemente, com experiência limitada na

área pediátrica. Esses fatores podem estar contribuindo para o manejo inadequado da dor nas unidades pediátricas estudadas.

Entendemos que os objetivos propostos para este estudo foram alcançados e que é possível provocar a discussão do tema nos hospitais em questão. Numa perspectiva otimista, pode e deve contribuir para deflagrar e estimular a implementação da avaliação sistematizada dor pediátrica, com a colaboração das enfermeiras entrevistadas. O compromisso firmado com essas enfermeiras, de apresentar este estudo quando de sua conclusão, será cumprido e, esperamos seja mais um instrumento de transformação da realidade estudada.

Mais que tudo, queremos minimizar o sofrimento inútil de milhares de crianças submetidas a cirurgias diuturnamente. Nós, enfermeiras, temos o dever de defender os interesses dessas e de todas as crianças, por isso, é preciso buscar, continuamente, melhorar nossa prática profissional e não temer mudanças, especialmente quando essas mudanças beneficiarão de forma tão significativa os pacientes.

Referências

- ABU-SAAD H. H.; HAMERS, J. P. H. Decision-making and paediatric pain: a review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 26, p. 946-52, 1997.
- ALVES, A. J. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 77, p. 55-61, maio 1991.
- ALVES, R. **O amor que acende a lua**. 10.ed. Campinas: Papirus, 2004. 214p.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. AMERICAN PAIN SOCIETY. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. **Pediatrics**, v. 108, n. 3, p. 793-7, Sep. 2001.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. CANADIAN PAEDIATRIC SOCIETY. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**, v. 105, n. 2, p. 454-61, Feb. 2000.
- ANAND, K. J. S.; CRAIG K. D. New perspectives on the definition of pain. **Pain**, v. 67, n. 1, p. 3-6, Sep. 1996.
- ANAND, K. J. S. A fisiologia da dor em lactentes e crianças. **A dor na infância**, Anais Nestlé, n. 59, p. 1-13. 2000.
- ANDRADE, M. P. Dor pós-operatória: conceitos básicos de fisiopatologia e tratamento. **Revista da Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor**, v. 2, n. 2, p. 7-14, abr./mai./jun. 2000.
- ANDRÉ, M. E. D. A. **Etnografia da prática escolar**. 10. ed. Campinas: Papirus, 2003. 128p.
- ANGELO, M.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. O papel da enfermeira centrado na criança e na família. In: SIGAUD, C. H. S., VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. (org.). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: EPU; 1996. p. 89-96.
- ANGELOTTI, G.; SARDÁ JR, J. J. A avaliação psicológica da dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. (editores). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 51-65.
- ASHWILL, J. W.; DROSKE, S. C. **Nursing care of children: principles and practice**. Philadelphia: W. B. Saunders, 1997. 1445p.
- BARBOSA, S. M. M.; GUINSBURG, R. Dor de acordo com as faixas etárias pediátricas. In: TEIXEIRA, M. J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 536-45.

¹⁰ De acordo com Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: informações e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

- BARR, R. G. Pain experience in children: developmental and clinical characteristic. In: WALL, P. O.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. 3.ed. Edingurgh: Churchill Livingstone, 1994. p. 739-65.
- BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1977. 319p.
- BERDE, C. B. Pediatric postoperative pain management. **Pediatric Clinics of North America**, v. 36, n. 4, p. 921-40, Aug. 1989.
- BERDE, C. B.; SETHNA, N. F. Drug therapy: analgesics for the treatment of pain in children. **New England Journal of Medicine**, v. 347, n.14, p. 1094-103, Oct. 2002.
- BIERI, D. et al. The faces pain scale for the self-assessment of the severity of pain experience by children: development, initial validation and preliminary investigation for ratio scale properties. **Pain**, v. 41, n. 2, p. 139-50, May. 1990.
- BISHOP, B. E. Visibility for nurses. **The American Journal of Maternal Child Nursing**, New York, v. 22, p. 175, Jul/Aug.1997.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto: Porto Editora, 1994. 336p. (Coleção Ciências da Educação; v. 12).
- BORGES, L. M. Manejo da dor pediátrica. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. 2.ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 265-97.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Lei n. 7.498 de 26 de jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273-9.275.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Federal n. 8.069, de 13 de julho de 1990. São Paulo: Saraiva, 1990. (Série Legislação Brasileira).
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41 de 13 de out. 1995. Dispõe sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995, Seção 1, p.16319-16320.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de out. 1996. Dispõe sobre as Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**: Suplemento 3. Centro Nacional de Epidemiologia. Brasília, DF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.124p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Portarias técnicas. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em 06 out. 2002.
- CARR, E. Structural barriers to pain control. **Nursing Time**, v. 93, n. 41, p.1-2, Oct. 1997.
- CARVALHO, M. Dor no recém-nascido. **Pediatria moderna**, v. 31, n. 6, p. 925-34, out. 1995.
- CARVALHO, W. B. Analgesia e sedação em pediatria. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 53-65, jun. 1996.
- CARVALHO, W. B.; TROSTER, J. E. Sedação e analgesia em pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, Supl. 2, p. S294-S306, nov./dez. 1999.
- CARVALHO, M. M. M. J. (org.). **Dor: um estudo multidisciplinar**. 2.ed. São Paulo: Summus, 1999. 340p.
- CAVALCANTE, V. O.; TEIXEIRA, M. J.; FRANCO, R. A. Dor pós-operatória. **Revista Simbodor**, v. 1, n. 1, p. 45-53, 2000.
- CHAMPION, G. D.; GOODENOUGH, B.; BAEYER, C. L.; THOMAS, W. Measurement of pain by self-report. In: FINLEY, G. A.; McGRATH, P. J. (editors). **Measurement of pain in infants and children**. Seattle: IASP Press, 1998, p.123-60. (Progress in pain research and management; v. 10).
- CHRISTOFFEL, M. M.; SANTOS, R. S. A dor no recém-nascido e na criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 54, n. 1, p. 27-33, jan/mar. 2001.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças**: etapa preliminar.1993. 60f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.
- CLARO, M. T.; MOREIRA, P. L. Implementação e avaliação de medidas terapêuticas não-farmacológicas para o alívio da dor no período pós-operatório em pediatria. In: **Simpósio Brasileiro e Encontro Internacional sobre Dor - SIMBIDOR**, 6., 2003, São Paulo. Arquivos. São Paulo: Lemos Editorial, 2003, p. 358.
- CLARO, M. T. Dor em pediatria. In: LEÃO, E. R.; CHAVES, L. D. **Dor - 5º sinal vital**: intervenções de enfermagem. Curitiba: Editora Maio, 2004. p. 207-18.
- COELI, S. C. M. Dor aguda na criança. In: DRUMMOND, J. P. **Dor aguda**: fisiopatologia, clínica e terapêutica. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 151-70.

- COHN, C. **Antropologia da criança**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005, 58p. (Coleção Passo-a-passo; v. 57).
- COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. **Transformações do ensino das técnicas de enfermagem pediátrica**. Goiânia: AB, 1996.
- COLWELL, C.; CLARK, L.; PERKINS, R. Postoperative use of pediatric pain scales: children's self-report versus nurse assessment of pain intensity and affect. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 11, n. 6, p. 375-82, Dec./1996.
- COFFMAN, S.; ALVAREZ, Y.; PYNGOLIL, M.; PETIT, R.; HALL, C. SMYTH, M. Nursing assessment and management of pain in critically ill children. **Heart and Lung**, v. 26, n. 3, p. 221-28, May/Jun. 1997.
- CORRÊA, C. F.; PIMENTA, C. A. M. Princípios do tratamento da dor. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. (editores). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 41-50.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (org.); DESLANDES, S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 51-66. (Temas Sociais).
- CUMMINGS, E. A.; REID, G. J.; FINLEY, G. A.; McGRATH, P. J.; RITCHIE, J. A. Prevalence and source of pain in pediatric inpatients. **Pain**, v. 68, n. 1, p. 25-31, Nov. 1996.
- DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195-254 (Coleção Criança, Mulher e Saúde).
- DIAS, C. G.; TANAKA, C. Controle da dor: dificuldades e perspectivas. In: CHAUD, M. N. et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu, 1999. p.167-72.
- DOLS, C. et al. Enhancing nurses' reliance on patients' perceptions of pain during pain assessment: a comparison of two educational methods. **The Journal of Continuing Education in Nursing**, v. 26, n. 5, p. 209-13, Sep/Oct. 1995.
- DUARTE, M. A.; GOULART, E. M. A.; PENNA, F. J. Limiar de dor e idade na infância e adolescência. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 4, p. 244-48, 1999.
- DRUMMOND, J. P. Neurofisiologia. In: _____. **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-25.
- ECOFFEY, C.; DESPARMENT, J. Analgesia na cirurgia pediátrica. In: BONNET, F. **A dor no meio cirúrgico**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p. 278-94.

- FERREIRA, A. B. H. **Dicionário Aurélio eletrônico** – século XXI [programa em computador]. Versão 3.0. São Paulo: Nova Fronteira, 1999.
- FERREL, B. R. The impact of pain on quality of life: a decade of research. **Nursing Clinics of North America**, v. 30, n. 4, p. 609-25, Dec. 1995.
- FIGUEIRÓ, J. A. **A dor**. São Paulo: Publifolha, 2000. 99p.
- FINLEY, G. A.; McGRATH, P. J. Introduction: the roles of measurement in pain management and research. In: _____. **Measuremet of pain in infants and children**. Seattle: IASP Press, 1998, p.1-4. (Progress in pain research and manegement; v. 10).
- FINLEY, G. A.; FRANCK, L. S.; GRUNAU, R. E.; BAEYER, C.L. Why children's pain matters. **Pain: Clinical Updates**, v.13, n. 4, p. 1-6, Sept. 2005.
- GAMBOA, N. S. G; ANGELO, M. Produção científica na enfermagem pediátrica brasileira de 1985 a 1995. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.17, n.1/3, p.60-79, jan./dez. 1998.
- GARANHANI, M. L. **Habitando o mundo da educação em um currículo integrado de enfermagem: um olhar à luz de Heidegger**. 2004. 232f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
- GARCIA, J. B. S.; SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. Analgesia preemptiva. In: TEIXEIRA, M.J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 755-62.
- GARCIA, R. M.; HORTA, A. L. M.; FARIAS, F. Efeito da massagem prévia à punção venosa na reação do pré-escolar e escolar. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.31, n.1, p.119-28, abr. 1997.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1989. 323p.
- _____. **Nova luz sobre a antropologia**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. 247p.
- GONZAGA, M. L. C; ARRUDA, E. N. Fontes e significados de cuidar e não cuidar em hospital pediátrico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.5, p.17-26, dez. 1998.
- GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Pesquisa etnográfica em enfermagem. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 410-422, dez. 1997.
- 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. 248-64.

GUINSBURG, R. et al. A dor do recém-nascido prematuro submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 1994.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n. 3, p. 149-60, maio/jun.1999.

HAMERS, J. P. H.; ABU-SAAD, H. H.; van den HOUT, M.; HALFENS, R. J. G. Are children given insufficient pain-relieving medication postoperatively? **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, n. 1, p. 37-44, Jan. 1998.

HATEM, T. P.; LIRA, P. I. C.; MATTOS, S. S. Efeito terapêutico da música em crianças em pós-operatório de cirurgia cardíaca. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 82, n. 3, p. 186-92, maio/jun. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 408p.

HERR, K.; COYNE, P. J.; KEY, T.; MANWORREN, R.; McCAFFERY, M.; MERKEL, S.; PELOSI-KELLY, J. WILD, L. Pain assessment in nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. **Pain Management Nursing**, v. 7, n. 2, p. 44-52, Jun. 2006.

HICKS, C. L. et al. The faces pain scale - revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. **Pain**, v. 93, n.2, p. 173-83, Ago. 2001.

HOWARD, R. F. Current status of pain management in children. **JAMA**, v. 290, n. 18, p.2464-69, Nov. 2003.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **IASP pain terminology**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/terms-p.html>>. Acesso em 6 out. 2002.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **IASP global year against pain in children**. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/GlobalDay-2005.htm>>. Acesso em 17 abr. 2006.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN. **Special Interest Group on Pain in Childhood**. Disponível em <http://childpain.org/>>. Acesso em 17 abr. 2006.

JOINT COMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Hospital Accreditation Standars**. Oakbrook Terrace: Joint Comission Resources, 2006. 421 p.

KANKKUNEN, P. et al. Parents' use of nonpharmacological methods to alleviate children's postoperative pain at home. **Journal of Advanced Nursing**, v. 41, n. 4, p. 367-75, Ago. 2003.

- KANNER, R. Definições. In: _____. **Segredos em clínica de dor**: respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 17-21.
- KLEINMAN, A. **Pacients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press, 1980. 427p.
- KNOBLAUCH, S. C.; WILSON, C. J. Clinical outcomes of education nurses about pediatric pain management. **Outcomes Management for Nursing Practice**, v. 3, n. 2, p. 87-9, Apr./Jun. 1999.
- KOVÁCS, M. J. Pacientes em estágio avançado da doença, a dor da perda e da morte. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. 2.ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 318-37.
- LANGDON, E.J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al.], 2003. p. 91-107.
- LEN, C. et al. Artrite reumatóide juvenil: importância das escalas de dor. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 34, n. 3, p. 135-9, maio/jun. 1994.
- LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho**. 2005. 148 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- LIMA, C. M. G.; DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; KAKEHASHI, S. Pesquisa etnográfica: iniciando sua compreensão. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.21-30, jan. 1996.
- LORDELLO, S. R. M. O profissional de saúde e a percepção da dor de câncer infantil. In: CARVALHO, M. M. M. J. (org.). **Dor**: um estudo multidisciplinar. 2.ed. São Paulo: Summus, 1999. p. 298-317.
- LOTUFO NETO, F.; SANTANA, C. L. A.; WANG, Y. Dor e cultura. In: FIGUEIRÓ, J. A. B.; ANGELOTTI, G.; PIMENTA, C. A. M. (editores). **Dor e saúde mental**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 69-78.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p.
- McGRATH, P. J. Behavioral measures. In: FINLEY, G. A.; McGRATH, P. J. (editors). **Measurement of pain in infants and children**. Seattle: IASP Press, 1998. (Progress in pain research and management; v. 10). cap. 6, p. 83-102.

MAC LELLAN, K. Postoperative pain: strategy for improving patient experiences. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 2, p. 179-85, April 2004.

MAKSoud, J. G. Cuidados pré e pós-operatórios. In: _____. **Cirurgia pediátrica**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. v.1, p. 71-86.

MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1962. 213p.

MALUF, S. W. Antropologia, narrativas e a busca de sentido. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 5, n. 12, p. 69-82, dez. 1999.

MANIAS, E.; BUCKNALL, T.; BOTTI, M. Assessment of patient pain in the postoperative context. **Western Journal of Nursing Research**, v. 26, n. 7, p. 511-69, Nov. 2004.

MANIAS, E.; BUCKNALL, T.; BOTTI, M. Nurse's strategies for managing pain in the postoperative setting. **Pain Management Nursing**, v. 6, n. 1, p. 118-29, Mar. 2005.

MARCONI, M. A.; PRESOTTO, Z. M. N. **Antropologia: uma introdução**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2001. 320p.

MASCARENHAS, A. O. Existe uma maneira brasileira de administrar? **Revista Científica do IMAPES**, Sorocaba, v.2, n. 2, p. 35-40, abr. 2004.

MATTOS, C. L. G. A abordagem etnográfica na investigação científica. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, 17p. Disponível em: <<http://www.uerj.com/c:\m.%20helena-doutorado\tesemet4\pesquisaetnografica.htm>>. Acesso em: 30 de setembro de 2004.

MAYAN, M. J. **Una introducción a los métodos cualitativos**: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Disponível em <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>. Canada: Qual Institute Press, 2001, 44p.

McNAIR, C.; BALLANTYNE, M.; DIONNE, K.; STEPHENS, D.; STEVENS, B. Postoperative pain assessment in the neonatal intensive care unit. **Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition**, n.89, p.F537-F41, 2004.

McCAFFERY, M; BEEBE, A. **Pain**: clinical manual for nursing practice. London: Mosby, 1997. 320p.

McGRATH, P. A. An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. **Pain**, v. 31, n. 2, p. 147-76, Nov. 1987.

McGRATH, P. A. Dor na criança. In: _____. **Segredos em clínica de dor:** respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 197-207.

McGRATH, P. J.; FINLEY, G. A. Medição da dor. **A dor na infância**, Anais Nestlé, n. 59, p. 14-22. 2000.

MELDRUM, M. L. A capsule history of pain management. **JAMA**, v. 290, n. 18, p. 2470-5, Nov. 2003.

MELZACK, R.; WALL, P. O. **Textbook of pain**. 3rd. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1994. 1522 p.

MERKEL, S. I.; VOEPEL-LEWIS, T.; SHAYEVITZ, J. R.; MALVIYA, S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. **Pediatric Nursing**, v. 23, n. 3, p. 293-7, May-Jun. 1997.

MERKEL, S.; VOEPEL-LEWIS, T.; MALVIYA, S. Pain assessment in infants and young children: the FLACC scale. **American Journal of Nursing**, v. 102, n. 10, p. 55-8, Oct. 2002.

MIASKOWSKI, C. The role of sex and gender in pain: perception and responses to treatment. In: MORRIS, D. B. **The culture of pain**. Berkeley: University of California Press, 1993. p. 401-11.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 9-29. (Temas Sociais).

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul/set, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8.ed. São Paulo: Hucitec; 2004. 269p. (Saúde em Debate, 46).

MONTES-SANDOVAL, L. An analysis of the concept of pain. **Journal of Advanced Nursing**, v. 29, n. 4, p. 935-41, Apr. 1999.

MORRIS, D. B. Sociocultural and religious meanings of pain. In: _____. **The culture of pain**. Berkeley: University of California Press, 1993. p. 118-31.

OKADA, M.; TEIXEIRA, M. J. Desenvolvimento do sistema nociceptivo e supressor da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 89-118.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 6, n. 10, p.63-74, fev. 2002.

PERRIN, E. C.; GERRITY, P. S. Desenvolvimento das crianças portadoras de enfermidades crônicas. In: **Clínicas Pediátricas da América do Norte: simpósio sobre enfermidades crônicas na infância**. Rio de Janeiro: Interamericana, v.1, 1994. p. 21-34.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. 24.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999. 136p.

PIMENTA, C. A. M. **Controle da dor no pós-operatório**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002. 20p.

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. 159-73.

PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; LAUKKALA, H.; RYHÄNEN, P. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 17, n. 4, p. 270-8, Aug. 2002.

PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. Hospitalized children's description of their experiences with postsurgical pain relieving methods. **International Journal of Nursing Studies**, v. 40, n. 1, p. 33-44, Jan. 2003a.

PÖLKKI, T.; LAUKKALA, H.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; PIETILÄ, A. Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. **Scandinavian Journal of Caring Science**, v. 17, n. 4, p. 373-83, Dec. 2003b.

PORTNOI, A. G. O enfrentamento da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p.206-12.

POSSO, I. P.; COSTA, D. S. P. De quem é a responsabilidade no tratamento da dor pós-operatória? **Âmbito Hospitalar**, v. 17, n. 170, p. 3-8, jan./fev. 2005.

PRASOPKITTIKUM, T.; TILOKSKULCHAI, F. Management of pain from heel stick in neonates: an analysis of research conducted in Thailand. **Journal of Perinatal e Neonatal Nursing**, v. 17, n. 4, p. 304-12, Oct./Dec. 2003.

RICHARDSON, R. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. rev. amp. São Paulo: Atlas, 1999. 334 p.

ROBERTSON, J. Pediatric pain assessment: validation of a multidimensional tool. **Pediatric Nursing**, v. 19, n. 3, p. 209-312, Jun. 1993.

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F.; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e etnoenfermagem: método de pesquisa em enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enferm**, Porto Alegre, v. 24, n.1, p.14-22, abr. 2003.

ROSSATO, L. M.; REZENDE, M. A. A criança com dor. In: SIGAUD, C. H. S.; VERÍSSIMO, M. D. L. Ó. (orgs). **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo: E.P.U., 1996. p. 223-9.

ROSSATO, L. M. **Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso**. 1997. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ROSSETO, E. G. **Dor recorrente em escolares na cidade de Londrina: prevalência, caracterização e impacto nas atividades diárias**. 2000. 191 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ROYAL COLLEGE OF NURSING INSTITUTE. **Clinical practice guidelines: the recognition and assessment of acute pain in children**. Technical Report. London: RCN Publishing, 2000. 33p.

ROYAL AUSTRALASIAN COLLEGE OF PHYSICIANS. PAEDIATRIC & CHILD HEALTH DIVISION. **Guideline Statement: management of procedure-related pain in children and adolescents**. Sydney: Royal Australasian College of Physicians, 2005. 69p.

SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. Fisiopatologia da nocicepção e da dor neuropática. In: _____. **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: dor**. Barueri: Manole, 2004. p. 1-16.

SALANTERÄ, S.; LAURI, S. ; SALMI, T. T. ; AANTAA, R. Nursing activities and autocomes of care in the assessment, management, and documentation of children's pain. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 14, n. 6, p. 408-15, Dec. 1999.

SARTI, C. A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v.10, n.1, jan./jul. 2001. Disponível em <http://www.apsp.org.br/saude_sociedade>. Acesso em 27 nov. 2005.

SAVEDRA, M. C. et al. Pain location: validity and reliability of body outline markings by hospitalized children and adolescents. **Research in Nursing and Health**, v. 12, p. 307-14, 1989.

- SAVEDRA, M. C. et al. Assessment of postoperation pain in children and adolescent using the adolescent pediatric pain tool. **Nursing Research**, v. 42, n. 1, p. 5-9, Jan./Feb. 1993.
- SCHECHTER, N. L.; ALLEN, D. A.; HANSON, K. Status of pediatric pain control: a comparison of hospital analgesic usage in children and adults. **Pediatrics**, v. 77, n. 1, p. 11-5, Jan. 1986.
- SCHECHTER, N. L. The undertreatment of pain in children: an overview. **Pediatric Clinics of North America**, v. 36, n. 4, p. 781-94, Aug. 1989.
- SCHECHTER, N. L. Controle da dor. **A dor na infância**, Anais Nestlé, n. 59, p. 23-31. 2000.
- SETZ, V. G.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. J. C. S.; PEREIRA, S. R. Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 55-65, maio/ago. 2001.
- SEYMOUR, E.; FULLER, B. F.; PEDERSEN-GALLEGOS, L. SCHWANINGER, J. E. Modes of thought, feeling, and action in infant pain assessment by pediatric nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 12, n. 1, p. 32-50, Feb. 1997.
- SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e registro inadequados da queixa de dor: barreira a ser superada. In: 6º SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 2003, São Paulo. **Arquivos**. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos, 2003a. p. 13-18.
- SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Análise dos registros de enfermagem sobre dor e analgesia em doentes hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 37, n. 2, p. 109-18, 2003b.
- SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração de dor: pesquisa, teoria e prática**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006. 467p.
- SILVEIRA, M. L. Família, cultura e prevenção. In: SEMINÁRIO SOBRE CULTURA, SAÚDE E DOENÇA, 2003, Londrina. **Anais...** Londrina: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento [et al.], 2003. p. 171-82.
- SIMONS, J.; FRANCK, L.; ROBERSON, E. Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n. 4, p. 591-9, Nov. 2001.
- SIMONS, J.; ROBERSON, E. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. **Journal of Advanced Nursing**, v. 40, n. 1, p. 78-86, Oct. 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas – SOBECC**. 3. ed. São Paulo: Layout Digital Fotolito e Gráfica. 2005. 158p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Produzido por R. Guinsburg. Disponível em : <http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=24&id_detalhe=378&tipo_detalh> Acesso em: 28 ago. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR. Comitê de Dor em Pediatria. Disponível em:<<http://www.dor.org.br/dorpediatria.asp>>. Acesso em: 17 abr. 2006.

SOFAER, B. **Dor**: manual prático. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. 145p.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2002. 108p. (Coleção Tendências; v. n. 6).

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 10, n. 3, p.446-7, maio/jun., 2002.

SWEET, S. D.; McGRATH, P. J. Physiological measures of pain. In: FINLEY, G. A.; McGRATH, P. J. **Measurement of pain in infants and children**. Seattle: IASP Press, 1998, p.59-82. (Progress in pain research and management; v. 10).

TACLA, M. T. G. M. Seleção de conteúdos relevantes em enfermagem pediátrica: um estudo através da metodologia da problematização. In: BERBEL, N. A. N. (org.). **Metodologia da problematização**: experiências com questões de ensino superior. Londrina: UEL, 1998. p. 215-41.

TACLA, M. T. G. M. **Desenvolvendo o pensamento crítico no ensino de enfermagem**. Goiânia: AB, 2002. 191p.

TACLA, M. T. G. M. **O potencial da metodologia da problematização no desenvolvimento do pensamento crítico em alunos de enfermagem**. 2000. 242f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2000.

TEIXEIRA, M. J. Anatomia e fisiologia das unidades nociceptivas e supressoras da dor. In: TEIXEIRA, M. J. (editor). **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 119-46.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: TEIXEIRA, M.J. (editor). **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 15-51.

- TEIXEIRA, M. J.; VALLE, L. B. S. Tratamento farmacológico da dor. **Âmbito Hospitalar**, São Paulo, v. 17, n. 172, p. 22-7, mai./jun. 2005.
- TENGAN, S. K. Tratamento psicológico da dor na infância. In: TEIXEIRA, M. J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 739-42.
- TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 49-55, out. 1998.
- THORWALD, J. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Hemus, s.d. 350p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Ática, 1987. 175p.
- TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p.507-14, jun. 2005.
- TWYXCROSS, A. Achieving consensus about pain content for child brand curricula. **Journal of Advanced Nursing**, v. 34, n. 1, p. 51-60, Apr. 2001.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. **Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso** / Vânia M. B. de Oliveira Funaro (coord.) et al. São Paulo: SIBi-USP, 2004. 110 p. (Cadernos de Estudos; 9).
- VESSEY, J. A.; CARLSON, K.; MCGILL, J. Use of distraction with children during an acute pain experience. **Nursing Research**, v. 43, n. 6, p. 369-72, Nov./Dec. 1994.
- VINCENT, C. V. H.; DENYES, M. Relieving childrens' pain: nurses' abilities and analgesic administration practices. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 19, n. 1, p. 40-50, Feb. 2004.
- VLAINICH, R. Avaliação do paciente com dor. In: SAKATA, R. K.; ISSY, A. M. (coord.). **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: dor**. Barueri: Manole, 2004. p. 17-26.
- WAECHTER, E. H.; BLAKE, F. G. **Enfermagem pediátrica**. 9.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979. 764p.
- WALCO, G. A.; CASSIDY, R. C.; SCHECHTER, N. L. Pain, hurt, and harm: the ethics of pain control in infants and children. **New England Journal of Medicine**, v. 331, n. 8, p. 541-44, Aug. 1994.

WATT-WATSON, J.; STEVENS, B.; GARFINKEL, P.; STREINER, D.; GALLOP, R. Relationship between nurses' pain knowledge and pain management outcomes for their postoperative cardiac patients. **Journal of Advanced Nursing**, v. 36, n. 4, p. 535-45, Nov. 2001.

WEISENBERG, M. Cognitive aspects of pain. In: WALL, P. O.; MELZACK, R. **Textbook of pain**. 4rd. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. p. 346-58.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

WOODGATE, R.; KRISTJANSON, L. A young child's pain: how parents and nurses 'take care'. **International Journal of Nursing Studies**, v. 33, n. 3, p. 271-84, Jun. 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Cancer pain relief and palliative care in children**. Geneva: World Health Organization, 1998. 76 p.

WRIGHT, L. M.; WATSON, W. L.; BELL, J. M. **Beliefs**: the heart of healing in families and illness. New York: Basic Books, 1996. 324p.

Apêndices

APÊNDICE A

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 14 de dezembro de 2004

ILMA. SRA.
DRA. NILZA MARIA DINIZ
M.D. COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
LONDRINA - PARANÁ

Prezada Senhora,

Estamos encaminhando para fins de apreciação e concordância, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, o protocolo de pesquisa intitulado “***Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras***”.

Esse protocolo refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Informamos que o mesmo já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina, cujo parecer anexamos.

Sem mais para o momento, antecipadamente agradecemos,

PROF^a. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA / EERP-USP

APÊNDICE B

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA / HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 26 de outubro de 2004

ILMA. SRA.
IR. ELVIRA MARIA PERIDES LAWAND
M.D. COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IRMANDADE DA
SANTA CASA DE LONDRINA / HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA
LONDRINA - PARANÁ

Prezada Senhora,

Estamos encaminhando para fins de apreciação e concordância, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, o protocolo de pesquisa intitulado “***Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras***”.

Esse protocolo refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Sem mais, atenciosamente

PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA / EERP-USP

APÊNDICE C

CARTA À GERENTE DE ENFERMAGEM DO HEL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 28 de outubro de 2004

ILMA. SRA.

ALDA A. MASTELARO HAYASHI

M.D. GERENTE DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA
LONDRINA - PARANÁ

Prezada Senhora,

Estamos encaminhando para fins de apreciação e concordância, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, o protocolo de pesquisa intitulado “***Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediátricas***”. Esse protocolo refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Informamos que o mesmo já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina, cujo parecer anexamos. Sem mais para o momento, antecipadamente agradecemos,

Sem mais, atenciosamente,

PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOCTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA / EERP-USP

APÊNDICE D

CARTA AO DIRETOR CLÍNICO DO HURNP / UEL

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 28 de outubro de 2004

**ILMO. SR.
DR. SINÉZIO MOREIRA
M.D. DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL
DO NORTE DO PARANÁ/UEL
LONDRINA - PARANÁ**

Prezado Senhor,

Vimos por meio desta realizar uma consulta sobre a viabilidade da realização de pesquisa em prontuário e entrevista com 04 enfermeiras da Unidade Pediátrica visando a coleta de dados para pesquisa intitulada ***“Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras”***.

Necessitaremos acesso aos prontuários de crianças que realizaram cirurgias e que permaneceram internadas da Unidade de Internação Pediátrica do HURNP durante o ano de 2004. Essa pesquisa refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Informamos que o mesmo está sendo analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ISCAL, que exige a consulta, ora efetuada. Além do HURNP serão pesquisados o HEL e o Hospital Infantil Sagrada Família. Posteriormente, enviaremos para fins de apreciação e concordância, em atendimento à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, de 10 de outubro de 1996, o protocolo de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa do HURNP, bem como carta a V.Sa. solicitando autorização para acesso aos prontuários.

Sem mais, atenciosamente,

**PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA / EERP-USP**

Contato: 3321-5655 / 9994-5655 / 3371-2249 / mtacla@sercomtel.com.br
c/c Mariângela B. Chenso – Diretora de Enfermagem - HURNP

APÊNDICE E

CARTA AO DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA/ISCAL

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

"CAMPUS" DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 28 de novembro de 2004

ILMO. SR.
DR. REYNALDO KUWAHARA
M.D. DIRETOR CLÍNICO DO HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA/ISCAL

Prezado Senhor,

Vimos por meio desta solicitar autorização para pesquisa em prontuário visando a coleta de dados para pesquisa intitulada ***“Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediátricas”***. Necessitamos acesso aos prontuários de crianças que realizaram cirurgias e que permaneceram internadas da Unidade de Internação Pediátrica do HISF durante o ano de 2004. Essa pesquisa refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Informamos que o mesmo já foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Londrina, cujo parecer anexamos. Sem mais para o momento, antecipadamente agradecemos,

Sem mais, atenciosamente,

PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA/ EERP-USP

APÊNDICE F

CARTA AO GESTOR MÉDICO TÉCNICO DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 28 de outubro de 2004

ILMO. SR.
DR. OZIEL TORREZIN DE OLIVEIRA
M.D. GESTOR MÉDICO TÉCNICO DO
HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA
LONDRINA - PARANÁ

Prezado Senhor

Vimos por meio desta realizar uma consulta sobre a viabilidade da realização de pesquisa em prontuário e entrevista com 04 enfermeiras da Unidade Pediátrica visando a coleta de dados para pesquisa intitulada “***Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras***”.

Necessitaremos acesso aos prontuários de crianças que realizaram cirurgias e que permaneceram internadas da Unidade de Internação Pediátrica do HEL durante o ano de 2004. Essa pesquisa refere-se a nosso projeto da tese de doutoramento do Curso de Pós-Graduação, Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Informamos que o mesmo está sendo analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ISCAL, que exige a consulta, ora efetuada. Além do HEL serão pesquisados o HURNP e o Hospital Infantil Sagrada Família. Posteriormente, enviaremos o projeto de pesquisa, bem como carta solicitando autorização para acesso aos prontuários.

Sem mais, atenciosamente,

PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA
DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA/ EERP-USP

APÊNDICE G

CARTA AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IRMANDADE DA SANTA CASA DE LONDRINA / HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

“CAMPUS” DE RIBEIRÃO PRETO
Telefone: 602 3391 – FAX: (016) 633 3271/630 2561
CEP: 14040-902 – Ribeirão Preto – SP – Brasil

Londrina, 24 de janeiro de 2005

ILMA. SRA.

IR. ELVIRA MARIA PERIDES LAWAND

M.D. COORDENADORA DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IRMANDADE DA
SANTA CASA DE LONDRINA / HOSPITAL INFANTIL SAGRADA FAMÍLIA

Prezada Senhora,

Tendo em vista a aprovação pelo Comitê de Ética e Bioética em Pesquisa em Seres Humanos da Irmandade da Santa Casa de Londrina — BIOISCAL — do Protocolo CEP: nº 158/2004 — “**Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras**”, em 04/11/2004, solicito autorização para realização de visitas ao Hospital Infantil Sagrada Família com o objetivo de explorar/observar o campo de pesquisa. Serão realizadas em torno de 8 a 10 visitas à Unidade de Internação Pediátrica, apenas para ambientação da pesquisadora. A coleta de dados será realizada em outro momento.

Sem mais, atenciosamente,

PROF^A. MAUREN T. G. MENDES TACLA

DOUTORANDA DO PROGRAMA ENFERMAGEM
EM SAÚDE PÚBLICA/ EERP-USP

APÊNDICE H

ROTEIRO PARA ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO SOBRE DOR CONTIDA NOS PRONTUÁRIOS DAS CRIANÇAS ESTUDADAS (ADAPTADO DE SALANTERÄ ET AL., 1999)

Paciente: _____ Código: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Diagnóstico: _____

Tipo de cirurgia: _____

Data e hora da cirurgia: _____

Tempo de internação: _____ nº Prontuário: _____

Data da Internação: _____ Data e hora da alta: _____

Nº de cirurgias feitas pelo paciente em 2004: _____ Esta é a nº: _____

Data da coleta de dados: _____

MEDICAÇÃO ANALGÉSICA	PRÉ- OPERATÓRIA	POI SO/SRPA	POI PEDIATRIA	1º PO	2º PO	3º PO
DATA E HORA						
Não foi prescrita						
Setor em que foi administrada a medicação pré-operat.						
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (1)						
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (2)						
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (3)						
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (4)						
Prescrita s/n						
Horário de Retorno CC						
Horário e tipo da 1ª dose administrada						
Nº de doses administradas em horário regular	(1)					
	(2)					
	(3)					
Nº de doses administradas s/n	(1)					
	(2)					

	DATA E HORA	REGISTROS ESCRITOS SOBRE DOR NO PRONTUÁRIO
POI SO/SRPA		
POI Pediatria		
1º PO		
2º PO		
3º PO		
4º PO		
5º PO		
6º PO		
7º PO		
8º PO		
9º PO		
10º PO		
Observ.		

MEDICAÇÃO ANALGÉSICA	4º PO	5º PO	6º PO	7º PO	8º PO	9º PO	10º PO
DATA							
Não foi prescrita							
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (1)							
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (2)							
Medicação em horário regular: via, horário e dose prescrita (3)							
Prescrita s/n							
Nº de doses administradas em horário regular	(1)						
	(2)						
	(3)						
Nº de doses administradas s/n							

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

I. PROJETO DE PESQUISA

- **“Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras”.**

II. PESQUISADORAS RESPONSÁVEIS

- **PESQUISADORA PRINCIPAL:** Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla – Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina/ Doutoranda do Programa Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- **ORIENTADORA:** Dr^a Regina Aparecida Garcia Lima – Professora Associada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

III. OBJETIVO DA PESQUISA

- Investigar que fatores influenciam e como se realiza a prática do enfermeiro na avaliação e controle da dor pós-operatória da criança. Buscar compreender a atuação dos enfermeiros junto às crianças com dor pós-operatória, bem como suas motivações e limitações possibilitará uma visão mais clara da realidade estudada e a busca de alternativas possíveis para minimizar a dor dos pacientes sob seus cuidados.

IV. RESUMO DOS PROCEDIMENTOS A SEREM UTILIZADOS NA PESQUISA

- Eu, **Mauren Teresa Grubisich Mendes Tacla**, enfermeira, COREN-PR 19.459, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “Cuidado à criança com dor pós-operatória: experiências de enfermeiras pediatras”, a convido para participar dessa pesquisa. Ela será o trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação, nível doutorado, Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Essa pesquisa não terá procedimentos experimentais e uma das formas de coleta de dados será feita por meio de entrevista, que será conduzida a partir que uma questão norteadora e de algumas diretrizes sobre o tema do estudo. Serão entrevistadas 15 enfermeiras de 03 hospitais de Londrina. Sua realização se dará em seu local de trabalho e em área física que garanta privacidade. Não há tempo predeterminado para sua duração, pois esta será mais ou menos longa de acordo com o tamanho das respostas do entrevistado. Ela será gravada se houver consentimento e a fita destruída tão logo seja transcrita. Caso não autorize, farei um registro concomitante e ao final você dará seu parecer. Esta participação não significa co-autoria no estudo ou qualquer tipo de vantagem poderá se obtida através dele.

V. POTENCIAIS RISCOS E DESCONFORTOS INERENTES AOS PROCEDIMENTOS

- Esse tipo de pesquisa não causa desconforto ou riscos físicos e biológicos, pois não será utilizado nenhum procedimento experimental. Não haverá qualquer custo para seus participantes. Estarei pronta a responder qualquer pergunta ou fazer os esclarecimentos necessários a respeito da pesquisa.

VI. BENEFÍCIOS PREVISTOS

- As informações fornecidas mostrarão os modelos de cuidado adotados pelos enfermeiros pesquisados frente à criança com dor pós-operatória, proporcionando uma reflexão sobre os mesmos e buscando a melhoria da assistência de enfermagem.

VII. GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE DE NOMES DAS PESSOAS E INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

- As informações obtidas são sigilosas e sua identidade será preservada, utilizando nomes fictícios para identificá-lo. Garanto ainda que você poderá, a qualquer momento, se negar a responder qualquer questão, bem como deixar de participar da pesquisa, sem nenhuma repercussão posterior.

VIII. SENTENÇA ESCLARECEDORA

Eu _____, RG _____, COREN _____, fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa. Entendo que terei garantia de confidenciabilidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém além dos pesquisadores terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de prejuízo. Também concordo que a entrevista seja gravada e estou ciente de que a fita será destruída tão logo seja transcrita. Após ter tomado conhecimento destes fatos aceito participar da pesquisa.

Recebi uma cópia deste termo e a possibilidade de poder lê-lo.

ASSINATURA: _____

Londrina, _____ de _____ de 200____.

ASSINATURA DA PESQUISADORA PRINCIPAL

CONTATOS:

PESQUISADORA: (43) 3321-5655; (43) 3371-2249;

e-mail: mtacla@sercomtel.com.br.

ORIENTADORA: (16) 602-3411; e-mail: limare@eerp.usp.br

APÊNDICE J

CODIFICAÇÃO DOS DADOS

HOSPITAL: HU = 1; HEL = 2; HI = 3

IDADE EM MESES: 1ano = 12 m; 2 anos = 24m; 3 anos = 36m; 4a = 48m; 5a = 60m;
6a = 72 m; 7 a = 84m; 8 a = 96m; 9 a = 108m; 10 a = 120m; 11 a = 132m; 12 a = 144m;
13 a = 156 m; 14 anos: 168 m.

SEXO: 1 = masculino ; 2 = feminino

TIPO DE CIRURGIA (TIPOCIR): 1 = Infantil; 2 = Ortopédica; 3 = Neurológica;
4 = Otorrinolaringológica; 5 = Oftalmológica; 6 = Plástica; 7 = Ortopédica + Plástica;
8 = Infantil + Otorrino

TEMPO DE INTERNAÇÃO EM DIAS (TEMPOINT)

DIAS DE PO (DIASPO): 0 = POI; 1 = 1º PO; 2 = 2º PO; 3 = 3º PO; 4 = 4º PO; 5 = 5º PO;
6 = 6º PO; 7 = 7º PO; 8 = 8º PO; 9 = 9º PO; 10 = 10º PO

NCIRT: nº de cirurgias feitas pelo paciente em 2004

NCIRAV: nº de cirurgias avaliadas

CIRATUAL: nº da cirurgia atual

PREANEST: 0 = não foi prescrito; 1 = foi prescrito;

QUALPRE: 0 = nenhum; 1 = Midazolam ou Dormire; 2 = Diazepan ou Valium

SETORPRE (setor onde foi administrado o pré-anestésico): 0 = não foi administrado;
1 = Pediatria; 2 = Centro Cirúrgico; 3 = Pronto-Socorro

MEDICAÇÕES E DOSES:

SOMED1: 1ª medicação analgésica administrada na Sala de Operações.

SOMED2.....SOMED3.....SOMED4.....

SODOSE1: nº de doses administradas na SO da medicação 1 (SOMED1)

SODOSE2.....SODOSE3.....SODOSE4.....

SRMED1: 1ª medicação analgésica administrada na SRPA.....

SRDOSE1: nº de doses administradas na Sr da medicação 1 (SRMED1).....

PEAN1H: 1º analgésico de horário prescrito no POI, na Pediatria. Idem até PEAN4H

PEANDOSE1H: nº de doses administradas no POI, na Pediatria, do 1º analgésico de horário.....idem até PEANDOSE4H

PEAN1S: 1º analgésico prescrito no POI, na pediatria Se Necessário (S/N), até PEANIS4S

PEANDO1S: nº de doses administradas no POI, de analgésicos S/N, até PEANDO4S

PESE1H: 1º sedativo prescrito no POI, na Pediatria, de horário. Idem para PESE2H.

PESEDO1H: doses administradas do 1º sedativo de horário, no POI. Idem para PESEDO2H

PESE1S: 1º sedativo prescrito no POI, na Pediatria, S/N. Idem para PESE2S.

PESEDO1S: doses administradas do 1º sedativo S/N, no POI na Pediatria. Idem PESEDO2S.

INICIOAN: tempo em minutos do início do analgésico no POI, na Pediatria: 1h = 60m; 1,5h = 90m; 2h = 120m; 2,5h = 150m; 3h = 180m; 3,5h = 210m; 4h = 240m; 4,5h = 270m; 5h = 300m; 5,5h = 330m; 6h = 360m; 6,5h = 390; 7h = 420m; 7,5h = 450m; 8h = 480 m; 9999 = não foi administrado

P1AN1H: 1º analgésico prescrito de horário no 1º PO. Idem até P1AN4H.

P1ANDO1H: doses administradas do 1º analgésico de horário no 1º PO. Até P1ANDO4H

P1AN1S: 1º analgésico prescrito S/N no 1º PO. Idem P1AN2S.

P1ANDO1S: doses administradas do 1º sedativo S/N, no 1º PO. Idem PIANDO2S.

CÓDIGO DOS ANALGÉSICOS:

1 = Dipirona ou Novalgina ou Dorpinon	2 = Tilatil ou Tenoxicam ou Teflan
3 = Tramal ou tramadol	4 = Cataflan ou Diclofenaco ou Voltaren
5 = Buscopan	6 = Morfina ou Dimorf
7 = Bloqueio para analgesia	8 = Cetoprofenoou Profenid
9 = Dolantina ou meperidina ou demerol	10 = não foi prescrito
11 = Xyloproct	12 = Paracetamol ou Tylenol
13 = Lisador	14 = Rofecoxib ou Vioxx
15 = Nimesulida ou Nisulid	16 = Cepacaína spray

CÓDIGO DOS SEDATIVOS:

1 = Hidrato de Cloral	2 = Midazolam ou Dormonid ou Dormire	3 = Fenobarbital
4 = Amplictil	5 = Diazepan ou Valium	10 = não foi prescrito

CÓDIGOS DA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

PENF1SO = Prescrição de Enfermagem na Sala de Operações

PENF1SR = Prescrição de Enfermagem na SRPA

PENF1PED = Prescrição de Enfermagem no POI, na Pediatria...PENF2PED.....

PENF1PO1 = Prescrição de Enfermagem no 1º PO....PENF2PO1.....

PENF1PO2 = Prescrição de Enfermagem no 2º PO.....

1 = nada foi prescrito	2 = Observar e Anotar dor/dores	3 = O e A sinais de dor/ fácies de dor
6 = O e A algia/ algias	4 = O e A dor em membro/local/parte do corpo operado	
5 = O e A queixas algicas/ queixas de dor/ queixas de algia		
7 = prescrição de estratégias não-farmacológicas: uso de arco protetor		
8 = prescrição de estratégias não-farmacológicas: amamentação		
9 = prescrição de estratégias não-farmacológicas: elevação de parte do corpo/ membro		
10 = prescrição de estratégias não-farmacológicas: outras	99 = alta	13 = outras

CÓDIGO DOS REGISTROS

REG1ENFSO = 1º registro da enfermeira sobre dor pós-operatória na SO

REG1AUXSO = 1º registro da auxiliar sobre dor pós-operatória na SO

REG1ENFSR = 1º registro da enfermeira sobre dor pós-operatória na SR

REG1AUXSR = 1º registro da auxiliar sobre dor pós-operatória na SR

REG1EMPED = 1º registro da enf. da manhã sobre dor pós-operat., POI, Pediatria.

REG1AMPED = 1º registro da aux. da manhã sobre dor pós-operat., POI, Pediatria.

REG1ETPED = 1º registro da enf. da tarde sobre dor pós-operat. no POI, Pediatria.

REG1ATPED = 1º registro da auxiliar da tarde sobre dor pós-operat., POI, Pediatria.

REG1ENPED = 1º registro da enf. da noite sobre dor pós-operat., POI, Pediatria.

REG1ANPED = 1º registro da auxiliar da noite sobre dor pós-operat., POI, Pediatria.

0 = sem comentários 1 = com comentários
2 = ausência de dor/ não refere/nega dor/ sem queixas álgicas/de dor
3 = localização da dor 4 = comentários da criança revelando dor
5 = comentários da criança de melhora da dor 21 = dor à palpação
26 = dor à manipulação 29 = alta 30 = infundindo/recebendo analgésico
99 = alta

COMENTÁRIOS SOBRE A MEDICAÇÃO ADMINISTRADA:

6 = conforme prescrição médica/ medicado para dor
7 = comportamento após a medicação 8 = medicado novamente
9 = administrado outro medicamento
10 = antecipação do analgésico

COMENTÁRIOS SOBRE USO DE ESTRATÉGIAS NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA ALÍVIO DA DOR:

11 = arco protetor 12 = amamentação 13 = elevação de parte do corpo/membro
14 = outras 28 = presença/colo/ companhia dos pais
33 = comportamento da criança após o uso da estratégia não-farmacológica

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA REVELANDO DOR:

15 = choroso 16 = irritado 17 = agitado/inquieto 18 = gemente
19 = choroso/irritado/queixoso/agitado à manipulação/procedimentos
20 = ansioso 22 = outros 27 = queixoso
31 = choroso à aproximação/presença da enfermagem

COMENTÁRIO SOBRE CONTATO COM O MÉDICO:

23 = Comentário sobre contato com o médico para comunicar dor da criança
24 = Comentário sobre solicitação de prescrição de analgésico ao médico
25 = Comentário sobre não ter sido possível contato com o médico para comunicar dor da criança
36 = Comentário sobre a reavaliação da criança pelo médico.

APÊNDICE K

ROTEIRO DE ENTREVISTA A SER REALIZADA COM AS ENFERMEIRAS

HOSPITAL: Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná **Data:** _____

LOCAL EM QUE FOI REALIZADA: _____

DURAÇÃO: _____

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: _____ **CÓDIGO:** HU 02

TELEFONE PARA CONTATO: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

IDADE: _____ **FILHOS:** _____ **TEMPO DE FORMADA:** _____

TEMPO DE ATUAÇÃO EM PEDIATRIA: _____ **TEMPO DE ATUAÇÃO NESTE SETOR:** _____

TURNO DE TRABALHO: _____ **REGIME DE TRABALHO:** _____

TEM OUTRO TRABALHO? _____ **QUAL?** _____

TURNO DE TRABALHO: _____ **REGIME DE TRABALHO:** _____

ESPECIALIZAÇÃO: Área: _____ **Há quanto tempo:** _____

Instituição: _____

II – ENTREVISTA

PERGUNTAS NORTEADORAS:

- FALE-ME SOBRE UMA EXPERIÊNCIA DOLOROSA VIVENCIADA POR VOCÊ.

Diretrizes:

1. Como foi seu aprendizado familiar relacionado à dor?
2. Qual foi sua experiência pessoal mais marcante relacionada à dor?
3. Ao cuidar da criança com dor você relembra essa experiência? Se utiliza dela para aliviar a dor do paciente?

- FALE-ME SOBRE SUA EXPERIÊNCIA DE CUIDAR DE CRIANÇAS COM DOR NO PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO.

Diretrizes:

1. Como você avalia a dor da criança no período pós-operatório?
2. Sente-se segura ao avaliar a dor da criança? Por que?
3. Existe algum controle sistematizado de avaliação da dor da criança no setor?
4. Você tem o hábito de registrar a dor na evolução?
5. E na passagem de plantão? Os aspectos relacionados à dor são ressaltados?
6. Tem dificuldade no controle da dor da criança? Fale sobre isso.
7. Utiliza alguma estratégia para minimizar a dor da criança? Se sim, qual (is)? Por que?
8. Como percebe o papel da família na avaliação e controle da dor da criança? Por que?

III – DADOS SOBRE AQUISIÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE DOR PEDIÁTRICA

1. Onde e como adquiriu conhecimentos sobre avaliação e controle da dor da criança no período pós-operatório?
2. Já participou de algum evento ou treinamento sobre dor em crianças?
3. O tema foi abordado durante a graduação? Se sim, como ocorreu?
4. E durante a especialização? Se sim, como ocorreu?
5. Já abordou o tema com seus funcionários? Se sim, como ocorreu?
6. Há grupo de estudo sobre o tema no hospital? Participa ou participou dele?
7. Participou de alguma pesquisa sobre o tema? Caso sim, com quem?
8. Você já falou sobre suas experiências pessoais, sobre suas experiências de cuidado, agora diga o que é dor para você.

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ, DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

**UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA**

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

LONDRINA, 04 DE ABRIL DE 2005.

PARECER CEP 003/05

À Sra.
MAUREN TERESA GRUBISICH MENDES TACLA

Prezada Senhora,

O Comitê de Ética em Pesquisa analisou e **aprovou** o Projeto de Pesquisa **"CUIDADO À CRIANÇA COM DOR PÓS-OPERATÓRIA: EXPERIÊNCIAS DE ENFERMERIAS PEDIATRAS"**, que está de acordo com a Resolução 196 — CNS.

Atenciosamente,

Profª. Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

CONFERE COM O ORIGINAL

ANEXO B

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA IRMANDADE SANTA CASA DE LONDRINA

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL EVANGÉLICO DE LONDRINA

ANEXO D

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ