**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

***O manejo da dor por profissionais de enfermagem
no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de
cirurgia cardíaca***

FERNANDA CRISTINA QUEIROZ

**Ribeirão Preto
2007**

FERNANDA CRISTINA QUEIROZ

O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento

Ribeirão Preto

2007

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.

FICHA CATALOGRÁFICA

Reproduzida conforme recomendação da Biblioteca Central do *Campus*
Administrativo de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Queiroz, Fernanda Cristina

O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. Ribeirão Preto, 2007.

131 p.: il.; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Nascimento, Lucila Castanheira.

1. Criança. 2. Dor Pós-operatória. 3. Equipe de Enfermagem. 4. Enfermagem

FOLHA DE APROVAÇÃO

Fernanda Cristina Queiroz

O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Laerte e Izabel, que, com muito esforço e carinho, são responsáveis pela minha formação e por tudo que conquistei até aqui.

Aos meus irmãos, Aline e Daniel, e aos demais familiares que, de alguma maneira, sempre estiveram ao meu lado.

Ao Fábio, pelo apoio, paciência e carinho com que me ajudou a enfrentar este desafio. Obrigada pelo seu companheirismo e amor.

Amo todos vocês!!!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar meus sinceros agradecimentos:

À Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, pessoa muito importante na minha formação, por sua orientação competente e dedicada.

À Profa. Dra. Regina Aparecida Garcia de Lima, pelas contribuições que possibilitaram a finalização deste estudo.

À Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato, pela atenção e sugestões oferecidas para o enriquecimento deste estudo.

À Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, pela sua participação no Exame de Qualificação, trazendo importantes contribuições para o direcionamento deste trabalho.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pelo auxílio neste trajeto.

À Equipe de Enfermagem da Clínica Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, pela paciência, disponibilidade e apoio oferecido durante a realização deste estudo.

Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em especial à Divisão de Enfermagem e profissionais da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, pelo apoio na condução desta pesquisa e aprimoramento profissional.

RESUMO

QUEIROZ, F C. **O manejo da dor por profissionais de enfermagem no cuidado de crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca.** 2007. 131f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

A dor pós-operatória é um fenômeno complexo, multidimensional e subjetivo, tanto para a criança quanto para os profissionais de saúde que lidam com ela. Seu manejo constitui-se em desafio, principalmente quando está ligado à dor em crianças, com suas particularidades do desenvolvimento infantil. Buscando contribuir com a discussão a respeito do manejo da dor pela equipe de enfermagem, o objetivo do presente estudo é compreender como os profissionais de enfermagem lidam com o manejo da dor em criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. O estudo é de natureza descritivo-exploratória, com abordagem metodológica qualitativa. Participaram do estudo vinte e três profissionais de enfermagem, sendo seis enfermeiros, três técnicos de enfermagem e quatorze auxiliares de enfermagem. A principal técnica de coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada. A observação das atividades desses profissionais na enfermaria, relacionadas ao manejo da dor da criança, e a coleta de dados no prontuário da criança foram as técnicas usadas para complementar os dados provenientes das entrevistas. Na análise de conteúdo, os dados permitiram a compreensão de como os profissionais de enfermagem manejam a dor da criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. No contexto em que o manejo da dor da criança ocorre, a presença da mãe e a comunicação entre os membros da equipe de enfermagem e entre esses e a mãe mostraram-se como elementos essenciais para um adequado manejo da dor da criança. O estudo mostrou que os profissionais de enfermagem avaliam a dor por meio de parâmetros comportamentais e fisiológicos, atentando-se para as fases do desenvolvimento da criança, da mesma forma em que buscam superar as dificuldades impostas na avaliação da dor de crianças menores. Utilizaram a intervenção farmacológica para o alívio da dor como primeira escolha; a não-farmacológica também se constituiu em estratégia para o alívio da dor, porém em menor proporção. Dando continuidade ao processo, os participantes mencionaram reavaliar a dor da criança, após a utilização da intervenção de alívio escolhido, e registrar os procedimentos realizados. Os dados provenientes das observações demonstraram a utilização de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, os quais não são rotineiramente registrados nos prontuários das crianças. Alguns desafios foram apontados pelos profissionais de enfermagem para o manejo da dor da clientela pesquisada. Os resultados do estudo possibilitaram identificar, no contexto pesquisado, aspectos do processo do manejo da dor em crianças, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, que necessitam ser aprimorados, objetivando a melhoria do cuidado prestado a essa clientela.

Descritores: Criança. Dor Pós-operatória. Equipe de Enfermagem. Enfermagem.

ABSTRACT

QUEIROZ, F C. Late postoperative pain management by the nursing team in the care of children after heart surgery. 2007. 131p. Master's thesis – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

Postoperative pain is a complex, multidimensional and subjective phenomenon, for children as well as for health professionals. Its management is a challenge, mainly when related to pain in children, whose development has particular characteristics. In an attempt to contribute to the discussion about pain management by the nursing team, this study aims to understand how nursing professionals deal with pain management in children during the late postoperative period of heart surgery. This is a descriptive-exploratory study with a qualitative methodological approach. Study participants were twenty-three nursing professionals, including six nurses, three nursing technicians and fourteen nursing auxiliaries. The main data collection technique was through semistructured interviews. To complement data from the interviews, these professionals' activities related to pain management in children were observed at the ward and data were collected from the children's files. In content analysis, data permitted an understanding of how nursing professionals manage the child's pain in the late postoperative period after heart surgery. The context in which the pain occurs, the mother's presence and communication among nursing team members and between professionals and the mother revealed to be essential elements for the adequate management of the child's pain. The study showed that nursing professionals assess pain through behavioral and physiological parameters, paying attention to the child's development phases and attempting to overcome the difficulties imposed by pain assessment in younger children. The pharmacological intervention is their first choice for pain relief; the non-pharmacological intervention is another strategy for pain relief, although to a lesser extent. To continue the process, the participants mentioned that they reassess the child's pain after using the chosen relief method and register the procedures they performed. Observation data demonstrate the use of non-pharmacological intervention for pain relief, which are not routinely registered in the children's files. The nursing professionals indicate a number of challenges for pain management in the clientele under study. The study results made it possible to identify, in the study context, aspects of the pain management process in children during the late postoperative period after heart surgery that need to be improved, with a view to a better care delivery to these clients.

Key words: Child. Pain, Postoperative. Nursing, Team. Nursing.

RESUMEN

QUEIROZ, F C. **Manejo del dolor por profesionales de enfermería en el cuidado de los niños en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca.** 2007. 131h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

El dolor postoperatorio es un fenómeno complejo, multidimensional y subjetivo, tanto para el niño, como para los profesionales de la salud. Su manejo presenta un desafío, principalmente cuando está vinculado al dolor en niños, con sus particularidades del desarrollo infantil. Buscando contribuir con la discusión respecto al manejo del dolor por el equipo de enfermería, la finalidad de este estudio es comprender como los profesionales de enfermería lidian con el manejo del dolor en niños en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca. El estudio es de naturaleza descriptivo-exploratoria, con aproximación metodológica cualitativa. Participaron del estudio veinte y tres profesionales de enfermería, siendo seis enfermeros, tres técnicos de enfermería y catorce auxiliares de enfermería. La principal técnica de recopilación de datos fue la entrevista semiestructurada. La observación de las actividades de esos profesionales en la enfermería, relacionadas al manejo del dolor del niño, y la recopilación de datos en el archivo del niño fueron las técnicas usadas para complementar los datos resultantes de las entrevistas. En el análisis de contenido, los datos permitieron comprender como los profesionales de enfermería manejan el dolor del niño en el postoperatorio de cirugía cardíaca. En lo contexto en que ocurre el dolor, la presencia de la madre y la comunicación entre los miembros del equipo de enfermería y entre esos y la madre se mostraron como elementos esenciales para un adecuado manejo del dolor del niño. El estudio mostró que los profesionales de enfermería evalúan el dolor mediante parámetros comportamentales y fisiológicos, atentándose para las fases del desarrollo del niño y buscando superar las dificultades impuestas en la evaluación del dolor de niños menores. Utilizaran la intervención farmacológica para el alivio del dolor como primera opción; el no-farmacológico también constituyó una estrategia para el alivio del dolor, aunque en menor proporción. Continuando el proceso, los participantes mencionaron que reevalúan el dolor del niño, tras la utilización del la intervención elegido, y registrar los procedimientos realizados. Los datos provenientes de las observaciones demostraran la utilización de la intervención no-farmacológicos para el alivio del dolor, los cuales no son rutinariamente registrados en los archivos de los niños. Algunos desafíos fueran apuntados por los profesionales de enfermería para el manejo del dolor de la clientela investigada. Los resultados del estudio posibilitaron identificar, en el contexto investigado, aspectos del proceso del manejo del dolor en niños, en el postoperatorio tardío de cirugía cardíaca, que necesitan ser perfeccionados, con objeto de mejorar el cuidado prestado a esa clientela.

Palabras-clave: Niño. Dolor Postoperatorio. Grupo de Enfermería. Enfermería

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Análise dos artigos, segundo ano de publicação, temática principal, participantes, abordagem metodológica e resultado principal.....	28
Quadro 2 – Distribuição dos sujeitos da pesquisa, segundo categoria profissional, sexo, tempo de atuação na enfermagem e tempo de atuação na área de pediatria.....	48

LISTA DE SIGLAS

CTI: Centro de Terapia Intensiva

HCFMRP – USP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

IASP: *International Association for Study of Pain*

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

EERP – USP: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

CEP: Comitê de Ética em Pesquisa

FLACC: *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability Scale*

NFCS: *Neonatal Facial Coding System*

NIPS: *Neonatal/Infant Pain Scale*

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUS: Sistema Único de Saúde

Sumário

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Introduzindo a temática da dor em crianças	17
1.2 O manejo da dor em crianças	19
1.3 O manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: revisão de literatura	26
2 JUSTIFICATIVA	40
3 OBJETIVO	42
4 CAMINHO METODOLÓGICO	44
4.1 Caracterização do estudo	44
4.2 Local da pesquisa	44
4.3 Considerações éticas	45
4.4 Participantes da pesquisa	46
4.5 Procedimento para coleta e registro dos dados empíricos	49
4.5.1 Entrevistas com profissionais de enfermagem	49
4.5.2 Observação das atividades diárias dos profissionais de enfermagem	52
4.5.3 Coleta de dados em prontuários: registro das anotações de enfermagem e prescrição de medicamentos relacionados à dor	56
4.6 Procedimento para a análise dos dados	57
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	60
5.1 A criança submetida à cirurgia cardíaca: construindo o cuidado relacionado à dor pós-operatória	60
5.2 O manejo da dor pós-operatória	65
5.2.1 Avaliação da dor	65
5.2.2 Alívio da dor	79
5.2.3 Reavaliação da dor	89
5.2.4 Registros relacionados ao manejo da dor	93
5.3 Desafios da equipe de enfermagem no manejo da dor da criança	97
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	124
ANEXO	131

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Trabalhar com o tema dor, por si só, é um desafio o qual se torna ainda maior quando se trata de dor em criança, que dada a fase de seu desenvolvimento possui limitações em sua comunicação verbal.

Quando iniciei o curso de graduação em enfermagem, em 1998, os aspectos relacionados à criança, no sentido de proporcionar um cuidado mais humanizado pela equipe de enfermagem, já faziam parte dos meus objetivos. Ao término de minha formação, com a certeza de que a área pediátrica era a eleita para o meu aprimoramento, busquei o Curso de Especialização em Enfermagem em Cuidado Intensivo Neonatal e Pediátrico – Modalidade Residência. Durante os dois anos deste processo, vivenciei diferentes situações, dentre as quais, a peculiaridade do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica, com grande fluxo de crianças provenientes de cirurgia cardíaca. Ao longo dessa trajetória, identifiquei a necessidade de cuidar dessas crianças de modo a proporcionar um cuidado o menos doloroso possível, o que muito me motivou a buscar a continuidade da minha formação profissional.

No Centro de Terapia Intensiva Pediátrico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, a equipe de saúde tem como parte do seu trabalho a avaliação e o alívio da dor das crianças sob sua responsabilidade. Dessa forma, o manejo da dor faz parte do plano de cuidado às crianças no pós-operatório de cirurgia cardíaca e, para dar continuidade ao cuidado prestado a esta clientela, tive a preocupação de conhecer como era o seguimento desta criança na Enfermaria de Pediatria em relação ao manejo da dor.

Conhecendo a complexidade do fenômeno da dor e vivendo as dificuldades diárias dos profissionais de saúde, em especial, da equipe de enfermagem, em relação ao manejo da dor da criança, é que surgiu a motivação para o desenvolvimento desta pesquisa. Com o desenvolvimento deste trabalho, pretendemos contribuir com a construção de um cuidado atraumático, tanto para a criança, quanto para a sua família, além de possibilitar que a equipe de enfermagem se torne mais alerta para o manejo da dor.

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 Introduzindo a temática da dor em crianças

Desde a Antigüidade, o homem sempre procurou esclarecer as razões que justificassem a ocorrência da dor e os procedimentos destinados a seu controle, resultando, assim, em diferentes interpretações de suas dimensões, de acordo com cada sociedade e com o momento histórico. Assim, apesar de a dor ser um amplo fenômeno, não é expressa do mesmo modo em todas as culturas e talvez não seja sentida de modo idêntico por todos os indivíduos (TEIXEIRA; OKADA, 2003).

A dor, que acompanha a existência da humanidade, ainda se constitui em um problema bastante complexo para ser resolvido, tanto em relação ao seu tratamento, quanto, principalmente, à sua compreensão e avaliação (CLARO, 1993). A dor é uma experiência que se caracteriza pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade; deve ser vista como uma experiência complexa que envolve o organismo como um todo e não somente os componentes fisiológicos. Dessa forma, compreende os aspectos psicológicos e sociais da vida do indivíduo, não podendo ser reduzida unicamente ao sofrimento físico (GAIVA; DIAS, 2002).

De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), a dor é definida como uma sensação ou uma experiência emocional desagradável relacionada à lesão real ou potencial ou descrita em termos de tais lesões. A inabilidade de comunicar-se verbalmente não nega a possibilidade de o indivíduo estar apresentando dor (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR STUDY OF PAIN, 2007). Tal definição implica na subjetividade da dor, no seu aprendizado por meio de experiências relacionadas a traumatismos e lesões (GUINSBURG; BALDA, 2003). Recentemente, como tentativa de definir a dor de modo mais compreensivo, Anand

e Craig (1998) sugeriram novas definições, abrangendo sua ocorrência em doentes incapazes de verbalizá-la. Já Guinsburg e Balda (2003) propõem que a percepção da dor seja qualidade inerente à vida, que surge precocemente no desenvolvimento do indivíduo e que serve como sinalizador de lesão tecidual.

Embora muitos pesquisadores tenham como objetivo de estudo dor em crianças, bem como com sua medida, o tema ainda é pouco explorado na realidade brasileira e, muitas vezes, subestimado por profissionais de saúde que convivem freqüentemente com a presença da dor como sintoma de inúmeras patologias (CLARO, 1993). A justificativa para o número limitado de estudos da dor em crianças pode vir das dificuldades que o problema em questão apresenta. Se considerarmos que a avaliação de dor em adultos, que possuem amplas vivências e podem expressar com certa facilidade seus estados subjetivos através da fala, já é um desafio, a questão quando voltada para a criança torna-se ainda mais dramática, pois nos deparamos com a pouca ou nenhuma fluência verbal e a contínua e rápida mudança de estágio de desenvolvimento a que estão sujeitas (CLARO, 1993). Nesta perspectiva, lidar com a dor na criança ainda constitui um grande desafio para os profissionais de saúde que, além de conviverem com as particularidades do desenvolvimento da criança, devem respeitar o direito da criança de não sentir dor, quando existem meios para evitá-la, previstos nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados (BRASIL, 1995).

A exposição realizada até este momento objetivou introduzir aspectos gerais sobre a temática da dor. A seguir, destacamos pontos de maior relevância sobre o manejo da dor em crianças.

1.2 O manejo da dor em crianças

Inicialmente, faz-se necessário explicitar nosso entendimento a respeito do termo manejo, aqui escolhido para representar a complexidade de ações que demandam o fenômeno da dor em crianças. O verbo manejar, em sentido amplo, significa mover ou executar com as mãos; administrar, dirigir, manear, traçar, delinear, controlar, ter conhecimento de, exercitar, praticar (FERREIRA, 1975). Nesse sentido, entendemos que o manejo da dor compreende todas as ações realizadas e potencialidades direcionadas com o objetivo de aliviar e/ou minimizar a dor da criança. Pode significar o envolvimento de várias pessoas, em especial a interação entre profissionais de saúde, familiares e a própria criança, além de requerer conhecimentos específicos relacionados aos mecanismos da dor e às especificidades da criança.

Para melhor entendimento do nosso objeto de estudo, a saber: o manejo da dor em crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca por profissionais de enfermagem, a princípio, descreveremos alguns aspectos relacionados à dor em neonatos, já que o conhecimento produzido sobre o tema nesta clientela tem contribuído para ampliar a compreensão deste fenômeno em crianças maiores.

Apesar das constatações empíricas de pais e médicos que cuidam de recém-nascidos, a ciência médica levou muito tempo para se convencer de que o recém-nascido sente dor. Esta última é um sintoma que deve ser manifestado pelo paciente, e como o recém-nascido não expressa suas sensações de forma verbal, a constatação do sentimento de dor pelo neonato torna-se questionável. Soma-se a isso o fato de que o recém-nascido apresenta receptores e transmissão modificada no tecido nervoso imaturo, maiores concentrações plasmáticas de endorfinas e

aumento da permeabilidade hematoencefálica (PROCIANOY, 1994; GAIVA; DIAS, 2002).

Até a década de 1970, o conceito que prevalecia entre os pediatras e neonatologistas era de que o recém-nascido não sentia dor. A provável explicação para essa mudança de pensamento vem sendo atribuída a inúmeras pesquisas, possibilitando um melhor conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito da presença da dor no período neonatal, do desenvolvimento do sistema nociceptivo, das conseqüências da dor a curto, médio e longo prazo para o recém-nascido, além de recomendações formais sobre estratégias para o alívio da dor nesta faixa etária (CHERMONT et al., 2003).

A partir da segunda metade da década de 1980, surgiram os primeiros trabalhos científicos mostrando as alterações a que estão sujeitos os recém-nascidos quando submetidos à dor. O estresse doloroso leva às alterações cardiorrespiratórias: taquicardia, aumento da pressão arterial, decréscimo da pressão parcial de oxigênio no sangue e sudorese palmar; hormonais e metabólicas: aumento dos níveis séricos de catecolaminas, cortisol, glucagon e hormônio do crescimento; supressão de insulina e aumento da excreção nitrogenada; comportamentais: expressão facial, resposta motora e choro (PROCIANOY, 1994; GAIVA; DIAS, 2002). Em crianças maiores, além de a dor causar alterações fisiológicas profundas, modificando a pressão arterial, frequência cardíaca, transpiração, entre outras, pode afetar dimensões psicológicas, causando desassossego, ansiedade, hostilidade, angústia e o desespero. Qualquer que seja o seu grau, a dor causa mudanças, e mudanças geram estresse que acaba aumentando a dor. Esse é o ciclo vicioso a ser quebrado (PROCIANOY, 1994; GAIVA; DIAS, 2002).

As crianças experimentam a dor com medo, talvez sem conseguir entender o que se passa com elas, e o medo aumenta a dor. As teorias sobre a dor e seus mecanismos fisiológicos são muitas, mas este conhecimento se torna inútil se não for acompanhado de outros detalhes e, um destes, é que o comportamento e as características de um indivíduo variam de acordo com as diferentes etapas do seu desenvolvimento (CONCEIÇÃO; SILVA; ROBERGE, 1985).

Anand e Craig (1998) propõem que as alterações comportamentais desencadeadas pela dor sejam consideradas a forma infantil do relato verbal de dor, cuja natureza depende do repertório pessoal associado a cada estágio do desenvolvimento da criança e que possui significado próprio, no contexto do comportamento do recém-nascido e em todas as etapas de seu desenvolvimento. Nesta mesma direção, Ready e Thomas (1997) reafirmam o nível de desenvolvimento como o fator que mais influencia a experiência de dor em uma criança. Destacam que, para cada etapa de sua vida, a criança reage à dor de diferentes maneiras, e os instrumentos utilizados para esta avaliação dependem da sua idade e maturidade cognitiva.

O resultado do treinamento inadequado quanto à valorização, diagnóstico e terapias das síndromes dolorosas na infância é o inadequado tratamento da dor nesta fase da vida. Segundo Barbosa e Guinsburg (2003), a avaliação da dor na criança é a base para o seu tratamento efetivo e pode ser feita segundo vários métodos: auto-relato, medidas fisiológicas e observação comportamental. A avaliação deve contar com a associação de diferentes formas de coleta de dados. Sendo a dor definida como uma experiência subjetiva, o auto-relato é conhecido como padrão-ouro para a sua avaliação. Deve-se lembrar, entretanto, que as crianças começam a utilizar as palavras para descreverem a dor após 18 meses de

vida; a cognição está suficientemente desenvolvida para inferir a intensidade da dor (muito/pouco) por volta dos 3 a 4 anos, e a capacidade de fornecer detalhes em torno da descrição da intensidade, da qualidade e da localização da dor ocorre a partir dos 6 anos de idade (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Ainda hoje, crianças são submetidas a uma gama de procedimentos dolorosos sem sedação e analgesia adequadas, sem atenção ao conforto do doente e à dor como elemento inerente ao diagnóstico clínico ou terapêutico e não apenas como sintoma ou entidade clínica merecedora de tratamento (BARBOSA; GUINSBURG, 2003). Vários pesquisadores têm documentado a discrepância no tipo e quantidade de analgésicos prescritos e administrados em crianças e adultos que passaram por cirurgias similares, sendo observado que, aos adultos, são administrados mais analgésicos (VINCENT; DENYES, 2004; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; HELGADÓTTIR, 2000; WOODGATE; HRISTJANSON, 1996).

Infelizmente os profissionais de saúde tendem a subestimar a dor em crianças, portanto, uma definição operacional útil na prática clínica é que a dor é qualquer coisa que a pessoa que experimenta diz que sente, existindo sempre que a pessoa diz existir (WONG, 1999). Tal definição é útil quando nos deparamos com crianças capazes de verbalizar o que sentem. Para Smeltzer e Bare (1998), a regra a ser seguida no cuidado ao paciente com dor é a de que toda dor é real, mesmo quando a causa for desconhecida. Essa afirmação é baseada em dois pontos importantes: o primeiro, é que a dor é considerada real mesmo sem nenhuma causa física ou sua origem identificada, e a segunda, é que a dor não está limitada a declarações verbais, portanto, devem-se observar os comportamentos não-verbais que podem ocorrer com a dor (SMELTZER; BARE, 1998).

Schechter, apud Helgadóttir (2000), descreveu o “ciclo do subtratamento” em que a dor nas crianças depende de mitos e atitudes da sociedade em que vivem para ser controlada e do desinteresse de enfermeiros e médicos nas pesquisas sobre o controle da dor. Para o autor, o inadequado e insuficiente conhecimento da avaliação da dor e seu controle permitem que os mitos e as atitudes da sociedade contribuam para o subtratamento da dor existir e para o desinteresse médico no controle da dor. Para quebrar este ciclo, enfermeiras e médicos precisam reconhecer o problema e conduzir mais estudos nesta área. Na realidade nacional, também é fundamental que a equipe de enfermagem que atua em unidades pediátricas reconheça a existência da situação de dor, para avaliar e intervir a partir da reação de cada criança e de acordo com seu desenvolvimento, implantando cuidados que minimizam o seu sofrimento e humanizam o cuidado (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2001; GAIVA; DIAS, 2002).

O alívio da dor não constitui prioridade de cuidado na concepção de muitos profissionais em unidades de terapia intensiva; aceita-se a existência da dor como um fato consumado. Como o termo dor representa mais de um fenômeno, é importante ressaltar que nosso estudo refere-se à dor aguda que se diferencia das outras dores, crônica e maligna, por trazer consigo a expectativa de alívio e resolução num espaço de tempo delimitado.

Segundo Pimenta et al. (1992), no ambiente hospitalar, a cirurgia é uma das maiores causas de dor aguda, assim, a dor do pós-operatório é representativa para o estudo da dor aguda. Além disso, a dor pós-operatória intensa ou moderada, em geral, manifesta-se em 40% a 60% dos casos. Ela ocorre mais freqüentemente após cirurgias extensas no tórax, abdômen, loja renal, coluna vertebral, grandes articulações, ossos longos mãos e pés. Para o desenvolvimento do nosso estudo,

interessam-nos as cirurgias do tórax, as quais compreendem as cirurgias cardíacas. Nos doentes que se submetem à cirurgia cardíaca, a dor é moderada em cerca de um terço dos doentes e intensa em aproximadamente um quarto deles (TEIXEIRA; VALVERDE FILHO, 2003).

A dor cirúrgica é traumática e estressante para qualquer indivíduo, particularmente em crianças que não têm habilidades verbais e cognitivas para comunicar sua dor. A má interpretação ou o pouco entendimento das experiências dolorosas nas crianças é um fator contribuinte para um sofrimento desnecessário, pós-operatório ou pós-tratamento complicados, demora na recuperação, pouca medicação para dor dada à criança hospitalizada e alteração na resposta para futura dor (WIROONPANICH; STRICKLAND, 2004).

Toda intervenção cirúrgica traumatiza o tecido, e a dor resultante depende do local e do tipo de cirurgia. A dor no pós-operatório relacionada à cirurgia torácica, por exemplo, advém do trauma da parede torácica e costelas. A resposta inflamatória à cirurgia libera histaminas, serotoninas, cininas e prostaglandinas, todas estimulantes dos receptores da dor. Além disso, há secção de nervos e espasmo muscular, levando à isquemia, acidose e hipóxia local e, conseqüentemente, à estimulação dos receptores de dor (PIMENTA et al., 1992; ECHER; CASSOL; LUCENA, 1994; DAHLMAN; DYKES; ELANDER, 1999).

A dor aumenta a morbidade e a morbimortalidade de doentes em qualquer faixa etária, além de dificultar a recuperação e reparação de processos mórbidos clínicos ou cirúrgicos. Quando não tratada, a dor até mesmo em fase precoce da vida, como no período neonatal, pode desencadear reorganização estrutural permanente e funcional das vias nervosas nociceptivas, que, por sua vez, afetam futuras experiências de dor do indivíduo (BARBOSA; GUINSBURG, 2003).

Crianças submetidas a cirurgias experimentam dor no período pós-operatório, e o primeiro e mais importante objetivo da analgesia pós-operatória é o alívio dessa dor. A analgesia visa também a maximizar o resultado da cirurgia e minimizar o traumatismo da anestesia, durante o período de recuperação. Estudos feitos por Barbosa e Guinsburg (2003) e Huth et al. (2003) evidenciam que a dor pós-operatória facilita o surgimento de complicações respiratórias, como atelectasias, pneumonias e hipóxia, de complicações gastrointestinais, pela imobilização e supressão do sistema imune; o alívio dessa dor reduz essas complicações.

Segundo Helgadóttir (2000), ainda hoje, um considerável número de crianças não tem medicação para dor prescrita após cirurgias, além disso, quando há prescrição de analgésicos, estes são prescritos abaixo da dose terapêutica, fazendo com que a criança seja submedicada. As atitudes das enfermeiras e o inadequado conhecimento são alguns fatores para a submedicação, além de as próprias enfermeiras identificarem múltiplas barreiras para o adequado controle da dor como: o conhecimento, as atitudes e a percepção dessas barreiras (VINCENT; DENYES, 2004).

A ausência de uma abordagem sistematizada no controle da dor predispõe a lacuna na assistência, quer na fase de identificação da dor, quer na implementação da terapia analgésica e na avaliação da analgesia obtida. Estas falhas levam à subidentificação e subtratamento da dor (PIMENTA et al., 1992).

O alívio da dor é uma necessidade básica e direito de todas as crianças e o seu controle efetivo exige que os profissionais de saúde tentem inúmeras intervenções para conseguir resultados ideais. Basicamente, as intervenções de

redução da dor podem ser agrupadas em duas categorias: farmacológicas e não-farmacológicas (WONG, 1999).

Antes de administrar a medicação analgésica, pode-se fazer uso de medidas de conforto para minimizar a dor, agitação e ansiedade da criança. Apesar das medidas de conforto e comportamentais aplicadas isoladamente não aliviarem a dor, elas são capazes de diminuir a agitação e indiretamente, reduzem-na ao promover a organização comportamental, conforto e repouso (WONG, 1999; GAIVA; DIAS, 2002; GUINSBURG; BALDA, 2003).

Sabendo-se que a dor pós-operatória continua sendo uma das principais complicações pós-cirúrgicas e motivo de desconforto, principalmente em crianças (NASCIMENTO; MÓDOLO; RODRIGUES, 2002), realizamos uma revisão da literatura sobre o manejo da dor pós-operatória em crianças pelos profissionais de enfermagem.

1.3 O manejo da dor pós-operatória na enfermagem pediátrica: revisão de literatura

Frente à necessidade de ampliar o conhecimento a respeito do manejo da dor pós-operatória em crianças pelos profissionais de enfermagem, fizemos uma revisão de literatura de pesquisas que abordassem esse tema, no período de 1993 a 2006, a fim de identificar os temas de maior interesse e fornecer subsídios para um cuidado de enfermagem de maior qualidade às crianças com dor.

Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada a partir das bases de dados LILACS, MEDLINE e CINAHL e de busca não sistematizada, nos principais periódicos da área, e por meio das referências bibliográficas existentes nos próprios artigos selecionados e disponíveis. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave,

em diferentes combinações: *pain*, *child*, *nursing* e *postoperative*, sendo identificados 16 artigos pertinentes aos objetivos do estudo.

A partir da leitura dos resumos, os artigos foram selecionados tendo em vista critérios de inclusão e exclusão. Foram incluídos artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, redigidos nas línguas inglesa, portuguesa e espanhola, no período de 1993 a 2006, independente da abordagem metodológica. Incluímos artigos relacionados ao manejo da dor da criança no pós-operatório e que tinham como participantes enfermeiras ou equipe de enfermagem, mesmo que outros sujeitos tivessem sido objetos de estudo, como as próprias crianças e seus pais. Excluíram-se as publicações que não apresentavam resumo, que enfocavam validação de escalas, dosagens de medicamentos e procedimentos cirúrgicos. Com base nos critérios apresentados, a amostra deste estudo constituiu-se de 11 artigos.

Para análise dos artigos, utilizamos um roteiro contendo os seguintes indicadores: ano, temática central, participantes, abordagem metodológica e resultado principal. Uma síntese desse resultado encontra-se no Quadro 1.

Quadro 1 – Análise dos artigos, segundo ano de publicação, temática principal, participantes, abordagem metodológica e resultado principal.

AUTORES	PROFISSÃO	ANO	PAÍS	TEMÁTICA CENTRAL	PARTICIPANTES	ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAL RESULTADO
Simons e Roberson	Enfermeiro	2002	Reino Unido	Comunicação entre as enfermeiras e os pais a respeito da dor da criança e como esta pode melhorar o manejo da dor da criança no pós-operatório.	20 enfermeiras e 20 pais	Qualitativo, estudo fenomenológico	A pobre comunicação entre os pais e as enfermeiras e o déficit de conhecimento em relação ao manejo da dor das crianças criam obstáculos para o efetivo manejo da dor.
Vincent e Denyes	Enfermeiro	2004	Estados Unidos	Observação das relações entre o conhecimento das enfermeiras e suas atitudes no alívio da dor das crianças e as habilidades das enfermeiras em superar barreiras para um ótimo manejo da dor.	67 enfermeiras e 132 crianças	Quantitativo	Encontraram-se relações positivas entre a administração de analgésicos pela enfermeira e a dor da criança e entre os anos de prática com a habilidade das enfermeiras em transpor barreiras para um ótimo manejo da dor.
Pölkki, Laukkala, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä	Enfermeiro	2003	Finlândia	Fatores que promovem e retardam o uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor	162 enfermeiras	Quantitativo	Variáveis demográficas das enfermeiras como idade, educação e experiência de trabalho são fatores que influenciam o uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor.
Knoblauch; Wilson e Suzan	Enfermeiro	1999	Estados Unidos	Avaliação de um programa de medida de dor pediátrica na prática de enfermagem.	52 enfermeiras pediátricas	Quantitativo	Não houve diferença entre a prática de enfermagem antes e após o programa.
Hamers, Abu-Saad, Hout e Halfens	Enfermeiro	1998	Holanda	Fatores que explicam a inadequada administração de analgésicos nas crianças e as intervenções necessárias para o alívio da dor	-	Revisão de literatura	A criança é submedicada e o alívio de sua dor é insuficiente devido à falta de conhecimento de como avaliar essa dor.

Quadro 1 – Análise dos artigos, segundo ano de publicação, temática principal, participantes, abordagem metodológica e resultado principal.

AUTORES	PROFISSÃO	ANO	PAÍS	TEMÁTICA CENTRAL	PARTICIPANTES	ABORDAGEM METODOLÓGICA	PRINCIPAL RESULTADO
Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä	Enfermeiro	2001	Finlândia	Uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor	162 enfermeiras	Quantitativo	Enfermeiras usam várias intervenções não farmacológicas para aliviar a dor das crianças.
Pölkki	Enfermeiro	2002	Finlândia	Percepção das enfermeiras a respeito de um guia para os pais sobre o alívio da dor cirúrgica em crianças.	162 enfermeiras	Quantitativo	Quanto maior o conhecimento das enfermeiras, melhor é a preparação dos pais.
Woodgate e Kristjanson	Enfermeiro	1996	Canadá	Experiência de pais e enfermeiras no cuidado à criança hospitalizada com dor frente a intervenções cirúrgicas.	11 crianças, 22 pais e 24 enfermeiras	Qualitativo, grounded theory	Os pais e as enfermeiras precisam de mais informações sobre o manejo da dor em crianças.
Simons, Franck e Roberson	Enfermeiro	2001	Reino Unido	Percepção de pais e enfermeiras em relação ao envolvimento e manejo da dor das crianças.	20 pais e 20 enfermeiras	Qualitativo, estudo fenomenológico	Não há uma comunicação efetiva entre os pais e as enfermeiras e há necessidade das enfermeiras se envolverem mais com os pais e proporem regras com relação ao manejo da dor das crianças.
Romsing, Moller-Sonnergaard, Hertel e Rasmussen	Farmacêutico	1996	Dinamarca	Observação da relação entre a avaliação da dor da criança por ela mesma e pela enfermeira	100 crianças e 2 enfermeiras	Quantitativo	As enfermeiras subestimam a dor das crianças e não sabem interpretá-la.
Jacob e Puntillo	-	1999	Estados Unidos	Percepção das enfermeiras sobre sua prática na avaliação e manejo da dor pediátrica.	260 enfermeiras	Quantitativo	As enfermeiras revelam que elas não usam ferramentas adequadas para a avaliação da dor e não usam todas as estratégias para o controle da dor.

Dos 11 artigos analisados, 10 foram desenvolvidos por pesquisadores da área de enfermagem e um deles por um farmacêutico, mostrando que a enfermagem é a categoria profissional que mais produziu sobre o manejo da dor pós-operatória em crianças. Quanto ao ano de publicação, houve uma homogeneidade na distribuição dos artigos, porém os anos de 1999 e 2001 foram os anos em que mais se produziu sobre o manejo da dor pós-operatória em crianças pelos profissionais de enfermagem, evidenciando como é recente sua inserção em nosso meio.

Para caracterizar a metodologia, foram utilizadas as denominações trazidas pelos próprios autores. Assim, dos 11 artigos analisados, sete eram quantitativos, três qualitativos (sendo dois estudos fenomenológicos e um que utilizou a teoria fundamentada em dados) e uma revisão de literatura.

Em relação ao país de publicação, não houve nenhum artigo publicado no Brasil. Os artigos resultaram de produções de pesquisadores provenientes do Canadá, Reino Unido, Islândia, Dinamarca, Holanda, Estados Unidos e Finlândia, sendo que esses dois últimos foram os que mais produziram, com 04 e 03 artigos, respectivamente. Isso mostra a necessidade de uma maior produção do conhecimento nesta área, a fim de compreender como os profissionais de enfermagem lidam com a dor pós-operatória em crianças. Reflete-nos, também, a necessidade de compreendermos esta temática no nosso contexto, trazendo as especificidades culturais e socioeconômicas, comparando-as com a dos países que estão liderando as pesquisas nessa área. Além disso, o Brasil tem particularidades relacionadas ao cuidado de enfermagem, já que não são apenas as enfermeiras que o fazem e sim uma equipe de enfermagem constituída por outros trabalhadores, como auxiliares e técnicos de enfermagem.

A análise das publicações selecionadas permitiu a identificação de três temáticas: fatores que influenciam o manejo da dor da criança pelos enfermeiros, intervenções para o alívio da dor da criança e avaliação e resposta dos enfermeiros à experiência de dor da criança, que apresentaremos na sequência.

Fatores que influenciam o manejo da dor da criança pelos enfermeiros

Por meio de um estudo fenomenológico, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com 20 enfermeiras e 20 pais, a fim de examinar a comunicação entre estes a respeito da dor infantil e como isso poderia ajudar no manejo da dor pós-operatória em crianças (SIMONS; ROBERSON, 2002). Como resultado viu-se que há uma comunicação precária, entre os pais e as enfermeiras, que pode ser explicada pela falta de conhecimento destas últimas, e que realimenta a falta de comunicação com os pais para informar sobre a dor no pós-operatório. Este estudo contribui com reflexões sobre quando e como as informações devem ser dadas, tendo em vista a individualidade do cuidado.

Propondo examinar as relações entre o conhecimento das enfermeiras e suas atitudes no alívio da dor de crianças, além das habilidades para superar barreiras para um melhor manejo da dor, desenvolveu-se um estudo quantitativo aplicando-se um questionário a 67 enfermeiras e 132 crianças (VINCENT; DENYES, 2004). Para mensurar o conhecimento e as atitudes das enfermeiras, aplicou-se um instrumento com 33 itens que incluíam questões sobre o uso, as ações e efeitos dos analgésicos, intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, avaliação da dor, lista de analgésicos e a segurança dos opióides para as crianças. Para mensurar a dor das crianças, utilizou-se uma escala fotográfica, contendo seis fotos de faces de crianças representando as fases de dor. O estudo evidenciou que as enfermeiras

medicavam as crianças quando estas sentiam dor, além de mostrar que enfermeiras com maior conhecimento e atitudes mais positivas possuíam maior habilidade de transpor barreiras para um melhor manejo da dor infantil.

Para descrever os fatores que promovem e retardam o uso de intervenções não-farmacológicas pelas enfermeiras para aliviar a dor cirúrgica de crianças, conduziu-se um estudo quantitativo, por meio da aplicação de um questionário, tipo Likert, a 162 enfermeiras (PÖLKKI; et al., 2003). Como fatores que promovem o uso das intervenções não-farmacológicas estão as habilidades das enfermeiras, a diversidade dos métodos de alívio da dor, o processo de trabalho, a idade e a habilidade de cooperação da criança e a participação dos pais. Já os fatores que impedem incluem a insegurança das enfermeiras, a habilidade da criança em expressar dor, as limitações dos métodos de alívio da dor e o excesso de trabalho. Além destes resultados, o estudo contribuiu com dados que mostram também que enfermeiras mais velhas e com maior experiência no trabalho são mais competentes e menos inseguras na utilização de intervenções não-farmacológicas, quando comparadas às enfermeiras mais jovens e com menor experiência.

Um estudo quantitativo buscou avaliar o resultado da implementação de um programa de capacitação em serviço sobre a dor pediátrica na prática de enfermagem (KNOBLAUCH; WILSON; SUZAN, 1999). O programa incluiu o relato histórico e pesquisas sobre o manejo da dor pediátrica, mitos e concepções errôneas, avaliação das escalas de mensuração da dor, intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, benefícios do alívio da dor, considerações éticas e envolvimento dos pais. Aplicou-se um questionário de múltipla escolha a 52 enfermeiras. Este programa, de participação obrigatória, teve duração de três horas e, ao final do período, foram feitos estudos clínicos, intervenções para o tratamento

da dor e auditoria nos prontuários. Ao contrário do que era esperado, após a implementação do programa, houve um aumento do tempo de administração de analgésico antes da primeira dose e entre as doses de analgésicos dadas aos pacientes. As autoras sugerem explicações para este resultado: talvez as enfermeiras tivessem incorporado em sua prática o uso de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor aprendidas durante o programa ou talvez elas acreditassem que já tinham conhecimento suficiente sobre a dor e não necessitavam de ampliar seu conhecimento, ou ainda, que a mudança na prática profissional das enfermeiras, após a participação no programa, pode ter sido interpretada como uma crítica ao cuidado que elas prestavam às crianças.

A revisão possibilitou identificar os diversos fatores que influenciam o manejo da dor pós-operatória em crianças pelos enfermeiros. Os resultados das pesquisas analisadas identificaram que o manejo dessa dor é influenciado pelo déficit de conhecimento, pela comunicação inadequada entre enfermeiros e pais, pelas habilidades de transpor barreiras para um melhor manejo da dor, pela idade das enfermeiras, carga de trabalho, experiência profissional e pessoal de dor, idade e gênero das crianças, bem como sua habilidade para expressar a dor. Estes fatores nos alertam para a complexidade de elementos que interferem no manejo da dor pós-operatória de crianças, contribuindo para reflexões da equipe de enfermagem.

Intervenções para o alívio da dor da criança

Uma revisão de literatura foi realizada na intenção de se identificar a presença de pesquisas que mostram se crianças recebem medicação insuficiente para dor no pós-operatório, os fatores que explicam esta inadequada administração de analgésicos e quais intervenções são necessárias para o alívio da dor (HAMERS;

et al., 1998) Foram analisados nove estudos e os resultados mostraram que a criança é submedicada, sendo que o alívio de sua dor é insuficiente devido à falta de conhecimento. Além disso, ao comparar a prescrição e administração de analgésicos entre crianças e adultos, os primeiros recebem menos analgésicos.

Para descrever o uso de intervenções não-farmacológicas pelas enfermeiras para o alívio da dor pós-operatória em crianças, um estudo quantitativo foi feito enviando questionário a 162 enfermeiras (PÖLKKI; VEHVILÄINEN-JULKUNEN; PIETILÄ, 2001). A análise mostrou que muitas intervenções não-farmacológicas são usadas para o alívio da dor pós-operatória, tais como: o suporte emocional, auxiliar nas atividades diárias e criar um ambiente confortável são usados rotineiramente; o comportamento cognitivo e as intervenções físicas são utilizados com menor frequência. Contudo, as autoras alertam que maior atenção deve ser dada a outros tipos de estratégias, como o uso de imagem, relaxamento e massagem.

Buscando descrever a percepção das enfermeiras sobre um guia para os pais para o alívio da dor cirúrgica da criança, conduziu-se um estudo quantitativo, enviando questionário a 162 enfermeiras (PÖLKKI, 2002). Como resultado, as enfermeiras necessitam dar mais informação preparatória aos pais e informá-los sobre o seu papel no cuidado de suas crianças, como o significado do contato entre pais e filhos e a possibilidade de estarem presentes e fazer parte do cuidado no pós-operatório de suas crianças. Com relação às intervenções não-farmacológicas no cuidado das crianças, os mais freqüentemente ensinados são o suporte emocional, a ajuda nas atividades diárias e o posicionamento; entretanto, a pesquisadora reporta que maior atenção deve ser dada a estratégias como imagem, reforço positivo, regulação térmica e massagem na prática de enfermagem.

Conforme aponta o estudo feito por Manworren (2000), o alívio da dor sempre foi parte essencial do cuidado das enfermeiras, mas estas não têm conseguido aliviar a dor adequadamente por não reconhecê-la, por não conseguir tratá-la e por aceitar que a dor severa faz parte da doença e do tratamento. Estas barreiras para o tratamento adequado da dor são devidas à falta de conhecimento sobre a avaliação e o manejo da dor.

Conforme o exposto, alguns estudos buscaram compreender as intervenções para o alívio da dor pós-operatória da criança e, especificamente, o uso de intervenções não-farmacológicas pelas enfermeiras, como o suporte emocional, a ajuda nas atividades diárias e a criação de um ambiente confortável, foram os rotineiramente utilizados. Destaca-se a necessidade de se dar maior atenção a outros métodos, como o uso de imagem, massagem, relaxamento e reforço positivo na prática de enfermagem. Um estudo feito por Huth, Broome e Good (2004) mostrou que o uso da imagem (vídeo), juntamente com a rotina analgésica, reduziu a dor e a ansiedade da criança após uma cirurgia ambulatorial e no domicílio. Especificamente na revisão aqui realizada, não foi encontrada nenhuma pesquisa realizada no Brasil que tivesse como objeto de estudo a utilização de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor pós-operatória em crianças.

De acordo com o artigo de Pölkki et al. (2003), o excesso de trabalho não permite que os enfermeiros utilizem as intervenções não-farmacológicas para aliviar a dor da criança. Esta também pode ser uma das dificuldades encontradas na nossa realidade, pois alguns profissionais de enfermagem podem possuir jornada dupla de trabalho, o que os tornariam cansados e desmotivados para implementar mudanças no cuidado à criança. Aliado a isso, estes profissionais poderiam postergar a busca, ou até mesmo, adiar oportunidades de aprimoramento que lhes são oferecidas

através de cursos, congressos e similares, para ampliar seu conhecimento e, conseqüentemente, contribuir para um cuidado de maior qualidade.

A equipe de enfermagem, por permanecer longos períodos com as crianças, encontra-se em vantagem para ensinar os pais sobre os aspectos que envolvem a dor pós-operatória de seus filhos e incluí-los no cuidado. Entretanto, estudos aqui analisados apontam que os enfermeiros e, provavelmente a equipe de enfermagem no nosso contexto, possuem um déficit de conhecimento sobre o assunto, afastando-os dos pais, por sentirem-se inseguros e ameaçados. Como conseqüência, estes pais podem afastar-se dos profissionais, temendo ser esta a atitude deles esperada. Um ciclo vicioso se instala, com a prevalência de relações frouxas e comunicação descontínua, afetando a qualidade do cuidado. Imprime-se a necessidade de se reforçar a todos os profissionais que os familiares são nossos aliados, e não adversários, no cuidado à criança com dor, pois eles são os que mais conhecem a criança e podem informar sobre qualquer mudança na sua condição, mesmo sendo as mais sutis.

Avaliação e resposta dos enfermeiros à experiência de dor das crianças

Um estudo qualitativo usando a teoria fundamentada em dados foi conduzido para descrever como os pais e as enfermeiras respondem à experiência de dor da criança hospitalizada após intervenções cirúrgicas (WOODGATE; KRISTJANSON, 1996). Realizaram-se entrevistas com 11 crianças, 22 pais e 24 enfermeiras, além da observação que buscava identificar comportamentos de cuidados e o contexto do cuidado de cada criança que vivenciava dor pós-operatória. Os achados mostraram que as enfermeiras priorizavam o cuidado técnico, apresentavam limitada avaliação da dor e não eram capazes de aliviarem

adequadamente a dor das crianças. Os pais promoviam cuidados através do conforto e da monitorização vigilante da dor das crianças. O estudo não apresenta os dados decorrentes das entrevistas com as crianças.

Buscando explorar a percepção de pais e enfermeiras em relação ao envolvimento e manejo da dor das crianças e os possíveis efeitos do envolvimento dos pais no manejo dessa dor, um estudo fenomenológico foi feito, no qual 20 pais e 20 enfermeiras foram entrevistados (SIMONS; FRANCK; ROBERSON, 2001). O envolvimento dos pais no manejo da dor de suas crianças é superficial e limitado. Eles relatam ter um papel passivo em relação ao cuidado com a dor de seus filhos, levando a um sentimento de frustração. As enfermeiras relatam que há um adequado envolvimento dos pais e um adequado manejo da dor das crianças. Os autores desse estudo concluíram que, pelo fato de as respostas dos participantes serem opostas, isto poderia demonstrar que há uma lacuna na comunicação entre pais e enfermeiras.

Com o objetivo de examinar a relação entre a avaliação da dor realizada na perspectiva das crianças e das enfermeiras, na intenção de identificar se estas avaliações são discrepantes ou não, um estudo quantitativo foi feito com 100 crianças e 2 enfermeiras (ROMSING; et al., 1996). Para avaliação da dor, as crianças utilizaram a *escala poker chip tool* e as enfermeiras a escala analógica visual. Como resultado, as enfermeiras subestimam a dor das crianças e não sabem interpretar essa dor.

Conduziu-se um estudo quantitativo aplicando um questionário a 260 enfermeiras com o objetivo de descrever a percepção destas sobre sua prática na avaliação e manejo da dor pediátrica (JACOB; PUNTILLO, 1999). O estudo mostra que as enfermeiras usam como método para avaliar a dor a comunicação verbal,

mudanças fisiológicas, expressão facial, comportamento não-verbal, mudanças nas atividades diárias, no estado neurológico, no afeto e na condição do paciente. Para o manejo da dor, as enfermeiras utilizam intervenções farmacológicas, como opióides e lidocaína, e intervenções não-farmacológicas, como distração e relaxamento.

Com relação à avaliação e resposta do profissional de enfermagem frente à experiência de dor da criança, os artigos analisados mostraram que as enfermeiras priorizam o cuidado técnico, têm limitada avaliação da dor e, portanto, não são capazes de aliviar adequadamente a dor das crianças. Da mesma forma, pesquisas precisam ser conduzidas para que possamos avaliar estas questões no nosso contexto.

JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A criança em situação de pós-operatório, imediato ou tardio, pode apresentar necessidades distintas que implicam em cuidados específicos. Optamos por cirurgia cardíaca pediátrica por esta representar mais da metade das internações ocorridas em 2006¹ no Centro de Terapia Intensiva Pediátrico da instituição escolhida para a realização do estudo.

Nesta pesquisa, enfocaremos o pós-operatório tardio, que é o período após as primeiras 48 horas da cirurgia com tempo de duração variável, pois depende da complexidade do procedimento cirúrgico realizado (SOBECCC, 2005). Optamos por este recorte, por estarmos particularmente interessadas em compreender o manejo da dor pelos profissionais de enfermagem, quando a criança é transferida do Centro de Terapia Intensiva (CTI) Pediátrico para a Enfermaria de Pediatria. No CTI Pediátrico, quando as crianças enfrentam o pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca, elas permanecem com medicação contínua para a dor. Particularmente na Enfermaria de Pediatria, interessa-nos compreender como tem sido abordada a questão da dor na criança no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, a fim de dar continuidade ao cuidado iniciado naquele primeiro cenário.

---

¹ Estes dados foram colhidos em livro próprio do Centro de Terapia Intensiva Pediátrico, onde são registradas todas as crianças internadas.

OBJETIVO

3 OBJETIVO

O presente estudo tem como objetivo:

- ✓ Compreender como os profissionais de enfermagem manejam a dor em criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, após sua admissão na enfermaria de pediatria de um Hospital Universitário.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 Caracterização do estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório (BOGDAN; BILKEN, 1994; POLIT; HUNGLER, 1995) e as respostas à sua questão de pesquisa são buscadas no referencial da abordagem qualitativa, tendo em vista o objeto de estudo e o objetivo proposto.

As abordagens qualitativas têm oferecido oportunidades para que os profissionais de saúde compreendam os significados, crenças e valores dos seres humanos. Os profissionais de saúde necessitam de métodos que os auxiliem a penetrar na complexidade do ser humano (POPE; MAYS, 2005).

Os dados coletados em pesquisas qualitativas por meio de uma seleção de participantes não devem ser generalizados, pois objetivam a compreensão de fenômenos sociais que constituem, entretanto, acréscimo ao conhecimento (GOLDENBERG, 1997).

4.2 Local da pesquisa

A instituição escolhida para realização da pesquisa foi o HCFMRP – USP, vinculado à Secretaria do Governo para fins administrativos e associado à Universidade de São Paulo para fins de ensino, pesquisa e assistência. São atendidos pacientes das várias cidades da região, de outros estados e até mesmo de outros países. O estudo foi realizado na Enfermaria de Pediatria, em Enfermaria da Ala B do Hospital selecionado, localizado no *campus* universitário.

A equipe de enfermagem da Enfermaria de Pediatria é constituída por dez (10) enfermeiros, cinco (05) técnicos de enfermagem e quarenta e dois (42) auxiliares de enfermagem, sendo que no período de coleta de dados, três (03) destes últimos estavam de licença-saúde. Estes profissionais trabalhavam em escala de rodízio de plantão. No período diurno, cada plantão conta com duas a três (03) enfermeiras e uma (01) outra no noturno; cerca de oito (08) ou nove (09) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem compõem cada plantão nos turnos da manhã e tarde e, no noturno, o serviço conta com, aproximadamente, sete (07) ou oito (08) auxiliares/técnicos de enfermagem no plantão. Esta Enfermaria possui quarenta (40) leitos sendo distribuídos em diferentes especialidades infantis: cardiologia, nefrologia, pneumologia, gastrologia, imunologia e hematologia. As crianças submetidas à cirurgia cardíaca são encaminhadas do CTI Pediátrico para realização do pós-operatório tardio em uma das enfermarias que conta com oito (08) leitos especificamente distribuídos a estes pacientes. Estas crianças permanecem internadas com direito de permanecerem acompanhadas por um dos pais ou outro responsável, durante todo o período de internação. Recebem assistência dos profissionais da equipe de enfermagem durante as 24 horas diárias, em esquema de rodízio de plantão, como já mencionado.

4.3 Considerações éticas

Em respeito aos sujeitos da pesquisa, especialmente em relação ao direito de escolha quanto à participação ou não no estudo, e com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação ética e ao acompanhamento do Comitê de

Ética em Pesquisa (CEP) do HCFMRP-USP. Foi aprovado em 20 de junho de 2005, de acordo com o Processo HCRP nº 7555/2005 (Anexo A).

Especial atenção foi dada à elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) que, por meio de uma linguagem clara e objetiva, informou os participantes da pesquisa sobre o objetivo da mesma; os procedimentos de coleta de dados utilizados; os possíveis constrangimentos ou benefícios, bem como a garantia do sigilo e respeito ao desejo de participarem ou não da pesquisa. Este documento foi entregue e discutido com os profissionais da equipe de enfermagem pela própria pesquisadora, anteriormente ao início do período de coleta de dados e, àqueles que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitado que assinassem o termo, garantindo que os mesmos recebessem uma cópia do documento assinado.

4.4 Participantes da pesquisa

A princípio, elaboramos os critérios de inclusão das crianças, para as quais estariam sendo oferecidos cuidados relacionados ao manejo da dor, pelos profissionais de enfermagem, objeto do nosso estudo. Foram incluídas para observação crianças, independente da idade, submetidas a qualquer tipo de cirurgia cardíaca e que foram encaminhadas do CTI Pediátrico do HCFMRP - USP para pós-operatório tardio na Enfermaria de Pediatria. Apesar de estas crianças serem o caso-índice para o início da coleta dos dados empíricos, não constituíram o foco do nosso estudo. Este último esteve voltado para o manejo da dor da criança, após cirurgia cardíaca, pelos profissionais da equipe de enfermagem.

Participaram do nosso estudo quatorze (14) auxiliares de enfermagem, três (03) técnicos de enfermagem e seis (06) enfermeiras, totalizando vinte e três (23) profissionais, os quais realizavam suas atividades profissionais na Enfermaria de Pediatria, Ala B, do HCFMRP - USP. Destes vinte e três (23) participantes, vinte e dois (22) eram do sexo feminino. Tais profissionais assistiam diretamente as crianças em pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, em esquema de rodízio de plantões (manhã, tarde e noturno). O tempo de atuação na enfermagem variou de um ano e quatro meses a 35 anos e, especificamente na área pediátrica, variou de seis meses a 35 anos.

O quadro abaixo caracteriza os profissionais de enfermagem que participaram da pesquisa. Zelando pelo sigilo dos profissionais, optamos por descrevê-los, neste momento, conforme sua categoria profissional e não de acordo com a codificação utilizada nas entrevistas. Dessa forma, a identificação do profissional está preservada.

Quadro 2 - Distribuição dos sujeitos, segundo categoria profissional, sexo, tempo de atuação na enfermagem e tempo de atuação na área de pediatria.

Sujeitos (S)	Categoria	Sexo	Tempo de Atuação na Enfermagem	Tempo de Atuação na Área
S1	Enfermeiro	Feminino	4 anos	10 meses
S2	Enfermeiro	Feminino	2 anos	2 anos
S3	Enfermeiro	Feminino	4 anos	4 anos
S4	Enfermeiro	Feminino	8 anos	7 anos
S5	Enfermeiro	Feminino	19 anos	14 anos
S6	Enfermeiro	Feminino	21 anos	21 anos
S7	Técnico de Enfermagem	Feminino	23 anos	Cerca de 23 anos
S8	Técnico de Enfermagem	Feminino	28 anos e 11 meses	28 anos e 11 meses
S9	Técnico de Enfermagem	Feminino	35 anos	35 anos
S10	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	1 ano e 4 meses	1 ano e 4 meses
S11	Auxiliar de Enfermagem	Masculino	1 ano e 6 meses	1 ano e 6 meses
S12	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	5 anos	5 anos
S13	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	6 anos e 6 meses	1 ano e 3 meses
S14	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	6 anos e 6 meses	5 anos
S15	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	8 anos	8 anos
S16	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	8 anos	8 anos
S17	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	8 anos	8 anos
S18	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	10 anos	3 anos e 4 meses
S19	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	10 anos	10 anos
S20	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	12 anos	8 anos
S21	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	12 anos	12 anos
S22	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	15 anos	5 anos
S23	Auxiliar de Enfermagem	Feminino	23 anos	6 meses

4.5 Procedimento para coleta e registro dos dados empíricos

Com o objetivo de investigar o manejo da dor da criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, pelos profissionais de enfermagem, utilizamos como principal técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. A observação das atividades desses profissionais na enfermaria, relacionadas ao manejo da dor da criança durante diferentes turnos de trabalho, e a coleta de dados no prontuário da criança foram as técnicas usadas para complementar os dados provenientes das entrevistas.

Para melhor descrição das técnicas de coleta de dados utilizadas, apresentaremos, separadamente, como cada uma delas foi realizada:

4.5.1 Entrevistas com profissionais de enfermagem

A entrevista semi-estruturada foi realizada com os profissionais da equipe de enfermagem, da Enfermaria de Pediatria, que prestavam cuidados diretos às crianças durante o período de pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. Optamos pela entrevista semi-estruturada por esta possibilitar flexibilidade, profundidade e interação com os entrevistados, permitindo ao entrevistador liberdade para adaptações, conversas mais ricas e esclarecedoras, assim como a idéia sobre o modo como os sujeitos interpretam determinados aspectos de um dado fenômeno (BOGDAN; BIKLEN, 1994). O número de profissionais que participou desta etapa de coleta de dados foi determinado ao longo do desenvolvimento da pesquisa, à medida que a análise dos dados evidenciou que novos conceitos não surgiam. Entrevistamos, assim, 20 (vinte) profissionais de enfermagem e, dentre eles, 8 (oito) foram também observados.

A entrada no campo para coleta de dados ocorreu sem intercorrências, provavelmente pelo longo período em que permanecemos na enfermaria realizando a exploração do campo e o estudo-piloto, observando a dinâmica da unidade, adequando os roteiros de entrevista e de observação e dando tempo para que os profissionais de enfermagem se familiarizassem com a presença da pesquisadora. Esta atividade se deu nos meses de outubro e novembro de 2005.

Fomos bem recebidas pela equipe de enfermagem que, em sua maioria, se mostrou receptiva ao convite para participar da pesquisa, após leitura conjunta do termo de consentimento livre e esclarecido, oportunidade de diálogo e discussão de dúvidas. Dentre os que se recusaram a participar, dois deles informaram não se sentir à vontade diante do gravador. Mesmo com nossa informação a respeito da possibilidade de conduzirmos a entrevista sem o mesmo, a vontade de não participar prevaleceu e, dessa forma, conforme nossos preceitos éticos, agradecemos a atenção e respeitamos o desejo do profissional.

As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã, tarde e noite, no período de dezembro de 2005 a novembro de 2006. Ocorreram no refeitório da unidade, na própria enfermaria e uma delas nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP – USP), por solicitação do próprio entrevistado. O momento de escolha para sua realização foi determinado pelo entrevistado e, em sua maioria, as entrevistas foram realizadas durante a pausa dos profissionais para o café, ao término ou início do plantão ou quando estes profissionais avaliavam que a dinâmica da enfermaria possibilitava a sua ausência daquele local por um período. Neste caso, o entrevistado solicitava a um outro profissional que assumisse a enfermaria para ele, até que o mesmo pudesse retornar ao trabalho. De modo geral, algumas das entrevistas

transcorreram com pequenas interrupções que não influenciaram no processo. Entretanto, por várias vezes, foi necessário remarcar a entrevista com diversos profissionais, pois a dinâmica da enfermaria impossibilitou a realização da mesma e não houve disponibilidade de alguns profissionais para sua condução, fora do horário de trabalho. O tempo de duração da menor entrevista foi de dez (10) minutos e a da maior, cinquenta (50) minutos.

Para a introdução do tema em estudo aos participantes, elaboramos uma questão norteadora, a qual teve a intenção de introduzir o tema e dar a oportunidade ao entrevistado de explorar sobre a questão da dor. Perguntávamos ao profissional: “Que cuidado você presta a uma criança que chegou do CTI Pediátrico e foi admitida na enfermaria, após realização de uma cirurgia cardíaca?” A partir daí, somente continuávamos com as questões seguintes do nosso roteiro (Apêndice B), se o entrevistado não tivesse abordado a dor como um cuidado inerente àquela criança. Dessa forma, explorávamos com os entrevistados: “E a dor, ela pode estar presente?; Se ela estiver presente, como você faz para identificá-la (avaliação da dor)?; Depois que você a identificou, o que você faz (tratamento/alívio da dor)?; Além do que você acabou de descrever, você conhece outras maneiras de aliviar a dor da criança nesta condição?” Para a maioria dos entrevistados, foi necessário investigar sobre cada uma das questões descritas, pois tínhamos a intenção de percorrer todas as etapas que envolvem o manejo da dor para que pudéssemos ter a dimensão de como ocorria este processo na Enfermaria de Pediatria.

As entrevistas foram gravadas, após permissão dos participantes, e transcritas, na íntegra, na seqüência, para que não perdêssemos detalhes importantes para a análise dos dados. Para assegurar o sigilo das informações, os profissionais foram representados pela letra E, seguida de um número que indicou a

ordem em que foram incluídos na pesquisa. Assim, o primeiro profissional entrevistado foi representado como E1, o segundo, por E2 e, assim, sucessivamente. Por ocasião da apresentação de fragmentos das entrevistas que ilustraram os dados apresentados, utilizamos a seguinte padronização: os parênteses, (...), indicavam recortes dentro da mesma fala e as informações contidas entre colchetes, [ ], referiam-se a observações importantes, as quais contextualizavam as falas.

4.5.2 Observação das atividades diárias dos profissionais de enfermagem

Para a observação dos profissionais de enfermagem que prestavam cuidado direto às crianças em pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, construímos um roteiro para registro das informações observadas (Apêndice C), onde nossa atenção estava voltada para a interação do profissional de enfermagem com a criança e/ou pais/acompanhante. Entendemos como interação, qualquer tipo de relação estabelecida entre o profissional de enfermagem, a criança e seus pais/acompanhante, com destaque ao processo de comunicação estabelecido entre eles e a realização de procedimentos, ambos relacionados ao manejo da dor que a criança poderia estar sentindo. Assim, este roteiro foi composto de informações de identificação da criança; data de nascimento; data de admissão na pediatria; data de admissão no CTI; diagnóstico; tipo de cirurgia e data de sua realização; presença de acompanhante; funcionário escalado para o cuidado; categoria profissional; tempo de atuação na área de enfermagem; tempo de atuação na pediatria; número de crianças presentes na enfermaria e número de crianças o qual estava responsável pelo cuidado, já que o profissional poderia estar responsável por outra enfermaria,

além daquela de crianças com patologias cardíacas. As informações referentes ao manejo da dor consistiram de: procedimento doloroso realizado na criança; comunicação verbal relacionada à dor entre profissional, criança e acompanhante; procedimentos realizados com a criança relacionados ao alívio da dor (intervenções não-farmacológicas) e realização de intervenções farmacológicas para o alívio da dor da criança.

Essa observação foi realizada, no máximo, até o terceiro dia do pós-operatório tardio da criança na enfermaria de pediatria, sem necessariamente, precisar ocorrer com o mesmo auxiliar/técnico escalado para os cuidados da criança. Fizeram parte da pesquisa, também, as enfermeiras da Ala B que, durante o período de observação, prestaram cuidados à criança e/ou interagiram com ela, seus pais/acompanhante, visando a questões relacionadas ao manejo da dor.

O total de horas observadas para cada criança não ultrapassou 12 (doze) horas (quatro horas por dia, de forma contínua). Caso a criança recebesse alta durante este período, a coleta de dados se encerraria e outra criança era escolhida para observação. O mesmo ocorreu quando a criança ficou internada por mais de três dias. O registro das informações observadas foi feito no próprio roteiro (Apêndice C).

A operacionalização da observação transcorreu da seguinte forma: ao chegarmos à enfermaria, onde estavam internadas as crianças em pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, a pesquisadora se apresentava à funcionária que estava de plantão e esclarecia o motivo de sua presença. O mesmo se dava com as mães/acompanhantes das crianças, cujas idades variaram de 1 mês a 2 anos e 8 meses. Em relação às enfermeiras responsáveis pelo plantão da Ala B da Enfermaria de Pediatria, durante o período de observação da pesquisa, apenas uma

delas realizou um procedimento na criança que pudesse desencadear manifestações de dor. Assim, esta enfermeira foi incluída nesta etapa da pesquisa, e obtivemos, da mesma forma, seu consentimento para participar do estudo. Esta etapa se deu sem dificuldades, já que os profissionais estavam familiarizados com a permanência da pesquisadora na enfermaria. Na seqüência, explicávamos sobre os objetivos da pesquisa e nos colocávamos à disposição para quaisquer esclarecimentos. Após assinatura do TCLE, permanecíamos nesta enfermaria por um período de, no máximo, quatro horas a fim de observar e anotar qualquer interação que o profissional tinha com a criança e/ou com seu acompanhante relacionada ao manejo da dor. O profissional que estava sendo observado, muitas vezes, não permanecia as quatro horas ininterruptas na enfermaria, já que se ausentava várias vezes para buscar materiais ou dietas das crianças ou por conta de atividades em outra enfermaria. Mesmo nessas ocasiões, permanecíamos na enfermaria. Todos os profissionais convidados aceitaram participar desta etapa da pesquisa.

Como já explicitado, não tivemos dificuldades para a realização da observação propriamente dita. Entretanto, vivenciamos várias intercorrências que retardaram o término da coleta de dados, como por exemplo, a não-realização de cirurgias cardíacas por um determinado período, por conta de férias ou afastamentos de profissionais da equipe médica responsável pela realização das mesmas. Além disso, nos deparamos com vários casos mais graves que demandavam uma permanência maior da criança no CTI Pediátrico e, conseqüentemente, restringiu a possibilidade de realização de novas cirurgias. Conforme nossos registros, o tempo de internação da criança no CTI Pediátrico, após a realização da cirurgia cardíaca, variou de 4 (quatro) dias a 1 (um) mês e 21

(vinte e um) dias. Portanto, esse foi o intervalo de tempo de pós-operatório das crianças ao serem admitidas na Enfermaria de Pediatria. Concluimos que esta variação se deveu às peculiaridades de cada cirurgia, com destaque à complexidade das mesmas e recuperação individual de cada criança.

Nem todos os profissionais observados foram entrevistados, e o inverso também é verdadeiro, já que a dinâmica do trabalho dos profissionais foi decisiva para oportunizar a realização das entrevistas. Além disso, um mesmo profissional pôde ter sido observado mais de uma vez. Realizamos 21 (vinte e um) períodos de observação, relativos a 7 (sete) crianças, as quais, cada uma delas, foi observada por três dias consecutivos e somaram-se 84 (oitenta e quatro) horas de coleta de dados. Estas 21 (vinte e uma) observações foram referentes a 11 (onze) profissionais, sendo uma enfermeira, um técnico de enfermagem e nove auxiliares de enfermagem. Dentre os 11 (onze) profissionais que integraram esta etapa de coleta de dados, 8 (oito) deles participaram, também, das entrevistas; dois se recusaram e o outro não foi possível entrevistar por incompatibilidade de horários entre pesquisadora e participante, somado à dinâmica do trabalho que não permitiu pausas do profissional para realizar essa atividade.

Para assegurar o sigilo das informações, os profissionais observados foram representados pela letra O, seguida de um número, que indicou a ordem em que foram incluídos na pesquisa. A seguir, acrescentamos um número, que variou de 1 (um) a 3 (três), que representou o dia do pós-operatório tardio em que a criança se encontrava. Assim, a observação realizada com o primeiro profissional, no primeiro dia de pós-operatório tardio da criança foi representado por O1/1; o segundo profissional observado, no terceiro dia de pós-operatório tardio da criança, foi identificado como O2/3 e, assim, sucessivamente. Dessa forma, a codificação das

observações variou de O1 a O21, com as devidas informações adicionais referentes ao dia do pós-operatório tardio da criança.

4.5.3 Coleta de dados em prontuários: registro das anotações de enfermagem e prescrição de medicamentos relacionados à dor

Para complementar a coleta, utilizamos como fonte de dados o prontuário da criança, no qual foram coletadas informações sobre sua identificação, a cirurgia realizada, bem como dados da prescrição médica referentes a medicamentos para o alívio da dor da criança. Além disso, buscamos informações sobre a administração de medicamentos para a dor e registros nas anotações de enfermagem relacionados ao manejo da dor. Esses últimos dados foram coletados no dia posterior à realização da observação dos profissionais de enfermagem. Tivemos o cuidado de buscar essas informações nos registros de todo o período do plantão, ou seja, durante toda a jornada de trabalho em que os profissionais foram observados. Dessa forma, se a observação das atividades de um profissional (etapa descrita anteriormente) foi realizada no período das 7:00 às 11:00 horas, a busca das informações referentes ao manejo da dor nos registros de enfermagem foi realizada no período das 7:00 às 13:00h, já que muitos desses profissionais tinha o hábito de realizar anotações por ocasião do término do plantão e corríamos o risco de perder dados que subsidiariam a análise. Os dados coletados foram registrados em um instrumento elaborado para este fim (Apêndice D). Durante o período de coleta de dados, realizamos consulta em sete (7) prontuários, sendo que cada um foi analisado por três dias, pois os profissionais de enfermagem cuidaram de uma mesma criança por três dias consecutivos (etapa de observação), totalizando vinte e um (21) dias de registro analisados.

Zelando, também, pelo sigilo das informações, os registros dos profissionais de enfermagem foram representados pela letra R, seguida de um número, que indicou a ordem em que foram incluídos na pesquisa. A seguir, acrescentamos um número, que variou de 1 (um) a 3 (três), que representou o dia do pós-operatório tardio em que a criança se encontrava. Assim, o primeiro registro realizado por um determinado profissional, no primeiro dia de pós-operatório tardio da criança foi representado por R1/1; o segundo registro realizado, no primeiro dia de pós-operatório tardio da criança foi identificado como R2/1 e, assim, sucessivamente. Dessa forma, a codificação dos registros variou de R1 a R21, com as devidas informações adicionais referentes ao dia do pós-operatório tardio da criança.

4.6 Procedimento para a análise dos dados

O universo de dados analisados neste estudo foi constituído de entrevistas, observações realizadas e dados dos prontuários das crianças. Para melhor operacionalização desta etapa da pesquisa, optamos por analisar os dados separadamente, porém, a compreensão do manejo da dor pós-operatória em crianças pelos profissionais de enfermagem foi obtida por meio da articulação do conjunto das análises.

As análises das entrevistas ocorreram em etapas, segundo orientações de Mayan (2001) para análise de conteúdo. A primeira delas, a codificação, foi o primeiro passo da análise de conteúdo. Neste processo, identificamos as palavras, frases, temas ou conceitos dentro dos dados, de maneira que os padrões subjacentes pudessem ser identificados e analisados (MAYAN, 2001). Realizamos

leitura de todos os dados, sublinhando as palavras ou frases significativas do texto e fizemos comentários nas margens do texto sobre tudo que se destacou.

Na etapa seguinte, denominada de categorização, nos familiarizamos com os dados e iniciamos a organização das informações (MAYAN, 2001). As categorias foram se originando dos textos sublinhados anteriormente. A escolha das categorias é o procedimento essencial da análise de conteúdo, visto que elas fazem a ligação entre os objetivos e os resultados da pesquisa (FREITAS; JANISSEK, 2000).

A última etapa foi a integração, onde buscamos integrar as categorias em temas maiores, a integração dos dados em núcleos temáticos, onde os dados qualitativos puderam ser reunidos com os outros dados coletados, neste caso, com as observações e dados provenientes dos prontuários (MAYAN, 2001).

A análise das observações foi realizada segundo os próprios itens contidos no instrumento para sua coleta. Foi analisado se houve algum procedimento doloroso realizado na criança; a existência de comunicação verbal relacionada à dor entre profissional – criança – acompanhante; se houve algum procedimento realizado com a criança relacionado ao alívio da dor (intervenções não-farmacológicas) e se houve a realização de intervenções farmacológicas para o alívio da dor dessa criança.

A análise dos dados dos prontuários das crianças seguiu o mesmo caminho, tendo sido realizada segundo os próprios itens contidos no instrumento para sua coleta. Foi analisado se houve medicação prescrita para dor, se esta foi administrada e se houve alguma anotação de enfermagem dedicada ao manejo da dor das crianças pelos profissionais de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme explicitado no capítulo anterior, a entrevista com os profissionais de enfermagem foi disparada por meio de uma questão ampla, a qual buscou dar oportunidades aos participantes de relatar sobre os cuidados que eles prestavam à criança que havia sido submetida à cirurgia cardíaca e que estava sendo transferida, por alta, do CTI Pediátrico para a Enfermaria de Pediatria. A partir daí, observamos que a dor estava ou não incluída nesses cuidados e, em caso negativo, questionávamos aos participantes se a dor poderia estar presente. Dessa forma, passamos a explorar o objeto de estudo desta pesquisa. Na seqüência, apresentamos os dados organizados de forma a possibilitar a compreensão do manejo da dor da criança, em pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, pelos profissionais de enfermagem. Abordaremos os seguintes tópicos: a criança submetida à cirurgia cardíaca: construindo o cuidado relacionado à dor pós-operatória; o manejo da dor pós-operatória pelos profissionais de enfermagem e os desafios da equipe de enfermagem no manejo da dor da criança.

5.1 A criança submetida à cirurgia cardíaca: construindo o cuidado relacionado à dor pós-operatória

Para parte dos entrevistados, refletir sobre o cuidado de enfermagem a uma criança submetida à cirurgia cardíaca, que está sendo admitida na Enfermaria de Pediatria, compreendeu explicitar algumas características dessa criança que influenciavam no planejamento desse cuidado. A descrição da fragilidade da criança, dela como um ser especial e delicado por ter passado por uma cirurgia complexa e

longa, afirmava a necessidade de maior atenção e cuidados contínuos. Os entrevistados nos disseram:

A criança cardíaca ela é assim, ela é especial, ela é um paciente especial. Mesmo ela pós-operada, ela tem, assim, um desconforto. Ela demonstra ansiedade. Porque a cirurgia cardíaca é muito grande. Geralmente ela passa um período longo lá [referindo-se ao CTI] (E01).

Uma cirurgia cardíaca é uma cirurgia, assim, muito complexa. Então, os cuidados que a gente presta a uma criança, no caso, num pós-operatório de cirurgia cardíaca, não é o mesmo que eu presto pra uma criança no cuidado básico (...) (E12).

A necessidade de atenção e vigilância contínua à criança foi apresentada por uma das participantes quando explicou a localização estratégica da enfermaria que abrigava essas crianças na clínica pediátrica. No seu relato, ela enfatizou a importância da *observação rigorosa*:

A gente fez a opção da enfermaria da cardio ficar no 702 [número da enfermaria] porque ela fica mais próxima do posto [referindo-se ao posto de enfermagem], que é o local onde a gente mais passa. Esse é um cuidado que a gente tem, é a observação rigorosa (E15).

Ainda como parte do relato sobre os cuidados prestados à criança submetida à cirurgia cardíaca e admitida na Enfermaria de Pediatria, os entrevistados abordaram sobre a importância da passagem de plantão, como um modo de avaliar as condições gerais dessa criança, para que pudessem organizar o cuidado, a partir do transporte, da melhor forma possível. Os participantes nos explicaram:

A enfermeira do setor liga pra contar o plantão, que cirurgia que fez, como é que tá as condições gerais, que cuidados ela precisa na enfermaria. Ela passa o plantão e se teve complicações, principalmente na cirurgia. (E20).

Antes de qualquer coisa a gente equipa a unidade onde a criança vai ficar, se ela precisa de oxigênio, de aspiração, monitorização (E05).

Depois que ela [a criança] chega na enfermaria, claro que previamente já foi arrumado lá, se precisa de oxigênio ou não, porque já foi me passado o plantão (...) (E18).

A partir da passagem de plantão, a unidade que abrigaria a criança era organizada para recebê-la. A troca de informações entre os profissionais do CTI Pediátrico e Enfermaria de Pediatria era essencial para o planejamento do cuidado. Contudo, o transporte dessa criança até a enfermaria pareceu se dar de duas formas: com a presença ou não da enfermeira junto aos auxiliares e técnicos de enfermagem, conforme a avaliação da própria equipe de enfermagem da pediatria.

A gente da enfermaria é que vai buscar. Eles [CTI Pediátrico] passam o plantão pra gente (...). Normalmente, se for um caso mais grave, que vem ainda com dreno, que vem ainda com acesso, normalmente vai a enfermeira e mais alguém. Se não, assim, a gente recebe o plantão, se você avalia que não há necessidade, aí o transporte é feito só pelo auxiliar. Quando a criança até precisa, às vezes até a própria enfermeira do CTI que acompanha também a volta (...). É assim, o transporte é tranquilo (E15).

Eu, E18 [verbalizou seu nome], tenho o costume [pausa]. Às vezes, é um pouco individual, depende da enfermeira, eu tenho o costume de ir até lá [no CTI] receber a criança. Algumas [referindo-se a outras enfermeiras] deixam a auxiliar ir buscar sozinha. Eu normalmente vou até o CTI, vejo como é que ela tá lá no CTI e venho junto. Eu faço o transporte da criança junto com a funcionária e se a mãe tiver também (E18).

Durante o transporte, alguns entrevistados chamavam a mãe para acompanhá-los, pois a presença dela era uma maneira de acalmar a criança, tornando a volta para a enfermaria a menos traumática possível. O fato de a criança permanecer calma e segura com a presença da mãe poderia favorecer uma avaliação futura do profissional sobre as condições da criança e, dessa forma, poderia ser descartada a possibilidade de, por exemplo, o choro estar relacionado à

ausência da mãe e não propriamente à presença de qualquer outro desconforto ou dor. A entrevistada abaixo exemplificou esse cuidado:

Se a mãe tá junto, a gente chama também pra acompanhar e depois a gente leva, ou no berço ou no colo. Se a mãe vai junto e é um bebê de colo, a gente prefere que a mãe leve no colo, que aí a criança não vai chorar, não vai se agitar, entendeu? (E20).

Após esse primeiro relato sobre as características da criança submetida à cirurgia cardíaca e da dinâmica da chegada da mesma na Enfermaria de Pediatria, os entrevistados descreveram aspectos mais específicos do cuidado a essa clientela. Dentre os vinte participantes da pesquisa, apenas seis mencionaram a questão da dor como um dos aspectos que integraria o cuidado à criança que estaria sendo recepcionada na Enfermaria de Pediatria. Além de eles terem o cuidado de monitorizar a criança, observar o curativo cirúrgico, dentre outros, eles relataram observar se a criança apresentava algum sinal de dor, para tentar amenizá-la.

Você recepciona o paciente e a mãe e você observa que o paciente tem curativo, se tá com dreno, aí você coloca monitorização, você põe o POX [pulso oxímetro], vê a pressão, vê a temperatura, os cuidados de enfermagem mesmo. Aí, você observa se o curativo tá sujo, se ele tem algum sinal de dor, é, às vezes, no plantão mesmo, a auxiliar passa e você faz os cuidados (E11).

A gente tenta amenizar um pouco essa dor. Eles vêm com muito trauma, muito chorosos. A gente tem que ter um pouco mais de paciência (...) (E10).

Quanto aos demais entrevistados, não nos pareceu estarem alertas para a questão da dor, mas descreveram aspectos gerais do cuidado, também mencionados pelos participantes que incluíram a dor como aspecto a ser considerado. Os participantes nos disseram:

Quando a criança chega, a gente observa o aspecto geral, monitoriza se for necessário, instala o oxigênio, afere sinais vitais. É importante para ter uma base daí por diante (E05).

Quando ela [a criança] chega na enfermaria, eu faço aquela avaliação geral! Não é um exame físico, mas é aquela avaliação geral! Vejo a questão da ferida operatória, necessidade de oxigênio, vejo os sinais vitais, essas coisas (E18).

A esse respeito, a importância do cuidado técnico também é ressaltada em algumas pesquisas. No estudo realizado por Manias, Bucknall e Botti (2005), as enfermeiras entrevistadas consideravam o cuidado técnico como, verificação de sinais vitais, troca de curativo, administração de medicação, dentre outros, mais importantes que os sinais de dor apresentados pelo paciente. Da mesma forma, o estudo de Woodgate e Kristjanson (1996) nos mostra que as enfermeiras priorizavam o cuidado técnico, tais como troca de curativos ou monitoramento de equipamento para controle de infusão, além de apresentarem limitada avaliação da dor e não aliviarem adequadamente a dor das crianças.

Além dos cuidados citados acima, os entrevistados mencionaram se preocupar com as mães. Eles procuram sempre dar atenção a elas, informando-as sobre todos os procedimentos que estão sendo realizados com a criança, tentando sanar dúvidas e outras preocupações que elas possam apresentar. Da mesma forma, orientam-nas quanto ao cuidado que elas poderão dar à criança no hospital, contribuindo com a equipe e preparando-as para a alta domiciliar:

(...) Sempre dá também atenção para a mãe. Porque na enfermaria ela tá junto; é diferente de lá [referindo-se ao CTI]. Então, a gente tá sempre informando tudo que está sendo feito com a criança, vendo se ela tem alguma dúvida, tirando qualquer coisa que pode tá preocupando ela naquele momento e a gente tá junto (E14).

(...) Orientação da mãe no cuidado, porque a mãe ajuda no cuidado. A gente tem o programa mãe participante, então que cuidados essa mãe tem condição de dar, até pra ensinar pra cuidar em casa (E20).

A atenção dos profissionais de enfermagem com relação à mãe é um aspecto positivo do cuidado trazido pelos participantes do estudo. Contudo, por este não se constituir objeto de investigação deste trabalho, outras pesquisas precisam ser conduzidas para melhor compreender como se dá a comunicação entre os profissionais de enfermagem e os pais, a respeito de aspectos relativos à participação dos mesmos no alívio da dor de seus filhos. Em contexto internacional, o estudo conduzido por Pölkki (2002) mostrou que as enfermeiras necessitam dar mais informação preparatória aos pais e informá-los sobre o seu papel no cuidado de suas crianças, além de informar sobre o significado do contato entre pais e filhos e a possibilidade de estarem presentes e fazer parte do cuidado no pós-operatório de suas crianças. Para que as enfermeiras consigam passar informação correta aos pais, há necessidade de uma boa comunicação entre eles. A pesquisa realizada por Simons e Roberson (2002) revelou que há uma comunicação precária, entre os pais e as enfermeiras, que pode ser explicada pela falta de conhecimento destas últimas, e que realimenta a falta de comunicação com os pais para informar sobre a dor no pós-operatório. Dessa forma, reafirma-se a necessidade de se investigar como tem se dado o processo de comunicação referente à dor entre os profissionais de enfermagem e os pais.

5.2 O manejo da dor pós-operatória

5.2.1 Avaliação da dor

No início da entrevista, demos a oportunidade aos participantes de descrever o alívio da dor como um cuidado que eles prestavam à criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Como já mencionado, somente questionamos se a dor poderia estar presente, caso o entrevistado não tivesse a dor como um dos

componentes do cuidado prestado a essa clientela. Nas ocasiões em que os participantes citaram o alívio da dor como parte do cuidado, foi necessário explorar esse aspecto, para detalharmos como esse cuidado era oferecido às crianças.

Como citamos anteriormente, apenas seis dos entrevistados incluíram a questão da dor como um dos aspectos que englobava o conjunto de ações à criança que estava sendo admitida na Enfermaria de Pediatria, após ter passado por uma cirurgia cardíaca. Os demais, após serem questionados se a criança poderia vir apresentando dor ou não, a maioria dos entrevistados respondeu afirmativamente, como exemplificamos abaixo:

Sim, sim, dependendo do tipo de cirurgia, do tempo que ela ficou no CTI, tem umas que vêm com menos tempo de cirurgia, então elas vêm apresentando dor e isso é importante (...) (E05).

Pode não, eu acho que ela está [com dor]. No pós-operatório, inclusive, a gente até fala que é, assim, bom, as cirurgias que serram o externo, eu falo que deve ser uma dor terrível (...) (E15).

Conforme apontam Pimenta et al. (1992), Echer, Cassol e Lucena (1994) e Dahlman, Dykes e Elander (1999), toda intervenção cirúrgica traumatiza o tecido e a dor resultante depende do local e do tipo de cirurgia. A dor no pós-operatório relacionada à cirurgia torácica, por exemplo, advém do trauma da parede torácica e costelas. Além disso, há secção de nervos e espasmo muscular, levando à isquemia, acidose e hipóxia local e, conseqüentemente, à estimulação dos receptores de dor. Tais afirmações explicam a origem da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca e corroboram com as falas de alguns participantes, reafirmando a necessidade de a equipe de enfermagem e outros profissionais estarem alertas para o cuidado com a dor da criança.

A análise dos dados permitiu-nos concluir que os profissionais de enfermagem que trabalham na Enfermaria de Pediatria, Ala B, podem não falar de dor por dois motivos. O primeiro deles pode ser pelo fato de os profissionais ainda não estarem alertas para a questão da dor, e o segundo motivo pode ser pelo fato de as crianças terem recebido medicação para dor regularmente quando internadas no CTI Pediátrico, o que diminui a chance delas queixarem-se de dor logo após sua admissão na enfermaria. Uma das entrevistadas explica esse último motivo em detalhes:

É, algumas vezes essa criança vem com dor, já chega na enfermaria com dor, mas é mais comum a gente perceber [pausa] Isso é a minha opinião, [perceber] essa dor ao longo do tempo que ela fica na enfermaria, do que logo de imediato na volta do CTI, porque lá ela fica com medicação, normalmente fica com medicação de horário. Quando chega na enfermaria, é comum os médicos mudarem pra “se dor”. É muito comum eles fazerem isso, vir “de horário” e mudar pra “se dor”. Então, inicialmente a gente não vê essa dor. Claro que, às vezes, sim, mas, assim, inicialmente a gente não vê essa questão da dor e depois isso é mais presente, quando muda pra se dor (E18).

Durante a análise das observações e dos registros, os quais eram feitos concomitantemente com as entrevistas dos profissionais, chamou-nos a atenção o período de pós-operatório de algumas crianças no CTI Pediátrico. Como já mencionado, o tempo de pós-operatório variou de 4 dias a 1 mês e 21 dias. Diante dessa constatação, passamos a investigar esse aspecto com os profissionais participantes do estudo durante as entrevistas. Conforme relato dos participantes, o tempo que a criança permaneceu no CTI Pediátrico pode ou não influenciar nos cuidados prestados a ela, após sua admissão na Enfermaria de Pediatria. Para alguns entrevistados, quando a criança é transferida logo de imediato do CTI para a Enfermaria de Pediatria, sua gravidade justifica-se pelo fato de a cirurgia ser recente e a criança estar se recuperando naquele momento. Por outro lado, se a criança é admitida na Enfermaria de Pediatria com um tempo mais longo de pós-operatório, é

porque, provavelmente, a cirurgia foi mais complexa, e a criança apresenta mais riscos de complicações. Nesses dois casos, a necessidade de cuidados estaria numa mesma prioridade. Outro entrevistado ressaltou as situações em que a criança permanece mais tempo no CTI Pediátrico, da mesma forma, por conta de complicações ligadas à cirurgia, o que demandaria um cuidado diferenciado daquela que foi transferida de imediato para a Enfermaria de Pediatria, por ter uma recuperação de acordo com o esperado pelos profissionais de saúde. Para este último participante, então, o cuidado à criança no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca está diretamente relacionado ao tempo de pós-operatório no CTI Pediátrico. Os trechos selecionados ilustram o exposto:

Na verdade eu não percebo essa diferença. Claro que aquela criança que fez a cirurgia na segunda-feira e na terça à tarde já vem pra enfermaria, a gente fica meio preocupada, fica meio ansiosa, porque é uma criança, na verdade, com o primeiro pós-operatório [na Enfermaria de Pediatria]. A gente fica um pouco mais ansiosa, mas não percebo diferença nos nossos cuidados. Também tem aquela questão: se uma outra criança ficou mais dias [internada no CTI Pediátrico], às vezes é porque foi uma cirurgia mais complicada e é uma criança com mais riscos. Então, independentemente, os cuidados são os mesmos (E18).

Sim, o cuidado é diferente. Por exemplo, essa criança, se ela tem mais tempo de CTI, provavelmente ela vem com alguma seqüela. Porque no CTI é uma passagem rápida; se ela ficou mais tempo, provavelmente ela teve alguma complicação no pós-operatório ou de transoperatório. Então, o cuidado vai ser diferente com certeza por conta da complicação em si e mesmo pra acostumar essa criança na enfermaria de novo, porque a nossa enfermaria é coletiva, é luz, é barulho, são várias mães conversando. Então, é readaptação (E20).

Ao questionarmos se a dor poderia estar presente na criança que acabara de passar por uma cirurgia cardíaca, um profissional de enfermagem reiterou o quanto ele achava a criança forte, reforçando que ela era capaz de suportar o que muitos não suportariam, como a dor. Ele nos disse que (...) *normalmente* [as crianças] *têm dor, apesar que elas* [referindo-se às crianças] *são muito fortes. Elas*

agüentam. Acho que tudo que o ser humano não agüenta, uma criança agüenta (E13). Surpreende-nos essa afirmação nos dias de hoje, já que a literatura nos traz este tipo de concepção datada da década de 1970, em que era relatado que crianças toleravam bem a dor e raramente precisavam de medicação para o seu alívio após cirurgias (SWAFFORD; ALLAN, 1968, apud HELGADÓTTIR, 2000).

Esse mesmo entrevistado relatou que o choro é o meio mais importante de identificar a dor em uma criança e que se a mesma estiver *sorridente e quietinha*, seria difícil identificar a dor. Tal associação não nos parece adequada, pois nos leva a concluir que se a criança estiver quieta, ela não estará sentindo dor. Ele nos disse:

Eu acho que o mais importante é o choro, porque se ela tiver sorridente, se ela tiver quietinha, vai ser meio difícil você avaliar [se é dor]. Se você for mexer nela, às vezes, com a manipulação a criança chora. Então, dá pra você perceber que ela tá com dor na manipulação ou se o choro é constante. Mesmo quietinha, ali sem mexer nada, ela tem dor. Então, é mais, assim, manipulação e choro (E13).

Herr et al. (2006), ao mencionar os fatores a serem utilizados na avaliação da dor de crianças pequenas que não possuem habilidade verbal para comunicar sua dor, relatam que o sono e um comportamento retraído podem indicar um esforço da criança para controlar a dor através da limitação de suas atividades e de sua interação social. Dessa forma, uma criança com comportamento calmo, sem choro, também pode estar com dor.

A análise dos depoimentos dos participantes deste estudo revelou que, nas situações em que o medo e dor se confundem, os profissionais de enfermagem se esforçam para avaliar a dor. Isso se evidencia na fala de um outro entrevistado, o qual mencionou que a criança ficava receosa à manipulação, sentia medo de sentir dor, sentia medo de se machucar, dificultando identificar se a criança estaria realmente sentindo dor, medo ou ambos:

Então, você olha a expressão da criança, vê se ela tá chorosa, se na hora que você vai manipular ela não fica receosa, se você pegar pra pesar, pegar pro banho, porque tem o curativo, tem punção, tem o soro, talvez ela fica um pouco, não é nem tanta dor, às vezes é medo de você manipular, de machucar ela. Enfim, aí você vê se a criança tá chorosa, se ela não tem medo de se virar na cama, porque aí pode ser indício de que ela tá com dor, que ela tá, enfim, aquela cirurgia pode tá doendo mesmo (E11).

Segundo Conceição, Silva e Roberge (1985), as crianças experimentam a dor com medo, talvez sem conseguir entender o que se passa com elas, e o medo aumenta a dor. Assim, o depoimento do profissional E11 revela sua preocupação em avaliar a possibilidade de a criança estar sentindo medo ou dor, pois as duas situações requerem intervenções que possam promover o seu bem-estar.

Dois entrevistados mencionaram que identificar a dor em crianças e, principalmente em bebês, é uma tarefa difícil e complicada. Parece-nos que além desta dificuldade, a habilidade para mensurá-la constitui-se em outro aspecto que os desafiavam. Os profissionais disseram que (...) *nessa ala que são bebês, aí já dificulta um pouco a expressão da dor, porque aí você já não tem mais como quantificar* (E15). *Pra avaliar a dor de uma criança é meio difícil, é complicado* (E19). Alguns aspectos relacionados a essa dificuldade são apontados por Claro (1993). Para ela, se a avaliação da dor em adultos, que podem se expressar com certa facilidade através da fala, já é um desafio, a questão quando voltada para a criança torna-se ainda mais dramática, pois nos deparamos com a pouca ou nenhuma fluência verbal e a contínua e rápida mudança de estágio de desenvolvimento a que estão sujeitas.

Os participantes deste estudo relataram identificar a dor de diversas formas, tais como por meio de alterações da face, postura e expressões da criança, suas ações que apontam para o local onde dói, modificação dos sinais vitais e choro. Um dos entrevistados nos disse:

A criança apresenta sinais característicos da dor e a face dela mostra que ela tá com dor, o jeito que ela chora, a contração. Quando é uma criança maior, ela leva a mão ao local. Então dá pra gente saber que ela tá com dor (E03).

Um estudo realizado por Setz e colaboradores (2001), cujo objetivo foi verificar e comparar a avaliação e intervenção utilizadas por profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares de enfermagem e médicos) para o alívio da dor de crianças hospitalizadas, mostrou que esses profissionais utilizavam, principalmente, parâmetros fisiológicos e comportamentais para avaliar a dor da criança, o que verificamos também em nosso estudo. Porém, faz-se necessário estarmos atentas para o aspecto levantado por McGrath (1987) que, ao mencionar as técnicas de avaliação da dor da criança, mostra que os profissionais de saúde podem interpretar o comportamento da criança de maneiras diferentes. McGrath afirma que a observação isolada do comportamento da criança como indicativo de dor, sem conhecimento do comportamento habitual da criança quando esta está com dor, pode levar a uma administração inadequada de analgésicos.

A maioria dos entrevistados citou que avaliava a dor através do choro. Para eles, o choro é um indicador de dor, desde que sejam descartadas outras hipóteses para a criança estar chorando, como fome, falta da mãe, desconforto causado pelo contato com urina ou fezes, dentre outras:

(...) pelo choro dela que a gente consegue distinguir bem a criança, quando chora de fome, de dor, pela ausência da mãe. Então, assim, a gente percebe que ela tá chorando de dor porque é uma dor, assim, diferente e ela tá com algo estranho que ela não tinha antes (...) (E01).

A gente tenta assim, avaliar, tenta acalantar. Ver se tá tudo sequinho, se ela não tem uma assadura que tá incomodando, que pode ser um outro tipo de dor, se não tem nada no berço que possa tá incomodando, ou se ela já é uma criança [interrompeu a fala]. Às vezes, tem que avaliar como que a criança é, ver o plantão que a gente recebe, ver se ela é uma criança agitada, entendeu? E a gente vai vendo, vai eliminando as possibilidades que tem, se é perto da

hora de mamar, se ela tá com fome ou não, vê a extensão do corte, se tem alguma coisa avermelhada, ou se tem realmente algum foco de alguma coisa que possa tá incomodando. E, na medida do possível, a gente vai tentando eliminar as coisas pra vê, até chegar realmente pra checar se é realmente uma dor ou não. Eu acho que parte realmente desse princípio aí que eu te falei (E06).

Os entrevistados especificaram como era o choro da criança que poderia estar apresentando dor. Descreveram-no como um choro desesperado, mais intenso, persistente e que não cede. É um choro que *não tem acalento*:

Um choro de dor é um choro mais intenso, ele não tem, assim, [interrompeu sua fala]. A mãe não consegue acalantar a criança pra ela parar de chorar. Não é igual uma criança que tá com birra ou que quer colo e a mãe pega e fica quietinha. O choro de dor é mais intenso. Não tem acalento (E13).

É um choro que não cede, não adianta a gente pegar no colo, tentar acalmar, que não melhora. Mesmo estando com a mãe ou não, esse choro não melhora. (...) Às vezes, um colo até acalma um pouco, mas a criança não pára de chorar (E17).

Hamers et al. (1994) demonstram em seu estudo que a expressão da criança parece ser um importante fator na avaliação da dor. Mostram que há muitas maneiras que a criança pode expressar dor, mas o que mais influencia sua avaliação é a expressão vocal e verbal da dor. O choro é o mais confiável e, em outras palavras, a probabilidade da criança estar com dor aumenta se esta estiver chorando.

As alterações da face, expressões da criança e as diferentes posturas que a mesma pode assumir também foram discriminadas pelos entrevistados. Mencionaram que a criança apresenta-se com olhar retraído, irritada, com as mãos e pés contraídos e o corpo contorcido:

O olhar sempre fica muito retraído, as mãos e as pernas costumam retrair também, se contorcer com o corpo; a parte muscular fica bem retraída. Então, a gente já sabe; só de olhar pra criança a gente sabe se a criança tá com dor ou não (E14).

Na verdade, a gente vê a expressão do rosto do bebê e mesmo a postura. Ele se encolhe inteiro e você não consegue manipular. Você chega próximo do berço, não precisa nem pôr a mão, chega próximo e eles já sabem. Ficam altamente irritados. Então, assim, você vê que realmente é assim. É uma situação diferente (...) (E15).

A gente observa, na prática mesmo, a expressão facial, expressão de dor, choro intenso, movimentação de membros e agitação (E20).

Ao analisarmos as falas dos participantes, observamos que o conjunto dos itens citados por eles como importantes para a avaliação da dor compreendem alguns dos aspectos que compõem vários instrumentos para mensurar a dor e têm sido úteis aos profissionais de enfermagem nesse processo. Para exemplificar, temos que a expressão facial e as diferentes posturas que a criança pode assumir, juntos com outros elementos, fazem parte da Escala FLACC (MERKEL; VOEPEL-LEWIS; MALVIYA, 2002), *Neonatal Facial Coding System* – NFCS (GUINSBURG; BALDA, 2003) e *Neonatal/Infant Pain Scale* – NIPS (GUINSBURG, 1999).

Segundo Procianoy (1994) e Gaiva e Dias (2002), o estresse doloroso leva às alterações fisiológicas, tais como: taquicardia, aumento da pressão arterial, decréscimo da pressão parcial de oxigênio no sangue e sudorese palmar; além de alterações comportamentais: expressão facial, resposta motora e choro. Em nosso estudo, os profissionais de enfermagem enfatizaram a necessidade da avaliação de alguns desses parâmetros. Além das intervenções, já mencionados acima, para identificar a dor na criança, os participantes citaram a importância dos sinais vitais para avaliar se a criança estava ou não apresentando dor, como aumento da pressão arterial, queda na saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca, além da presença de sudorese. Os profissionais relataram:

(...) tem o fato aí dos sinais vitais (...). Eu olho muito isso. O paciente tá queixando de muita dor, dependendo do lugar, eu procuro olhar uma pressão (...). Porque, às vezes, pode ser aquela coisa, que nem eu te falei, um dengo, uma coisinha assim. Porque a dor, eu acho que interfere em todos os sinais vitais; a pressão sobe ou cai, ou

sudorese, dá tudo. Você olha no olhar da pessoa e vê se tá com dor ou não. Eu olho, principalmente, a aparência da pessoa; você olha que ela tá triste, aquele olhar caído. Você olha e você percebe na hora (E02).

Uma criança que não fala você tenta ver nas reações, porque com dor ela pode ficar chorosa, ela pode reter urina, ela pode aumentar a pressão, pode cair a saturação, aumentar frequência. São todos sinais de dor. Você deve ficar atenta aos sinais dela (E08).

Os entrevistados mencionaram, ainda, a relevância da mãe no processo de avaliação da dor da criança, reiterando que elas são as que mais conhecem as crianças e, portanto, qualquer alteração no comportamento das mesmas seria rapidamente notada:

A gente aposta um pouco na informação que a mãe te passa, porque ela é a pessoa que mais conhece a criança. Então, qualquer movimento alterado, ela acha que realmente aquilo é importante, e a gente tem que avaliar (E15).

Eu uso muito a opinião da mãe. A mãe, eu acho que conhece mais a criança do que eu. Então, a opinião da mãe, pra mim, é fundamental: “Oh, eu acho que é dor. Já fiz de tudo e eu acho que é dor!”. Então, além de olhar os sinais, assim, face de dor, agitação, choro forte, sem parar, impaciente, eu olho muito a questão da opinião da mãe (E18).

Segundo Woodgate e Kristjanson (1996), os pais identificam a dor através da expressão facial indicativa de dor, mudança na personalidade e humor, choro ou expressão verbal de dor. Porém, alguns pais relatam que “apenas sabem” que seu filho está com dor. Este conhecimento é aparentemente baseado na intuição ou na familiaridade com suas crianças. O estudo também nos mostra que os pais são a ponte entre as enfermeiras e as crianças, especialmente durante os períodos de dor. Essas autoras reforçam a necessidade de inserção e valorização dos pais no manejo da dor da criança, o que também foi revelado, em nosso estudo, por meio dos depoimentos de vários profissionais de enfermagem entrevistados e merecem ser aqui reconhecidos.

A experiência profissional anterior, adquirida com o trabalho diário com crianças, foi relatada pelos participantes como facilitador da avaliação da dor. Além disso, a afinidade com as crianças internadas, geralmente decorrente do longo período de internação, também é um fator que facilita identificar qualquer comportamento diferente que a criança possa vir a apresentar, como dor. Dois profissionais nos relataram: *A dor, a gente identifica dor, assim, pela experiência que a gente tem aqui.* (E10); *Se você já conhece a criança, fica mais fácil* (E08).

A própria experiência de vida, como o papel de ser mãe, foi citada como outro aspecto que auxilia os profissionais na avaliação da dor, como nos descreveu a participante abaixo:

Eu sou mãe de três filhos, então, eu conheço, assim, principalmente, os meus filhos. Eu sei quando é um choro de manha, eu sei quando é um choro de fome, eu sei quando é um choro de dor. E aqui, assim, eu uso um pouco essa parte minha de experiência lá de casa, porque eu, a própria mãe, também que tá acompanhando a criança, sabe me orientar. Mas no caso, vamos supor, se tem uma criança que tá sem acompanhante, por a gente ter uma afinidade com essa criança, por conhecer ela - porque as crianças aqui ficam internadas por mais tempo - a gente já conhece. Que nem se ela tá mais apática, se ela tá mais quietinha, se ela, vamos supor, tá chorando muito, vê que aquilo lá não é colo, vê que não é fome, vê que não é fralda, aí, no caso, pra mim, é dor. Tem que estar sendo medicada (E02).

Os resultados obtidos por Tacla (2006), em sua tese de doutorado, na qual um de seus objetivos foi identificar como as enfermeiras cuidam das crianças com dor no período pós-operatório e quais fatores influenciam sua prática, evidenciaram que as enfermeiras entrevistadas associavam suas experiências dolorosas às das crianças hospitalizadas, faziam correlação entre as situações do trabalho e os fatos ocorridos com os filhos ou outro membro da família. Isso nos mostra que a experiência pessoal interfere no manejo da dor pelos profissionais de enfermagem. Nessa mesma direção, o estudo de Viana, Dupas e Pedreira (2006),

cujos objetivos foi verificar como era o processo de avaliação da dor, feito pelas enfermeiras que atendiam crianças internadas na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), mostrou a sensibilização do profissional para a dor e revelou que a dor sentida pela criança fazia com que este profissional revivesse a própria experiência dolorosa ou de seu filho, fazendo com que este valorizasse e se envolvesse com o cuidado da dor por não desejar que o outro sofresse. A revisão de literatura realizada por Abu-Saad e Hamers (1997), a respeito dos fatores que influenciavam na tomada de decisão de enfermeiras no cuidado da criança com dor, também mostrou que enfermeiras que têm filhos medicam mais rápido a criança com dor, quando comparadas às enfermeiras que não possuem filhos. Esses estudos reafirmam a relação entre a experiência pessoal dos profissionais e a avaliação da dor da criança, com conseqüente intervenção para seu alívio, também relacionada às experiências prévias dos mesmos.

A análise dos dados revelaram, ainda, que os profissionais de enfermagem consideram as singularidades das faixas etárias como aspectos a serem observados no processo de identificação da dor. As crianças menores não conseguem relatar com clareza o que sentem e, dessa forma, expressam sua dor chorando, apresentando alterações nos sinais vitais, dentre outros. Já as crianças maiores se comunicam com maior facilidade, chegando a verbalizar sua dor, inclusive com detalhes:

Depende da idade da criança, porque quando elas verbalizam é mais fácil, olha dói aqui, não dói. Quando é bebê, você pode tá avaliando pelo choro, porque quando a gente fica muito tempo com criança você começa a perceber aquele choro intermitente, a criança tá na companhia da mãe, tá confortável, entre aspas, e ela continua chorando, pode ser um sinal de dor. A expressão física, a alteração dos sinais vitais, também a gente observa (E05).

Os maiores [referindo-se às crianças maiores] referem a dor. Agora os pequeninhos [referindo-se às crianças menores], eles ficam chorosos, irritados. É assim que a gente identifica (...). Alguns apresentam, assim, uma sudorese, alguns desses sinais (E17).

Na fala de um dos participantes, ele mencionou que apenas o relato verbal da criança não era suficiente para que ele pudesse acreditar que a criança apresentava dor. Em sua prática profissional, ele associava a fala da criança com outras características, como sua expressão, ou mesmo o fato de a queixa de dor da criança estar relacionada a qualquer manipulação com a criança. Este entrevistado nos explicou:

Às vezes uma manipulação, mudar ela [referindo-se à criança] de decúbito, alguma coisa assim, ela pode expressar a dor. Que é bem diferente, por exemplo, de eu estar vendo esta expressão dela, de eu estar, por exemplo, perguntando pra ela: “Você está com dor?” Ela vai responder pra mim que está, entendeu? É bem diferente (E12).

A esse respeito, Barbosa e Guinsburg (2003) afirmam que o auto-relato é conhecido como padrão-ouro para avaliação da dor. Nessa perspectiva, qualquer fala das crianças a respeito da presença de dor deveria ser considerada e investigada para direcionar o cuidado a essa clientela.

Dentre todos os participantes, apenas uma enfermeira demonstrou conhecer escalas de dor como um intervenção para avaliar a dor na criança. Contudo, a mesma nos informou que não as utilizava em suas atividades diárias com as crianças na clínica pediátrica e reforçou as demais estratégias, relatadas anteriormente por outros participantes, para avaliar a dor da criança. Ela nos disse:

A gente tem umas escalinhas de dor, que assim, é de conhecimento das enfermeiras da pediatria, mas a gente observa, na prática mesmo, a expressão facial, expressão de dor, choro intenso, movimentação de membros e agitação (E20).

Sousa (2002), tomando a dor como o quinto sinal vital e chamando nossa atenção para os documentos referentes à *American Academy of Pediatrics* e a *American Pain Society* (2001), os quais citam que a dor já foi incluída como o quinto sinal vital em muitas instituições, destaca que, para o tratamento doloroso ser eficaz, é necessário que a avaliação e mensuração da dor sejam confiáveis e válidas. Nesse sentido, concordamos com Rossato (2004), ao reportar que conhecer escalas de avaliação de dor de crianças é extremamente importante. Contudo, a autora complementa que não basta apenas incluir a dor como quinto sinal vital para que seu manejo seja eficaz, da mesma forma que adotar medidas isoladas como implantação de escalas ou mudanças no comportamento sozinhos não garantem que a dor seja avaliada e tratada adequadamente.

Por fim, a avaliação da dor foi relatada, por um dos participantes, como uma atividade própria do trabalho médico. Neste caso, nota-se que o profissional da equipe de enfermagem está na dependência do médico para avaliar se a criança está ou não com dor. Na fala da entrevistada, ela nos informou que é capaz de perceber que a criança está diferente, como por exemplo, por meio do choro, e, diante disso, aciona o médico para a avaliação da dor:

Geralmente a criança que tá com dor ela fica ou gemente, ou bem chorosa. Aí você chama o médico, porque é ele que avalia, porque dor, a gente não medica. Você nota que a criança tá diferente, aí você chama o médico e, normalmente, ele medica (E09).

Essa dependência do profissional médico para o manejo da dor também foi encontrada nos achados de Tacla (2006). Em seu estudo, já mencionado, a autora relata que as enfermeiras entrevistadas basearam o controle da dor da criança em medidas farmacológicas, e este controle estava na dependência direta da conduta e das prescrições médicas. Em nosso entendimento, o profissional de

enfermagem poderia estar modificando este cenário, por meio da iniciativa de utilizar intervenções não-farmacológicas para aliviar a dor das crianças, antes de partir imediatamente para o uso de medicamentos prescritos. Dessa forma, eles poderiam reavaliar se as medidas adotadas foram efetivas ou não e, diante dessa reavaliação, outras condutas poderiam ser implementadas, como a administração de analgésicos.

5.2.2 Alívio da dor

Prosseguindo na investigação sobre o manejo da dor na clientela em estudo, passamos a explorar como os profissionais de enfermagem realizavam o alívio da dor da criança. Ao serem indagados sobre o que faziam frente à possibilidade da criança estar sentindo dor no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, a maioria dos profissionais entrevistados relatou que, em primeiro lugar, procurava medicar a criança. Neste sentido, o uso da intervenção farmacológica foi a intervenção de escolha mais utilizada ou, muitas vezes, a única, segundo os relatos dos entrevistados:

(...) Eu vou na prescrição, vejo o que tá prescrito pra dor. Sempre tem alguma coisa prescrita pra dor (E03).

A gente medica. (E13).

(...) Eu identifiquei a dor, aí eu vou na prescrição, vou ver o que é que eu tenho pra oferecer pra essa criança (...) (E16).

As experiências dolorosas nas crianças podem ser amenizadas por uma variedade de intervenções. O tratamento farmacológico é uma fonte óbvia para o alívio da dor, apesar de muitos estudos indicarem que crianças são freqüentemente submedicadas e suportam fases desagradáveis de dor durante a hospitalização (PÖLKKI; VEHVILÄINEN-JULKUNEN; PIETILÄ, 2003). As intervenções não-

farmacológicas são recursos utilizados quando não há a possibilidade de se aplicarem as intervenções farmacológicas de imediato, e a dor é avaliada como uma dor *não tão importante* (E11), passível de ser aguardada até o horário da administração do medicamento, conforme exemplifica o participante:

(...) Vê na prescrição se tem medicação pra dor, se deu o horário para você medicar a criança. Se deu o horário, a gente medica. Se ainda não deu para dar a medicação, a gente usa de outros meios. Você tenta, é, distrair a criança; ver se a mãe pegando no colo não melhora; se der um banho não melhora; se ela der um passeio às vezes não alivia; não distrai a criança; se algum brinquedo que ela gosta não distrai. Enfim, você vai tentando distrair, engambelar, até dar o horário da medicação e, às vezes, até consegue. Às vezes ela não tá com uma dor tão importante e você consegue esperar até o horário [referindo-se ao horário da medicação]. Caso não consiga, aí você procura o médico, vê se não tem outra coisa para intercalar, porque é uma cirurgia grande, é uma cirurgia que dói mesmo nos primeiros dias (E11).

Por outro lado, dois dos vinte entrevistados mencionaram que utilizavam primeiramente as intervenções não-farmacológicas para tentar aliviar a dor e, mediante o insucesso da utilização deste recurso, buscavam administrar a medicação prescrita. Os trechos abaixo evidenciam o exposto:

Ah, podemos usar brinquedos, a mãe pode pegar no colo, o pai ou a avó, ou distrair a criança. Essa distração também pode ser através de brinquedo, da televisão, uma canção (...) [Se] a criança não pára de chorar, mesmo você usando todos os meios, então a gente olha na prescrição, vê se ela já foi medicada ou não, se não a gente medica pra dor (E07).

Se eu já tentei dar chupeta, trocar de posição, pôr no colo da mãe e a gente vê que não melhora, primeira coisa que eu faço é pegar a papeleta, ver se essa criança tem medicação prescrita pra dor (...) (E18).

Segundo Mobily, Herr e Nicholson (1994), a administração de analgésicos é a base para o efetivo alívio da dor, mas, pelo fato de a dor ser mais que uma experiência sensorial, outros métodos de alívio da dor também são importantes para o cuidado da criança. Os autores enfatizam que o analgésico sozinho pode não

reduzir adequadamente a dor devido sua complexa e multidimensional natureza. Assim, tornam-se importantes o conhecimento e a aplicabilidade, por parte dos profissionais de enfermagem, de diversas intervenções para o alívio da dor da criança.

Com relação ao uso da intervenção farmacológica para aliviar a dor da criança, evidenciamos nos relatos dos profissionais o processo que percorrem até a administração do medicamento. Muitas vezes, eles precisam avaliar, de modo subjetivo, a extensão da dor da criança, para que seja tomada a decisão de esperar pelo próximo horário do medicamento ou para solicitar ao profissional médico uma avaliação da situação para uma possível prescrição de um analgésico ou de outro intercalado com o já prescrito. Este processo pode demandar um tempo significativo, dependendo da dinâmica da clínica pediátrica naquele momento, o que pode interferir no cuidado da criança que tem a experiência de dor. Os participantes nos disseram:

Eu chamo o médico e ele, ele autoriza a fazer medicação [referindo-se aos casos em que a prescrição é de demanda, e não de horário]. (E09).

A gente vê se tem medicação prescrita: “de horário” ou “se necessário”. Se não tem, a gente vai atrás de alguém (E10).

Vou ver o que é que eu tenho pra oferecer pra essa criança [referindo ao analgésico], porque se eu não tiver nada lá [referindo-se à prescrição], eu vou ter que ir atrás do plantonista, do médico, de quem cuida. Você conhece toda essa burocracia (E16)!

Além dessa dependência do profissional médico para o alívio da dor da criança, outra dificuldade mencionada foi a prescrição de medicamentos “por demanda”. Conforme o relato dos entrevistados, geralmente as prescrições médicas de analgésicos são “se necessário” ou “a critério médico”, dificultando ainda mais a intervenção da equipe de enfermagem no alívio da dor, como exemplificado abaixo:

A gente vê se tem alguma medicação prescrita, porque o grande erro é que geralmente as medicações vêm “se necessário” ou “a critério médico”. Então, a gente olha o horário que foi feito, a medicação que pode ser feita, o que é que pode estar fazendo (E05).

Segundo o estudo feito por Helgadóttir (2000), que teve como objetivo descrever a prática de prescrição e administração de medicação para dor em crianças no *National University Hospital*, para determinar se estes pacientes recebiam doses terapêuticas dessa medicação, a maioria das medicações para dor (71%) era prescrita “por demanda”, fazendo com que a criança não recebesse medicação para dor após a cirurgia. Nos casos em que o analgésico era prescrito, doses abaixo ou acima do terapêutico eram administradas. Outros estudos também mostraram que crianças recebem doses menores de medicação para dor quando comparadas aos adultos (VINCENT; DENYES, 2004; BARBOSA; GUINSBURG, 2003; HELGADÓTTIR, 2000; GONZALEZ; ROUTH; ARMSTRONG, 1993).

Dentre aqueles profissionais que mencionaram utilizar intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor da criança, em pós-operatório de cirurgia cardíaca, uma das intervenções mais citadas foi o posicionamento da criança para proporcionar-lhe maior conforto. As falas abaixo exemplificam isso:

(...) Medidas de conforto também, porque elas [referindo-se às crianças] vêm com cateter. Então, elas ficam muito tempo numa posição só e você tem que observar essas coisas também (E05).

A gente procura assim, manter uma posição mais confortável. Não deixar muito reto, assim. A gente procura deixar a cabeça mais elevada pra melhorar o desconforto (E17).

Após a utilização do reposicionamento, descrito acima, os participantes citaram a utilização da distração por meio de brinquedos, músicas, passeios, o aconchego dos pais e/ou acompanhantes, como forma de tentar amenizar a dor ou fazer com que a criança se esquecesse da mesma, nem que fosse por alguns

instantes. No contexto da Enfermaria de Pediatria, a sala da recreação e o parque do hospital foram citados como recursos para o alívio da dor da criança:

Aqui na Pediatria a gente usa muito de brincar com a criança, a gente tenta levar ela - se ela pode sair da cama -, levar ela para a recreação, para ela brincar com outras crianças. Enfim, de distrair mesmo. Se ela puder descer no parquinho, a mãe leva ela no parquinho para tomar um sol. Enfim, ela vai distraindo para ver se passa a dor. Assim, se ela brincar, se ela sair um pouco daquela situação de quarto, de estar no hospital, de estar com soro, com dreno, a dor pode diminuir. Porque, assim, a criança fica um pouco com medo de tudo isso, e fica pensando, e a dor acaba estressando e até aumentando na criança (E11).

Podemos usar brinquedos; a mãe pode pegar no colo; o pai ou a avó também, ou distrair a criança. Essa distração também pode ser através de brinquedo, da televisão, uma canção (E07).

Acho que assim, levantando o astral da criança, por exemplo. Se eu chegar na enfermaria, se eu brincar, se eu, assim, não tentar demonstrar que a própria criança tá com dor, entendeu?, Porque a própria criança tá doente, se eu conversar, se eu distrair, aí pode ser uma maneira de eu tentar aliviar, de eu tentar tá vendo de outra maneira como poderia tá ajudando essa criança (E12).

Os entrevistados citaram, também, outras intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor da criança, como tentar acalmá-la por meio de banhos e deixar o ambiente mais calmo, no intuito de minimizar o barulho existente na enfermaria e diminuir o estresse vivenciado pela criança:

A gente tenta deixar, assim, um ambiente mais calmo; não tentar ficar mexendo muito [referindo-se à manipulação excessiva das crianças]; colocar, assim, numa posição mais confortável. Você deixa mais quieto (E09).

(...) Abaixar o estresse. Porque se ficar chorando, aquilo vai só aumentar a dor (E10).

Então, o que a gente faz realmente é isso, é tentar adequar no momento, é colo, seio materno, sabe, o mínimo de barulho na enfermaria, sabe, alguma coisa assim, tranquilizar o ambiente (...). Mais banhos também, sabe? Algo pra acalmar o bebê (E15).

O estudo de Rossato (2000), o qual buscou compreender as crenças e as estratégias utilizadas pelas enfermeiras ao lidar com a dor da criança e sua família, nos mostrou que, quando a criança se mantém distraída, ela esquece da dor, não necessitando do analgésico. Este comportamento da criança reforça a eficácia da intervenção não-farmacológica para o alívio da dor. Outro achado relatado em seu estudo, e também encontrado nos nossos dados, é que as enfermeiras acreditam que os fatores do ambiente podem acarretar dor à criança, evidenciando que um ambiente confortável e tranquilo também pode contribuir para o alívio da dor.

Apenas uma entrevistada, da categoria profissional enfermeiro, citou a massagem como uma intervenção não-farmacológica utilizada para aliviar a dor da criança no pós-operatório. Ela nos disse:

A gente tenta aliviar com manobras. Se é uma dor abdominal, se tem uma distensão, se uma massagem vai resolver (...). Às vezes, é uma constipação de pós-operatório cardíaco. A criança está sem evacuar e, por isso, que está incomodada (E20).

As intervenções não-farmacológicas como as medidas de conforto, distração e técnicas de relaxamento também são descritas no estudo de Jacob e Puntillo (1999) como intervenção utilizada pelas enfermeiras para o manejo da dor das crianças. Este estudo teve como objetivo descrever as percepções das enfermeiras sobre a própria prática de avaliação e manejo da dor das crianças. As autoras relataram que está documentado que as intervenções não-farmacológicas são eficazes no manejo da dor, mas seu uso na prática não é explorado em sua totalidade. Já o estudo realizado por Salanterä (1999), o qual buscou investigar o conhecimento de base e prático sobre o manejo da dor em crianças, pelas enfermeiras, as quais trabalhavam na ala pediátrica de um hospital universitário, mostrou que os fatores que interferiam no uso das intervenções não-farmacológicas

por elas estão ligados à sua formação e à sua idade. As enfermeiras mais jovens apresentaram menos atitudes contrárias para uma boa avaliação e tratamento da dor da criança.

Além das intervenções citadas acima, os entrevistados mencionaram o papel da mãe como essencial para a recuperação da criança. A mãe, ou outro familiar/acompanhante que tenha afinidade com a criança, transmite carinho, afeto, segurança e confiança, além de conseguirem diminuir o estresse inerente ao processo de hospitalização. Com isso, ajudam no alívio da dor de seus filhos, tornando sua recuperação mais rápida. As falas abaixo exemplificam o exposto:

(...) Ela [referindo à mãe] é que dá segurança para a criança (...). Sentir a presença da mãe, sentir o cheiro da mãe, de alguém mais próximo (...) é muito importante, porque acho que facilita mais a recuperação. Esse contato, esse carinho, as pessoas estimulando, coisa e tal. Acho muito importante; tem que ter, não tem como (E06).

(...) Sempre pedindo pra que um familiar fique, se não tiver condições da mãe ficar, alguma outra pessoa. A gente sempre acaba liberando alguém pra que fique [referindo-se à permanência de um acompanhante com a criança no hospital], sabe, pra essa criança se sentir segura no ambiente que ela tá (E15).

O estudo feito por Pölkki (2002) nos mostrou que a participação dos pais no cuidado de suas crianças é uma realidade atual, sendo benéfica tanto para elas quanto para a família. Nesse sentido, Rossato (2004) aponta que é necessário incluir os membros da família no cuidado da criança que tem dor, além de valorizar o envolvimento destes nesse cuidado. No nosso contexto, evidenciamos durante a observação que os pais participam do cuidado de seus filhos, e esta participação é benéfica para ambos. Contudo, os enfermeiros e outros membros da equipe de enfermagem devem ter cautela ao convidar os pais para participarem do cuidado de seus filhos. Esta participação deve sempre ser amparada pelo enfermeiro e sua equipe e deve ser feita de forma sistematizada. Ainda nessa direção, o estudo feito

por Huth e colaboradores (2003) relata que os profissionais de enfermagem têm dado aos pais a responsabilidade do cuidado da dor intra-hospitalar de suas crianças. Para os autores, esta responsabilidade requer que eles tenham maior conhecimento sobre o reconhecimento, avaliação e estratégias para redução da dor. Dessa forma, pressupõe-se uma estreita interação entre equipe de saúde e pais, a fim de instruí-los para um efetivo manejo da dor.

Ao se pensar em participação dos pais no cuidado de seus filhos, não se pode desconsiderar a necessidade de uma comunicação efetiva entre estes pais e o profissional, a fim de se estabelecer uma parceria entre estes e promover um adequado manejo da dor destas crianças. O estudo realizado por Simons e Roberson (2002), que teve como objetivo explorar as percepções das enfermeiras e dos pais para o manejo da dor pós-operatória das crianças, mostrou que a pouca comunicação entre os pais e as enfermeiras, além do déficit de conhecimento desses profissionais em relação ao manejo da dor, criou obstáculos para o efetivo alívio da dor. Estes obstáculos precisam ser transpostos para melhorar o manejo da dor nas crianças, aperfeiçoar a educação das enfermeiras e aprimorar a comunicação com os pais.

Conforme apontaram os participantes, a mãe, ou outro familiar/acompanhante mais próximo da criança, tem condições de perceber alterações nela que os profissionais de enfermagem não conseguiriam ou levariam um tempo maior para tal, já que estes conhecem bem mais a criança que os profissionais. Por meio deste conhecimento, a mãe, e a família como um todo, são parceiros no manejo da dor da criança e podem contribuir com intervenções efetivas para o manejo da dor. A fala abaixo nos mostra isso:

A mãe tem um papel muito importante, porque assim, a criança está fora de casa, está longe de irmão, de pai. A mãe ou o pai, ou o acompanhante [referindo-se àqueles que são tão importantes quanto a mãe]. Então é bom, porque a mãe, além de dar o cuidado, ela serve de apoio pra criança [serve] de alívio, de companhia. Então, a mãe é muito importante. Às vezes a mãe percebe coisas que a gente não percebe na criança, como se ela está com dor mesmo (...) (E11).

Além da presença da mãe ter sido apontada como um aspecto que pode proporcionar o alívio da dor da criança, evidenciamos nas falas dos entrevistados distinção no comportamento e recuperação das crianças que têm a possibilidade de contar com essa presença. Nos relatos dos participantes, fica claro que as crianças com acompanhantes são mais tranquilas, se alimentam e dormem melhor, enquanto as crianças sem esta possibilidade são mais tristes e apáticas. Diante desta última situação, os entrevistados tentam suprir a falta do acompanhante da melhor maneira possível, por saber que um carinho, uma atenção maior faz toda diferença no alívio da dor e na recuperação da criança:

A gente vê que, às vezes, nós ficamos com crianças de pós-operatório sem mãe. Você vê que a criança é mais triste, você vê que ela é mais apática. Ela fica mais assim [pausa]. Só que como a gente tem esse negócio que já sabe que isso acontece, então a gente estimula mais, a gente tenta pegar no colo mais. (...) Acho que a pessoa precisa de carinho. E você tendo esse conforto na hora que você tá precisando, isso te ajuda muito na recuperação (E06).

A gente tá com três crianças sem mãe [referindo-se às crianças existentes na enfermaria]. Então assim, a gente nota se você tá por perto, se você tá conversando, ela [referindo-se à criança] tá calminha, tá supertranquila, ela se alimenta melhor, ela dorme melhor. É muito importante o contato físico, entendeu? Mas, infelizmente, a gente não tem tempo pra isso (E08).

Apesar do esforço, observa-se, contudo, que nem sempre é possível para os profissionais de enfermagem destinarem um tempo dentro da jornada de trabalho para dedicar-se ao contato físico mais prolongado às crianças sem acompanhante, conforme ressalta este último entrevistado. Provavelmente, as demandas próprias

do cuidado de crianças exigem do profissional a dedicação de um período maior para o desenvolvimento de suas atividades de rotina da clínica o que, certamente, o impede de permanecer com as crianças sem acompanhante suprimindo outras carências, como as de maior conforto e segurança. Além disso, a distribuição de recursos humanos de enfermagem na clínica pediátrica pode variar em função da própria necessidade dos profissionais de enfermagem de se ausentarem por motivos diversos, como licença-saúde, sobrecarregando os demais.

Procuramos saber, também, se os profissionais entrevistados conheciam outros métodos para aliviar a dor da criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca, mesmo que eles não os utilizassem. Contudo, notamos que poucos profissionais demonstraram esse conhecimento, como nos mostra este depoimento: *pensando em alívio da dor, não (referindo-se não conhecer outros métodos). São estes que eu falei: colocar no colo da mãe, tentar acalmar a criança, mais isso mesmo* (E18).

A regulação térmica foi relatada como uma intervenção conhecida para aliviar a dor da criança, mas não utilizada. Particularmente, um profissional mencionou conhecê-la, porém relatou ter receio de usá-la, por não haver prescrição médica desta intervenção. Além disso, mencionou que a dinâmica do trabalho na pediatria não o permitia trocar idéias com outro colega de trabalho sobre a intervenção, o que poderia lhe fazer sentir mais seguro para utilizá-la. Os participantes nos disseram:

(...) Depende muito do tipo de dor, mas você pode fazer compressa quente ou fria (E05).

Eu não sei se pode ser usado esses métodos de bolsinha quente ou bolsinha fria. A gente fica um pouco, assim, com receio, não é? (...) Eu não costumo usar, nesse caso, por conta disso mesmo, por receio, e é uma correria louca na enfermaria, não dá tempo de perguntar. Não acha ninguém. Fica complicado (E10).

Pölkki, Vehviläinen-Julkunen e Pietilä (2001), em seu estudo, buscaram descrever o uso de intervenções não-farmacológicas pelas enfermeiras no alívio à dor pós-operatória de crianças entre 8 e 12 anos. Dentre os achados, 98% das enfermeiras utilizavam o posicionamento visando a aliviar a dor da criança; 69% tentavam criar um ambiente mais confortável e 63% usavam a regulação térmica, a qual incluía a aplicação de frio e calor, apenas “algumas vezes”. Esses dados correspondem aos achados do nosso estudo e afirmam que a regulação térmica é uma intervenção pouco explorada pelas enfermeiras.

5.2.3 Reavaliação da dor

A reavaliação da dor, após o emprego de alguma intervenção para o seu alívio, faz parte do manejo adequado da dor da criança. Assim, procuramos identificar os passos que os profissionais seguiam, após o uso de uma intervenção para amenizar a dor. Neste estudo, como já mencionado, o uso de analgésicos constituiu a primeira intervenção de escolha dos profissionais de enfermagem e, dos vinte participantes entrevistados, apenas sete relataram que após a administração do medicamento prescrito retornavam à enfermaria a fim de identificar se o quadro de dor apresentado pela criança havia mudado. Complementaram descrevendo que, diante da melhora da dor da criança, ela costumava se apresentar mais calma, menos chorosa e, às vezes, chegava a dormir. Os trechos selecionados exemplificam o exposto:

(...) Então, a gente dá o tempo da medicação agir, e vai reavaliar. Então, geralmente a melhora a gente vê logo depois que a criança começa a se apresentar mais calma. Muitas vezes, ela já até dorme depois que medica; não tá tão chorosa. Então, a gente já observa que a dor tá melhorando (E14).

Depois que faz a medicação observa se realmente melhorou, se cessou o choro. Se realmente for um choro de dor, depois dessa medicação eles acalmam, dormem. Muitos, até enquanto está correndo a medicação, se é uma medicação tipo tramadol, que é feito no micro, eles já dormem, ficam mais tranquilos (E17).

Conforme apontamentos dos participantes, o principal indicador para reavaliar a dor da criança é o choro, o que é congruente com o intervenção de identificação de dor mais descrito pelos profissionais. Além do choro, a mudança de comportamento também serve de parâmetro para a reavaliação da dor, sendo que a diminuição da agitação da criança e o sono indicam a efetividade da intervenção de alívio da dor utilizado. Por outro lado, se os profissionais observam um padrão de dor inalterável, após a administração de medicação, eles mencionaram recorrer novamente ao profissional médico para que ele avalie a possibilidade de administração de outro medicamento para o alívio da dor. Os entrevistados nos disseram:

Aí a gente fica observando; dá um tempo pra medicação fazer efeito. Se em todo caso passa muito tempo e a criança ainda continua [referindo-se à permanência da dor da criança], tá na cara que o remédio não fez efeito. Aí a gente procura novamente o médico pra ver o que é que vai fazer; pra ver se tem alguma alternativa que pode ser feita (E13).

(...) Se persistir [referindo-se à dor da criança], a gente sempre pede pro médico: “avalia a criança. [Ela] já foi medicada e ela continua muito chorosa. A gente tá percebendo que ela tá com dor. Acho que a medicação não fez efeito”. Se puder modificar a medicação, dar outro tipo de medicação, a gente procura saber com o médico da criança (E14).

A análise dos dados evidenciou que a maioria dos entrevistados aguarda a decisão médica para continuar intervindo no processo de alívio da dor da criança. Assim, nenhuma outra intervenção não-farmacológica é proposta pelos profissionais de enfermagem. Ao contrário, suas falas reforçam que somente outros fármacos

poderiam aliviar a dor da criança, permanecendo na dependência do profissional médico.

A importância da mãe também foi mencionada durante a reavaliação da criança e, especificamente, uma enfermeira entrevistada relatou sempre estar solicitando a opinião da mãe sobre a melhora ou não da dor da criança. Além disso, ela enfatizou que a opinião da funcionária que está cuidando da criança na enfermaria tem crucial importância e deve sempre ser levada em conta, já que a mesma permanece por maior tempo com a criança e possui parâmetros que permitem avaliar a dor dessa criança, antes e após qualquer intervenção para seu alívio. A enfermeira nos disse:

A gente volta pra ver a criança, pra avaliar se melhorou ou não e sempre perguntando pra mãe: “A senhora que ficou aqui no quarto, a senhora achou que melhorou?”. A mãe e a funcionária do quarto é quem ficou presente ali o tempo todo (E18).

Esse trecho reafirma que os pais têm conhecimento e experiência para identificar uma discreta mudança no comportamento de seus filhos e podem contribuir para um cuidado de maior qualidade, em particular, com relação ao manejo da dor (SIMONS; ROBERSON, 2002).

Dentre os quatro entrevistados, um auxiliar de enfermagem e um enfermeiro, que citaram utilizar as intervenções não-farmacológicas como a primeira opção para o alívio da dor da criança, apenas um deles, enfermeiro, mencionou reavaliar a criança após o emprego da intervenção. Este profissional nos relatou, também, a necessidade de se recorrer ao médico para solicitar analgésico para a criança, caso se certifique que a intervenção escolhida não foi eficaz para o alívio da dor da criança. O profissional nos explicou:

Avalio de novo e se a criança continua chorando, não tem horário de medicação e a manobra [referindo-se a intervenção não-farmacológica] não deu certo, aí é que nem eu falei, a gente chama o médico pra pedir analgésico mesmo (E20).

Ainda como parte da reflexão dos profissionais a respeito do manejo da dor da criança no pós-operatório de cirurgia cardíaca, especificamente sobre o que realizavam após o emprego de alguma intervenção para o alívio da dor, uma das enfermeiras entrevistadas mencionou dificuldade para reavaliar a criança devido às particularidades inerentes ao próprio curso do plantão. Ela nos disse:

Depois que a medicação é dada, a gente espera mais ou menos uma hora pra ver se essa criança melhorou ou não e aí, eu tenho o costume, normalmente, de voltar na enfermaria. Claro que, às vezes, não é possível por causa do andamento do plantão. Assim, a gente não tem condição [referindo-se à realização da reavaliação da dor], mas normalmente a gente volta pra avaliar se a criança melhorou ou não (E18).

Observa-se, por meio da fala da enfermeira, que o manejo da dor da criança pode ser interrompido após o emprego de intervenções para o alívio da dor, já que não tem continuidade com o processo de reavaliação da mesma. Por outro lado, a peculiaridade do cuidado de enfermagem no contexto brasileiro permite que essa continuidade seja realizada por outro profissional da equipe de enfermagem, neste caso, pelo auxiliar ou técnico responsável pelo cuidado da criança, o que não ocorre em outras realidades internacionais. Assim, mesmo que a dinâmica do trabalho da enfermeira a impedisse de reavaliar a dor da criança, a reavaliação poderia estar sendo feita por outro profissional da equipe de enfermagem, minimizando prejuízos ao cuidado da criança.

5.2.4 Registros relacionados ao manejo da dor

O registro constituiu outra etapa do manejo da dor da criança o qual foi explorado neste estudo por meio de entrevistas e observação das atividades rotineiras dos profissionais de enfermagem. Apenas quatro entrevistados mencionaram registrar o cuidado realizado para aliviar a dor da criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Estes profissionais relataram anotar como a criança se apresentava, anteriormente ao emprego da intervenção, e o cuidado realizado para o alívio da dor:

Bom, eu faço a anotação de como a criança estava e o que foi feito (E16).

(...) Ela [referindo-se à anotação da funcionária] fala que a criança estava chorosa, [que] foi medicada pra dor conforme prescrição médica. Normalmente é isso que consta (E13).

As falas sobre o registro das características da dor e a intervenção empregada para seu alívio corroboram com os dados encontrados no estudo realizado por Silva e Pimenta (2003), no qual verifica-se que há pouco registro sobre a dor e suas características. As autoras acreditam que um programa de educação em dor e analgesia e a adoção de um padrão de avaliação e registro sobre dor possam contribuir para o adequado alívio da dor.

A diferença entre o registro efetuado pela enfermeira e pelos profissionais auxiliares e técnicos de enfermagem foi pontuada por uma enfermeira entrevistada. Em sua fala ela explicitou que as anotações destes últimos são registros *básicos*, os quais mencionam simplesmente a dor da criança e a medicação administrada. Para ela, o registro da enfermeira é mais completo, como descrito abaixo:

(...) Anota se foi medicada pra dor (...). Agora os funcionários, às vezes, anota mais: “criança com dor. Foi medicada”. Anota o básico. Agora quando é a gente [referindo-se às enfermeiras] que tem que anotar, aí a gente anota mais completo, tudo o que foi feito (E14).

O estudo realizado por Tacla (2006) também reitera o exposto anteriormente. Os auxiliares e técnicos de enfermagem, responsáveis pela maioria das anotações, registravam os sinais comportamentais de dor, como choro e agitação, e os dados relacionados à administração de analgésicos. Porém, observaram-se poucos registros relacionados à eficácia das medidas empregadas para o alívio da dor.

Para complementar a coleta de dados por meio de entrevistas, como já explicitado no capítulo referente ao caminho metodológico, utilizamos como fonte de dados o prontuário da criança. Dentre as informações colhidas, interessou-nos coletar dados referentes à prescrição médica de fármacos para o alívio da dor da criança, à administração de medicamentos para este mesmo fim e aos registros, relacionados ao manejo da dor, realizados nas folhas específicas para anotações de enfermagem.

Ao analisarmos os registros realizados na folha específica para anotações de enfermagem, durante o mesmo período em que foram realizadas as observações, em nove delas identificamos anotações dedicadas ao manejo da dor, tendo como base os próprios indicadores descritos pelos profissionais para a identificação da dor. Assim, destes nove registros analisados, cinco descreveram o estado da criança como *calma durante o plantão* (R1/3; R2/4; R1/6; R1/7; R2/7); outro profissional registrou que a criança encontrava-se, além de calma, *sem sinais de algias* (R1/1) e as três anotações restantes, uma delas realizada por uma graduanda de enfermagem em estágio curricular, continham descrições sobre o

estado da criança como *agitada (R1/4); chorosa e irritada (R2/5) e chora bastante (R2/6)*.

Houve apenas um dia em que foi administrada a medicação prescrita para dor, nesse caso, a dipirona. Nesse dia, observamos que a criança se encontrava *chorosa e irritada (O2/5)*, desencadeando comunicação verbal relacionada à dor, entre o profissional de enfermagem e a criança, como: *fica calma, vai passar [referindo-se à dor] (O2/5)*. Além da comunicação verbal, observamos que o mesmo utilizou intervenções não-farmacológicas para tentar aliviar a dor da criança, buscando uma melhor posição de conforto, realizando toque para acalmar a criança e brincadeiras. Houve, ainda, a participação da mãe da criança, com a realização de massagem. Após as intervenções empregadas para alívio da dor da criança, o profissional registrou o ocorrido na folha dedicada aos registros de enfermagem: *criança chorosa, irritada (...). Foi medicada para dor com medicação endovenosa por [auxiliar de enfermagem], conforme prescrição médica (R2/5)*. Não foi registrado nenhum dado a respeito das intervenções não-farmacológicas empregadas para aliviar a dor da criança.

Nos outros dois dias em que houve registro relacionado à dor da criança, em um foi realizada a retirada dos pontos da incisão cirúrgica seguida da realização do curativo (O2/4), onde houve comunicação da aluna de enfermagem com a criança: *tá acabando* e realização do toque terapêutico. A aluna de enfermagem registrou o estado da criança: *criança no leito, desacompanhada, agitada (R2/4)*, porém não registrou a utilização da intervenção não-farmacológica. No outro, não houve a realização de procedimentos que pudessem causar dor, porém a criança estava chorosa (O2/6) e na anotação do profissional o mesmo registrou; (...) *nas*

trocas de fralda chora bastante, apresenta hiperemia em períneo (R2/6). O profissional trocou a fralda da criança na tentativa de aliviar sua dor.

Dos doze (12) registros de prontuários analisados que não constavam anotação sobre o manejo da dor, identificamos, em dois destes casos, durante a observação, a realização de procedimentos que possivelmente foram disparadores de dor na criança e que poderiam ter sido registrados, tais como: troca da fixação do cateter nasal (O3/1), realizado por uma enfermeira, e fisioterapia respiratória, com aspiração de vias aéreas superiores (O1/2), realizada pela fisioterapeuta. Nestes dois casos, a criança manifestou sinais de dor, como o choro. O primeiro procedimento desencadeou a realização de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor, como o toque para acalmar a criança e a comunicação não-verbal, ambos realizados pela enfermeira, assim como o oferecimento de chupeta pela mãe. O segundo procedimento, fisioterapia respiratória, com aspiração de vias aéreas superiores, mesmo não tendo sido realizado pelo profissional de enfermagem, após o término do mesmo, a criança ficou chorosa e foi levada ao banho por este último profissional. Durante o banho, observamos a comunicação verbal entre profissional e criança, além do oferecimento de chupeta, tanto pelo profissional, quanto pela mãe. Esta última, também realizou o toque a fim de acalmar a criança. Nos outros dez registros, não observamos qualquer procedimento relacionado à dor, o que não exime os profissionais da responsabilidade de registrar aspectos relacionados ao seu manejo, como observado nos seis registros já mencionados. A esse respeito, nesses dez prontuários onde não houve anotação dedicada ao manejo da dor, acreditamos que, provavelmente, este fato pode ter ocorrido por dois motivos, já mencionados anteriormente. Primeiro, o profissional de enfermagem poderia não estar alerta para o manejo da dor da criança e, segundo, pela criança não estar

apresentando dor no momento. Porém, é importante lembrar que o registro é fundamental no processo do manejo da dor, mesmo que não haja qualquer intervenção (farmacológica ou não-farmacológica) para o alívio da mesma. No nosso estudo, particularmente, o registro nos pareceu estar relacionado apenas à intervenção farmacológica. Contudo, o mesmo deve envolver todos os métodos empregados para o alívio da dor da criança, para que haja seu efetivo manejo.

Além dos dois procedimentos dolorosos realizados nas crianças, citados acima (troca de fixação do cateter nasal e fisioterapia respiratória), onde não houve registro sobre o manejo da dor, verificamos mais dois registros em que foi realizada a fisioterapia respiratória, com aspiração de vias aéreas superiores, na mesma criança, porém, ela, nas duas situações, não apresentou manifestação de reação dolorosa que pudesse desencadear conduta para o alívio da dor.

5.3 Desafios da equipe de enfermagem no manejo da dor da criança

Na perspectiva dos profissionais de enfermagem, diversos fatores contribuem para o manejo inadequado da dor da criança, em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Após a análise dos depoimentos dos participantes, constatamos que estes fatores estavam relacionados à ausência de prescrição médica de drogas para o alívio da dor; à carência de recursos materiais e humanos; ao próprio ambiente em que a criança se encontra; às condições de acesso venoso dessa criança e à dependência da equipe de enfermagem com relação à tomada de decisão da equipe médica.

Em relação aos recursos materiais, um profissional relatou que, apesar de não ser freqüente, ele pode não contar com o medicamento prescrito para o alívio da dor disponível na clínica pediátrica. Esta dificuldade pode se tornar ainda maior

quando o profissional de enfermagem se depara, primeiramente, com a ausência de qualquer prescrição de analgésicos para o alívio da dor da criança. Ambas situações demandam um tempo maior para que a criança possa se beneficiar do emprego da intervenção farmacológica para aliviar sua dor, principalmente, se somado a estes fatores, ela se encontrar em condição de difícil acesso venoso. Os trechos abaixo ilustram estas dificuldades:

Outro fator que acaba interferindo e demorando ainda mais para aliviar essa dor é quando não tem medicação prescrita pra dor. Aí você tem que correr atrás de alguém, procurar algum médico responsável por aquela criança para prescrever a medicação. (...) Acho que a gente não tem problema em falar assim: a medicação não tá no andar, precisa pedir e demora. Acho que isso aí a gente não tem esse problema. Normalmente os analgésicos sempre estão presentes no andar (E18).

O que pode dificultar, de repente, é você estar assim, sem uma prescrição, ou sem a droga no momento. Porque, às vezes, você tem a prescrição e não tem a droga. Às vezes, você tem a prescrição, você tem a droga e a criança não tem via de acesso e demora um pouquinho. De repente ela [referindo-se à criança] tá com a rede periférica danificada (...). Então, eu acho que o que mais impede a coisa imediata assim, do cuidado, de você aliviar uma dor, são essas intercorrências que podem acontecer: uma falta de via de acesso, uma falta da droga ou, até mesmo, a falta da prescrição médica ou às vezes uma prescrição duvidosa, que tem que confirmar (E16).

Verifica-se, ainda, na fala deste último participante, outro desafio apontado, a saber, a qualidade da prescrição, geralmente realizada por residentes da área médica, por se tratar de um hospital-escola, os quais estão sob supervisão de docentes ou médicos contratados. Conforme o profissional nos descreveu, às vezes há a necessidade de se certificar a respeito da dosagem ou tipo de droga prescrita para o alívio da dor da criança, pois a experiência adquirida ao longo de vários anos de trabalho em pediatria de determinados profissionais os leva a adquirir e consolidar conhecimento específico.

Outro desafio apresentado pelos profissionais de enfermagem está relacionado à dinâmica do processo de trabalho do enfermeiro. A falta de tempo, o acúmulo de função e o número insuficiente de funcionários, ainda mais quando a mãe está ausente, são fatores que dificultam o manejo da dor na criança de pós-operatório de cirurgia cardíaca. Com relação ao número insuficiente de funcionários, pudemos perceber que, durante três dias do período em que realizamos a observação, os profissionais observados estavam responsáveis por outra enfermaria, além daquela onde a criança no pós-operatório estava hospitalizada. Em um desses casos, o profissional de enfermagem era uma enfermeira, a qual foi responsável por uma ala inteira da Clínica Pediátrica, o que, possivelmente, interferiu no tempo dedicado ao manejo da dor da criança, em pós-operatório de cirurgia cardíaca.

Eu acho que um fator que interfere é a questão do tempo, da gente ter acúmulo de função e o plantão ser muito, assim, corrido, apertado, muitas crianças na nossa responsabilidade. Isso dificulta, até mesmo quando a funcionária identifica, porque, normalmente, é ela que identifica primeiro essa dor, porque é ela que fica no quarto o tempo todo, e ela vai nos avisar. Eu demoro, às vezes, uns quinze minutos para chegar lá, por conta do trabalho. Claro que, em alguns dias, isso é um pouco mais rápido, mas a gente demora um tempo para poder chegar lá [na enfermaria] e avaliar. (...) Então, eu acho que o maior problema é a questão de tempo nosso para fazer essa avaliação (E18).

A dinâmica do trabalho do enfermeiro pode estar ainda mais ressaltada quando se trata do cuidado de crianças, o qual apresenta particularidades próprias do cuidado infantil. Como exemplo, temos que a inabilidade da criança de verbalizar o que está sentindo requer que o enfermeiro desenvolva e aprimore habilidades para identificar a dor num intervalo de tempo que não comprometa a qualidade do cuidado dessa criança. Assim, determinado processo de trabalho da enfermeira pediátrica pode influenciar no distanciamento entre ela e a criança, refletindo no

tempo dedicado para o manejo da dor da criança e, particularmente, na implementação de medidas não-farmacológicas para este alívio. Por ocasião da realização de nossa revisão da literatura, identificamos, no estudo de Pölkki e colaboradores (2003), a descrição de fatores que impediram ou retardaram o uso de intervenções não-farmacológicas por enfermeiras. Dentre os fatores descritos, encontram-se o processo de trabalho e o modelo organizacional do trabalho como responsáveis por retardar a utilização destas intervenções.

Além das características do trabalho do enfermeiro, outra dificuldade mencionada está ligada à autonomia para o desenvolvimento de suas atividades profissionais. Especificamente, a falta de autonomia das enfermeiras para decidir a respeito da administração de um analgésico prescrito a critério médico dificulta o manejo da dor da criança. Na fala abaixo, fica clara a dependência que o profissional de enfermagem tem do profissional médico para atuar no processo de manejo da dor:

É que, às vezes, a gente não tem autonomia pra fazer, por exemplo, um analgésico prescrito a critério médico, entendeu? Aí, como a gente tem pouco pessoal [interrompeu sua fala]. Por exemplo, tem um tramal prescrito “de horário” e uma morfina “a critério médico”. Aí, no fim de semana que tem um R₂ pra avaliar quarenta crianças, pela avaliação da enfermeira você sabe que tá na hora de fazer a morfina, porque o tramal não tá resolvendo, mas o analgésico tá prescrito “a critério médico”. Aí, então, você tem que bipar e ficar esperando esse residente ter disponibilidade pra avaliar a criança. Enquanto isso, ela [a criança] vai chorando de dor, entendeu?(E20).

Para ilustrar as dificuldades relatadas acima, em relação à prescrição médica, concluímos que dentre os 21 (vinte e um) registros dos prontuários das sete (07) crianças que fizeram parte da observação, em dezoito (18) deles identificamos a prescrição de dipirona para o alívio da dor, todas “a critério médico” ou “se necessário”. Nos três registros restantes, ambos de uma mesma criança, não havia

prescrição médica de analgésicos. Certamente nos casos onde a prescrição médica para analgésicos se fez ausente ou “a critério médico”, a equipe de enfermagem dependeu mais tempo e energia para manejar a dor da criança.

Ainda em relação à prescrição médica, outra dificuldade vivida, principalmente pelas enfermeiras, nos foi relatada. Segundo os participantes, alguns profissionais médicos apresentam a conduta de prescrever primeiro analgésicos menos potentes para o alívio da dor das crianças. Dessa forma, há a necessidade de se solicitar a prescrição de outros analgésicos, para que a criança não chegue a apresentar uma dor insuportável. Em algumas vezes, essa espera por outra prescrição pode causar sentimento de impotência no enfermeiro, o qual sente-se limitado para aliviar a dor da criança, pois, de acordo com sua lei do exercício profissional, a autonomia do enfermeiro para decidir em relação à intervenção que será utilizada está ligada às intervenções não-farmacológicas. O participante nos disse:

(...) Na verdade, pra gente só depende o que não for medicação, porque se depender da gente, você tem que convencê-los [referindo aos médicos]. Porque, às vezes, eles [os médicos] prescrevem uma coisa [referindo à medicação] que você realmente tá vendo que aquilo não vai fazer efeito nenhum (...), mas eles [referindo aos médicos] acham que tem que tentar primeiro o menos potente. Com certeza porque a dor não é neles. Mas assim, cada um tem uma visão. O que depende da gente, a gente sempre cobra essas prescrições, cobra essas crianças que voltam sem analgésico, sem nenhuma outra medicação prescrita, realmente pra que não chegue a ponto de sentir dor insuportável. Então, a gente sempre tenta cobrar isso antes que a dor venha, mas eles [referindo aos médicos] não gostam muito não. Eles acham que realmente não vai sentir [dor]. (...). Às vezes, a gente pega um plantão que a pessoa [referindo ao médico] não conhece a criança, aí você tem até que convencê-lo [que a criança sente dor] (E15).

Outro profissional mencionou o grande número de pessoas na enfermaria como um fator que dificultava o alívio da dor da criança, pois este tumulto deixa a enfermaria desorganizada. Ele nos disse:

Eu acho que uma coisa que incomoda muito, não só as crianças, mas incomoda a gente também, são estas enfermarias com muita criança. Na verdade, são seis, sete crianças numa enfermaria só. Aí, são quatorze crianças e acompanhantes, mais a funcionária, mais a pessoa da copa que entra pra avisar que serviu o café, mais a outra que entra para dar a medicação, mais a visita da cardiologia que passa (...). Então, eu acho que circula muita gente. A hora que um tá quieto, o outro começa a gritar (...). Então, eu acho que as coisas tinham que ser mais organizadas, mas eu acho que esse amontoado de gente tumultua muito o ambiente (E10).

O número insuficiente de funcionários de enfermagem para cuidar das crianças e o grande número de crianças nas enfermarias, sobrecarregando o profissional escalado, também foram citados como fatores que interferem na qualidade do cuidado para o alívio da dor da criança, em pós-operatório de cirurgia cardíaca. Para a equipe de enfermagem, essas barreiras, somadas à escassez de certos equipamentos, não proporcionam um cuidado individualizado e os impedem de dar maior atenção às crianças, com conseqüente cuidado aquém do desejado pela equipe. As falas abaixo ilustram o exposto:

Eu acho, aqui principalmente, que se tinha que ter mais tempo pra cada um [referindo-se ao cuidado de cada criança]. Às vezes, infelizmente, você trabalha e não tem nem tempo de estar olhando pras carinhas das crianças. Então, você não faz o serviço como você aprende, como você deveria fazer. A gente tem consciência disso, você entendeu? O número é muito pouco [referindo-se aos profissionais de enfermagem], sabe? É muito pouca gente. Então, você tem que dar mais atenção, mais apoio psicológico, porque criança, ela percebe tudo. Ela percebe o ambiente, ela percebe que você tá sozinha, se tá dando atenção. Entendeu? Então, a gente, infelizmente, não tem tempo. A gente tem consciência que a gente não tá fazendo o que deveria fazer. A gente faz o máximo que a gente pode, mas não é o suficiente (E08).

Eu acho que, assim, aliviar a dor, um cuidado bom, seria se a gente tivesse menos paciente, porque aí seria um cuidado mais específico, você daria mais atenção. Numa enfermaria com seis pacientes, você acaba, assim, se sobrecarregando, um funcionário para todas [referindo-se às crianças]. Então, o ideal seria que a gente tivesse menos pacientes, tivesse uma enfermaria com mais aparelho de pressão, com mais POX [pulso oxímetro], que tivesse, assim, maiores recursos. O que a gente faz, com o que a gente tem, a gente tenta (...) (E11).

Ao longo do processo de manejo da dor da criança, em pós-operatório de cirurgia cardíaca, a equipe de enfermagem encontra diversas dificuldades. Entretanto, os depoimentos nos mostram que, em meio a essas dificuldades, o profissional de enfermagem mostra-se sensível às questões do cuidado com a dor e empenha-se para atuar, da melhor forma possível, em conjunto com outros profissionais de uma equipe multidisciplinar, contribuindo para o adequado manejo da dor dessas crianças. Nesse sentido, a equipe de enfermagem encontra-se em posição favorável para atuar nesse manejo e todo esforço deve ser empreendido para identificar meios de amenizar as barreiras encontradas e potencializar características e atitudes positivas dos profissionais de enfermagem, a fim de evitar que as crianças passem por experiências dolorosas desnecessárias.

CONSIDERAÇÕES

FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo contribuem para a compreensão de como a equipe de enfermagem realiza o manejo da dor da criança, no pós-operatório de cirurgia cardíaca num contexto específico, à medida que identifica potencialidades e fragilidades destes profissionais relacionadas a este manejo. As questões apresentadas pelos participantes constituem fatores para reflexão, na intenção de se fazerem valer os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, pois todo profissional da área de saúde deve respeitar o direito da criança de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la.

Ao refletirmos sobre nossa responsabilidade relacionada aos aspectos que envolvem o cumprimento desse direito é imperativo pensarmos nos diversos contextos em que o manejo da dor da criança pode ocorrer. A dor pós-operatória é um fenômeno complexo, uma experiência pessoal tanto para a criança que a vivencia quanto para o profissional de enfermagem que lida com ela. É influenciada por múltiplos fatores do contexto em que ocorre. Uma compreensão detalhada de como esse contexto afeta o manejo da dor pode facilitar a identificação de questões que impedem, dificultam ou até mesmo facilitam esse manejo e, assim, pode contribuir no processo de tomada de decisão em relação à melhor intervenção escolhida para o alívio da dor.

Conforme os dados apontaram, é essencial para os profissionais de enfermagem resgatar as características da criança que passou por uma cirurgia cardíaca, como a sua fragilidade e delicadeza, para que possam planejar o cuidado de enfermagem. Associado a isso, outra variável importante a ser considerada é a qualidade da comunicação entre os profissionais de enfermagem dos serviços

envolvidos, a saber, CTI Pediátrico e Enfermaria de Pediatria, a qual é fundamental para a continuidade do cuidado da criança nesta última. Essa etapa, que foi relatada pelos participantes como a passagem do plantão, também é dependente do contexto em que ocorre, e nem sempre conta com a presença da enfermeira da pediatria, mas pode ter a presença da mãe, a qual auxilia a equipe de enfermagem no processo de conhecimento do binômio mãe/criança, na construção de uma relação de confiança e na identificação da dor.

Ao dar oportunidade aos entrevistados de falar sobre os cuidados que eles prestavam à criança que passou por uma cirurgia cardíaca, poucos mencionaram a dor como uma prioridade de cuidado. A grande maioria relatou apenas o cuidado técnico, por priorizar tal cuidado ou por ainda não estar alerta à questão da dor da criança no pós-operatório cardíaco.

Quando questionados sobre a forma de identificar a dor da criança, o choro, desesperado, intenso e persistente, se mostrou como o principal sinal de expressão da dor. Os participantes utilizaram também outros parâmetros comportamentais para avaliar se a criança estava ou não sentindo dor, como por meio da expressão facial e da postura. Os parâmetros fisiológicos, como o aumento da pressão arterial, a queda na saturação de oxigênio e o aumento da frequência cardíaca, também foram citados, porém, em menor proporção que os anteriores. Ao mencionar os parâmetros comportamentais, os profissionais relataram a dificuldade de identificar a dor em crianças que se encontravam sorridentes ou quietas, e cabe aqui lembrar que mesmo as crianças com esse último tipo de comportamento podem estar sentindo dor.

Na perspectiva dos profissionais, outro fator mencionado que dificulta a identificação da dor da criança é a singularidade de cada faixa etária. Os

entrevistados mencionaram ser mais difícil identificar a dor em crianças menores, pois estas não possuem a habilidade verbal para relatar a dor e utilizam muito mais a expressão corpórea. Por outro lado, as crianças maiores expressam com mais facilidade o que sentem e onde está doendo. Nesse sentido, convém lembrar a importância dos profissionais de enfermagem e de toda a equipe de levar em conta as especificidades do desenvolvimento infantil e do trabalho com criança que envolvem conhecimento e habilidades específicas de acordo com a faixa etária.

Os entrevistados mencionaram a importância de se conhecer a criança para que se possa detectar precocemente qualquer alteração relacionada à dor. A afinidade estabelecida com as crianças e seus acompanhantes, devido ao longo período de internação, é um fator que facilita a identificação da dor, além de sua própria experiência de vida, como o exercício do papel materno. Porém há necessidade de se identificar a dor de maneira mais sistemática, como por meio da utilização de escalas, que tanto podem facilitar a identificação da dor quanto a avaliação das intervenções empregadas para seu alívio. Contudo, como já apontado, somente a implantação de escalas não soluciona o problema.

Com relação aos métodos utilizados no alívio da dor das crianças, a maioria dos profissionais mencionou a utilização de intervenções farmacológicas como a primeira ou a única escolha. Uma dificuldade encontrada no uso dessas intervenções é a dependência do profissional médico para disponibilizar a prescrição do analgésico e/ou, quando há prescrição, esta geralmente se dá sob a forma “se necessário” ou “a critério médico”. Nessas situações, é necessária a obtenção do consentimento médico para a administração do medicamento, o que pode alongar o tempo de exposição da criança à dor. Ainda no âmbito do alívio da dor da criança, outra intervenção mencionado foi a não-farmacológica. Poucos entrevistados

relataram utilizar primeiramente esta estratégia e, somente após a utilização deste, caso não houvesse melhora da dor, recorriam à medicação prescrita. A intervenção não-farmacológica mais citada entre os entrevistados foi o posicionamento da criança. Entretanto, outras intervenções, como a distração por meio de brinquedos, músicas, passeios e promover um ambiente tranquilo, também são utilizadas pelos participantes. Apenas um entrevistado mencionou utilizar a massagem para o alívio da dor da criança.

A valorização do papel da mãe pelos profissionais de enfermagem esteve presente ao longo do processo do manejo da dor. Os entrevistados mencionaram a importância da mãe na identificação da dor da criança, pois ela é quem melhor a conhece e tem condições de identificar, rapidamente, qualquer alteração apresentada. Com relação ao alívio da dor, as mães são também essenciais, pois tornam a recuperação de seu filho mais rápida. Porém, para que os pais tenham um papel ativo no cuidado de seus filhos, eles precisam ter conhecimento do que pode ser alcançado por meio de uma comunicação efetiva entre eles e os profissionais de enfermagem. Estes últimos devem valorizar a presença dos pais pela grande contribuição que eles podem ter na recuperação de seus filhos, porém, é importante conhecer os limites dos pais e considerar as responsabilidades de cada um no processo de cuidado da criança com dor. Vale lembrar que, no nosso contexto, muitas crianças permanecem desacompanhadas, durante a hospitalização, e o empenho dos profissionais de enfermagem para superar essa ausência deve ser reconhecido. Nesse esforço, como apontado pelos participantes, um de seus maiores adversários é a dinâmica do trabalho, a qual muitas vezes não lhes permite dispensar um tempo maior com essas crianças.

Após o emprego de todas as intervenções escolhidas para aliviar a dor da criança, poucos entrevistados mencionaram reavaliar a criança para verificar se os mesmos foram eficazes. Quando a reavaliação foi citada, ela se deu com base nos mesmos parâmetros que os profissionais utilizavam para a avaliação da dor. Caso a criança permanecesse com dor, os entrevistados recorriam ao médico para continuar intervindo por meio de analgésicos. Nesse processo, a dinâmica do trabalho do enfermeiro pode se mostrar como não favorável à execução dessa atividade, levando à continuidade do manejo da dor por outros profissionais da equipe de enfermagem, os quais permanecem por maior tempo em contato com as crianças. Nesse cenário, apreendemos a necessidade de se manter aberto o canal de comunicação entre os enfermeiros e os demais profissionais da equipe de enfermagem, de modo que as mensagens entre eles devam ser veiculadas de todas as formas, destacando-se o registro de enfermagem, para que não ocorram omissões no cuidado da criança.

O registro faz parte do processo do manejo da dor, tendo importante contribuição para o seu adequado alívio. Em nosso estudo, identificamos poucos registros realizados pelos profissionais de enfermagem sobre o cuidado prestado para o alívio da dor da criança, em pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. Quando se fizeram presentes, relacionavam-se aos sinais comportamentais de dor apresentados pela criança e à conduta escolhida para se tentar aliviar a dor. Na perspectiva dos participantes, os enfermeiros tendem a realizar anotações mais completas, descrevendo em detalhes todos os procedimentos executados com relação à dor da criança. Contudo, a análise dos dados provenientes das observações realizadas evidencia que, apesar de os profissionais de enfermagem terem utilizado intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor da criança, não

foi observado nenhum registro dessas intervenções nos prontuários analisados. Tal achado reafirma a valorização das intervenções farmacológicas por esses profissionais em detrimento das não-farmacológicas, e sugere que a equipe de enfermagem se apóia nessa estratégia para dar continuidade do cuidado à criança em relação ao manejo da dor.

Os desafios da equipe de enfermagem para o adequado manejo da dor da criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca foram também explorados neste estudo. Dentre os fatores citados, os profissionais de enfermagem lidam com: a ausência de prescrição médica de analgésicos; a condição de saúde da criança, com precário acesso à rede venosa; a dependência médica para a continuidade do manejo da dor; as condições do ambiente; a carência de recursos materiais e humanos, e a dinâmica do processo de trabalho da equipe de enfermagem. A necessidade do enfermeiro de confirmar a dose do analgésico prescrito pelo médico, dentre outras evidências, demonstra o conhecimento e a experiência adquiridos por esse profissional ao longo de vários anos de trabalho. A falta de autonomia do enfermeiro para administrar medicamentos prescritos “a critério médico” ou “se necessário” também foi salientada. Essa dependência do profissional médico pode acarretar demora no alívio da dor da criança, dificultando, assim, o seu adequado manejo.

A inadequação de recursos humanos de enfermagem foi apontada como um fator interveniente para a realização de um cuidado de qualidade. Como consequência, o profissional não tem condições de proporcionar um cuidado individualizado às crianças, tampouco de oferecer atenção adequada àquelas mais necessitadas. Aliada a essa carência de recursos humanos, a dinâmica do processo

de trabalho, com acúmulo de funções, e a falta de tempo sobrecarregam ainda mais os profissionais em suas atividades diárias.

Para que o alívio da dor da criança no pós-operatório de cirurgia cardíaca seja alcançado, os profissionais de enfermagem devem percorrer todas as etapas do processo do manejo da dor. Os dados deste estudo permitem apontar fatores que podem retardar ou interromper esse processo, os quais estão relacionados aos próprios profissionais de enfermagem e ao contexto em que desenvolvem sua prática. Quando o manejo da dor da clientela estudada, pelos profissionais de enfermagem, não ocorre de maneira satisfatória, provavelmente estes profissionais não estão alerta à dor dessas crianças ou pode haver um déficit na formação destes profissionais para o manejo da dor em crianças. A abordagem da questão da dor foi recentemente incorporada na grade curricular do ensino superior. Assim, o retorno dessa formação na prática profissional daqueles recém-introduzidos no mercado de trabalho, bem como dos que já exercem suas atividades profissionais e necessitam de educação permanente para ampliação do conhecimento nesta área, demandará tempo e investimento para que se possa beneficiar de uma mudança na prática relacionada ao manejo da dor em criança. Neste sentido, destaca-se a política de Educação Permanente em Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), proposta e aprovada em 2003, que pressupõe um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas diversas esferas de gestão, e as instituições formadoras, com o objetivo de contribuir para a transformação dos processos formativos e das práticas em saúde (BRASIL, 2004).

Outra possibilidade que facilitaria a introdução e discussão de conteúdos relacionados à temática da dor em crianças poderia ser por meio de atividades de extensão de serviços à comunidade, realizadas pela universidade, que

contemplassem, por exemplo, intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor. Além disso, a condução de pesquisas nesta área, com a coleta de dados junto aos profissionais de enfermagem, poderia contribuir para suscitar discussões e reflexões acerca do tema pela equipe como um todo. Os resultados inesperados apresentados no trabalho de Knoblauch, Wilson & Suzan (1999) sugerem que o investimento apenas na educação permanente, com programas elaborados sem a participação dos profissionais, pode não ser a melhor escolha para se ampliar o conhecimento daqueles que atuam na enfermagem pediátrica. Implementar estratégias para tornar o conhecimento sobre o manejo da dor pediátrica, já produzido e disponível, ao alcance de todos os membros que compõem a equipe de enfermagem pode ser, também, uma alternativa viável para ampliar o conhecimento desses profissionais. Alertá-los para a importância da comunicação efetiva desse conhecimento com outros membros da equipe de saúde também é essencial. Salientamos, também, a necessidade do registro de enfermagem relacionado às práticas empregadas para o manejo da dor da criança.

As dificuldades relatadas pelos profissionais de enfermagem em relação ao manejo da dor da criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, precisam ser acolhidas e, em conjunto com a equipe de saúde, deve-se procurar meios para amenizá-las. Sob a nossa compreensão, entendemos que tais dificuldades não devem imobilizar os profissionais de enfermagem para o manejo da dor dessas crianças. Reconhecemos ser desgastante lidar com essas dificuldades no cotidiano da prática profissional, mas as consequências dessa imobilização não podem recair sobre a criança.

O manejo da dor infantil é um ato de grande complexidade, que engloba elementos das dimensões referentes à própria criança, aos profissionais de saúde e

aos seus familiares, comumente representados pelos pais. Particularmente, o manejo da dor pós-operatória traz consigo outras particularidades e desafios que devem ser levados em consideração, não somente para a equipe de enfermagem, mas para todos os profissionais de saúde. A carência de estudos que têm como foco a atuação dos profissionais de enfermagem no manejo da dor pós-operatória tardia na criança, em nosso contexto, revela a necessidade de se realizarem pesquisas nesta área para que, por meio da adequada articulação entre pesquisa e prática, possamos (re)pensar o cuidado de enfermagem às crianças e inovar com práticas para o alívio da dor pós-operatória infantil. Este estudo não teve a pretensão de esgotar o tema pesquisado. Ao contrário, esperamos que os dados encontrados possam contribuir para uma reflexão de como tem se dado o manejo da dor da criança, no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca, no contexto em questão e, em parceria com a equipe de enfermagem, possamos buscar estratégias para aprimorar esse manejo. Numa perspectiva mais ampla, este trabalho pode ser um disparador de discussões em outros cenários, onde a equipe de enfermagem tem o objetivo de cuidar da criança com dor, e de seus familiares, da melhor forma possível.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²

ABU-SAAD, H. H.; HAMERS, J. P. H. Decision-making and paediatric pain: a review. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 26, p. 946-952, 1997.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. AMERICAN PAIN SOCIETY. The assessment and management of acute pain in infants, children, and adolescents. **Pediatrics**, Springfield, v. 108, n. 3, p. 793-797, sep. 1996.

ANAND, K. J. S.; CRAIG, K. D. New perspectives on the definition of pain. **Pain**, Amsterdam, v.67, p. 3-6, 1998.

BARBOSA, S. M. M.; GUINSBURG, R. Dor de acordo com as faixas etárias pediátricas. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. p. 535-545.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução a teoria e aos métodos. Porto: Poro Editora, 1994. 335 p.

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 Hospitalizado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 17 out. 1995. Seção 1, p. 16319-16320.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério Nacional da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 15-25, 1996.

---

² De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023: informações e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

CHERMONT, A. G.; GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X.; KOPELMAN, B. I. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.3, p.265-272, 2003.

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, 2001.

CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças**: etapa preliminar. 1993. 60p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

CONCEIÇÃO, M. J.; SILVA Jr, C. A.; ROBERGE, F. X. Aspectos do controle da dor na criança. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.35, n.4, p. 311-315, 1985.

DAHLMAN, G. B.; DYKES, A. K.; ELANDER, G. Patients' evaluation of pain and nurses' management of analgesics after surgery: the effect of a study day on the subject of pain for nurses working at the thorax surgery department. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v.30, n.4, p. 866-874, 1999.

ECHER, I. C.; CASSOL, E. L.; LUCENA, A. F. Assistência de enfermagem em pós-operatório de cirurgia cardíaca: relato de experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.15, n.1/2, p. 57-64, 1994.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Editora, 1975. 1499p.

FREITAS, H.M.R.; JANISSEK, R. **Análise léxica e Análise de conteúdo**: técnicas complementares, seqüenciais e recorrentes para exploração de dados qualitativos. Porto Alegre: Sphinx, 2000.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.21, n.3, p. 234-239, 2002.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais**. Rio de Janeiro: Record, 1997.

GONZALEZ, J. C.; ROUTH, D. K.; ARMSTRONG, F. D. Differential medication of child versus adult postoperative patients: the effect of nurses' assumptions. **Children's Health Care**, Lawrence Erlbaum Associates, v. 22, n. 1, p. 47-59, 1993.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, p. 149-159, 1999.

GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X. Dor em neonatologia. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Maio, 2003. p. 547-554.

HAMERS, J. P. H.; ABU-SAAD, H. H.; HALFENS, R. J. G.; SCHUMACHER, J. N. M. Factors influencing nurses' pain assessment and interventions in children. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 20, p. 853-860, 1994.

HAMERS, J. P. H.; ABU-SAAD, H. H.; HOUT, M. A. V. D.; HALFENS, R. J. G. Are children given insufficient pain-relieving medication postoperatively? **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 27, p. 37-44, 1998.

HELGADÓTTIR, H. L. Pain management practices in children after surgery. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v.15, n.5, p.334-340, 2000.

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**, Philadelphia, v. 7, n. 2, p. 44-52, Jun. 2006.

HUTH, M. M.; BROOME, M. E.; GOOD, M. Imagery reduces children's post-operative pain. **Pain**, Amsterdam, v. 110, p. 439-448, 2004.

HUTH, M. M.; BROOME, M. G.; MUSSATTO, K. A.; MORGAN, S. W. A study of the effectiveness of a pain management education booklet for parents of children having cardiac surgery. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v.4, n.1, p.31-39, 2003.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. **IASP pain terminology**. 2007 Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acesso em: 15 fev. 2007.

JACOB, E.; PUNTILLO, K. A. A survey of nursing practice in the assessment and management of pain in children. **Pediatric Nursing**, Pitmam. v. 25, n. 3, p. 278-286, 1999.

KNOBLAUCH, S. C.; WILSON, C. J.; SUZAN, C. Clinical outcomes of educating nurses about pediatric pain management. **Outcomes Management for Nursing Practice**, Hagerstown, v. 3, n. 1, p. 87-89, 1999.

MANIAS, E.; BUCKNALL, T.; BOTTI, M. Nurse's strategies for managing pain in the postoperative setting. **Pain Management Nursing**, Philadelphia, v. 6, n. 1, p. 118-129, mar. 2005.

MANWORREN, R. C. B. Pediatric nurses' knowledge and attitudes survey regarding pain. **Pediatric Nursing**, Pitmam, v. 26, n. 6, p. 610-614, 2000.

MAYAN, M. J. **Una introducción a los métodos cualitativos**: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Canadá: Qual Institute Press, 2001. 44p.

McGRATH, P. A. An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. **Pain**, Amsterdam, v. 31, n. 2, p. 147-176, nov. 1987.

MERKEL, S.; VOEPEL-LEWIS, T.; MALVIYA, S. Pain assessment in infants and young children: the FLACC Scale. **The American Journal of Nursing**, Concord, v. 102, n. 10, p. 55-57, oct. 2002.

MOBILY, P. R.; HERR, K. A.; NICHOLSON, A. C. Validation of cutaneous stimulation intervention for pain management. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 31, p. 533-544, 1994.

NASCIMENTO Jr, P.; MÓDOLO, N. S. P.; RODRIGUES Jr, G. R. Analgesia pós-operatória para crianças com menos de 1 ano: análise retrospectiva. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Rio de Janeiro, v.52, n.6, p. 739-746, 2002.

PIMENTA, C. A. M.; KOIZUMI, M. S.; FERREIRA, M. T. C.; PIMENTEL, I. L. C. Dor: ocorrência e evolução no pós-operatório de cirurgia cardíaca e abdominal. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.11, n.1, p. 3-10, 1992.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.

PÖLKKI, T. Nurses' perceptions of parental guidance in pediatric surgical pain relief. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 39, p. 319-327, 2002.

PÖLKKI, T.; LAUKKALA, H.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; PIETILÄ, A. M. Factors influencing nurses' use nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Stockholm, v. 17, p. 373-383, 2003.

PÖLKKI, T.; PIETILÄ, A. M.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K. Hospitalized children's descriptions of their experiences with postsurgical pain relieving methods. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 33-44, 2003.

PÖLKKI, T.; VEHVILÄINEN-JULKUNEN, K.; PIETILÄ, A. M. Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: a survey on hospital nurses in Finland. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 34, n. 4, p.483-492, 2001.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: ArtMed, 2005.

PROCIANOY, R. S. Dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.70, n.2, p.72-73, 1994.

READY, L. B.; THOMAS, E. T. W. **Tratamento da dor aguda**. Rio de Janeiro: Publicação Associação Internacional para Estudo da Dor (IASP), 1997.

ROMSING, J.; MOLLER-SONNERGAARD, J.; HERTEL, S.; RASMUSSEN, M. Postoperative pain in children: comparison between ratings of children and nurses. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 11, n. 1, p. 42-46, 1996.

ROSSATO, L. M. Dimensões do cuidado da criança com dor e de sua família. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.8, n.4, p. 501-505, out./dez. 2004.

ROSSATO-ABÉDE, L. M.; ANGELO, M. Determinando crenças no cuidado de enfermagem a crianças com dor: o contexto familiar. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, Curitiba, v.2, n.2, p. 7-18, jul./dez. 2000.

SALANTERÄ, S. Finnish nurses' attitudes to pain in children. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 29, n. 3, p. 727-736, 1999.

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**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 55-65, maio/ago. 2001.

SILVA, Y. B.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e registro inadequados da queixa de dor: Barreira a ser superada. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 6., 2003, São Paulo. **Arquivos...** São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos, 2003. p. 13-18.

SIMONS, J.; FRANCK, L.; ROBERSON, E. Parent involvement in children's pain care: views of parents and nurses. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 36, n. 4, p. 591-599, 2001.

SIMONS, J.; ROBERSON, E. Poor communication and knowledge deficits: obstacles to effective management of children's postoperative pain. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 40, n. 1, p. 78-86, 2002.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. v.1, 822 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. **Práticas recomendadas – SOBECC**. 3. ed. São Paulo: Layout Digital Fotolito e Gráfica, 2005. 158p.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 446-447, maio/jul. 2002.

TACLA, M. T. G. M. **Cuidado à criança com dor pós-operatória**: experiências de enfermeiras pediatras. 2006. 246f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

TEIXEIRA, M. J.; OKADA, M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. p. 15-52.

TEIXEIRA, M. J.; VALVERDE FILHO, J. Dor aguda. In: TEIXEIRA, M. J.; BRAUM FILHO, J. L.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor**: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. p. 241-269.

VIANA, D. L.; DUPAS, G.; PEDREIRA, M. L. G. Avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 251-261, 2006.

VINCENT, C. V. H.; DENYES, M. J. Relieving Children's Pain: nurses' abilities and analgesic administration practices. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v.19, n.1, p.40-50, 2004.

WIROONPANICH, W.; STRICKLAND, J. C. Normalizing: postoperative acute abdominal surgical pain in Thai children. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v.19, n.2, p.104-112, 2004.

WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1118 p.

WOODGATE, R.; KRISTJANSON, L. J. A young child's pain: how parents and nurses 'take care'. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, v.33, n.3, p.271-284, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome da pesquisa: O manejo da dor em crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca por profissionais de enfermagem

Você está sendo convidada(o) a participar de uma pesquisa que será realizada na Enfermaria de Pediatria do Hospital das Clínicas, Ala B. Este trabalho está sendo desenvolvido por mim, Fernanda Cristina Queiroz, que sou enfermeira, com a orientação da Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento, e tem o objetivo de conhecer como os profissionais da equipe de enfermagem lidam com a dor das crianças no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca. Gostaríamos, então, de ter a sua colaboração.

Para isso, nós precisaremos nos encontrar algumas vezes, quando eu estarei na enfermaria de pediatria, observando como a equipe de enfermagem cuida de uma criança que passou por uma cirurgia cardíaca, e fazendo algumas anotações no meu diário que me ajudarão a lembrar os detalhes dos momentos que passamos juntas.

Além disso, teremos um período de conversa onde você estará falando o que pensa sobre a dor dessas crianças. Se não quiser falar sobre alguma coisa, não tem problema. Nossa conversa poderá ser na própria pediatria ou onde for melhor para você. Seu nome verdadeiro não irá aparecer e todas as informações que você disser em nossas conversas não poderão ser identificadas, já que utilizaremos códigos ou outro nome que você poderá escolher. O que você me disser será utilizado somente para essa pesquisa. Se você concordar, nossas conversas serão gravadas e depois passadas para o papel, sendo que você pode pedir para lê-las, se quiser.

Quando eu terminar esta pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revistas e/ou apresentado em encontros científicos. Sua participação é completamente voluntária e não haverá custo para você por estar participando da pesquisa, pois nossos encontros acontecerão nos dias em que você estiver de plantão. Você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, sem que seja prejudicada por isso, e se tiver alguma dúvida, poderá me perguntar ou entrar em contato comigo através do endereço e/ou telefone abaixo.

Através desse estudo, poderemos conhecer como os profissionais de enfermagem têm lidado com a dor da criança no pós-operatório tardio de cirurgia cardíaca na enfermaria de pediatria e, assim, contribuir para divulgar esse conhecimento e pensar em meios de aliviar a dor dessas crianças.

Obrigada pela colaboração,

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006.

Fernanda Cristina Queiroz - e-mail: fcqueiroz.enf@bol.com.br

Profa. Dra. Lucila Castanheira Nascimento – e-mail: lucila@eerp.usp.br

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário.

Ribeirão Preto- SP- CEP: 14040-902 F

Fone: (0XX) 16- 602-3435 / 602-3391

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____,
concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Concordo, também, que a entrevista seja gravada. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

Pesquisadora

Profissional

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 2006.

APÊNDICE B - Roteiro para Entrevista

- Que cuidado você presta a uma criança que chegou do CTI Pediátrico e foi admitida na enfermaria, após realização de uma cirurgia cardíaca?
- E a dor, ela pode estar presente?
- Se ela estiver presente, como você faz para identificá-la (avaliação da dor)?
- Depois que você a identificou, o que você faz (tratamento/alívio da dor)?
- Como você pensa que o profissional de enfermagem pode atuar no alívio da dor da criança em pós-operatório de cirurgia cardíaca?
- Além do que você acabou de me descrever, você conhece outras maneiras de aliviar a dor da criança nesta condição?

APÊNDICE C - Roteiro para Observação

Data: _____ Hora início: _____ Hora término: _____

( ) 1º dia ( ) 2º dia ( ) 3º dia Plantão: ( ) M ( ) T ( ) N

Identificação da Criança:

Nome: _____ DN: ____/____/____

Data de admissão na pediatria: ____/____/____ Data de admissão CTI: ____/____/____

Diagnóstico: _____

Tipo de Cirurgia: _____ Data: ____/____/____

Acompanhante: _____

Identificação do Funcionário:

Nome: _____ Código: _____

Cargo/Função: _____

Tempo de atuação na área de enfermagem: _____

Tempo de atuação na pediatria: _____

Nº de crianças que está cuidando: _____

Nº de crianças na enfermaria: _____

1. Procedimentos dolorosos realizados na criança

( ) Não

( ) Sim, qual: _____

2. Comunicação verbal relacionada à dor entre:

( ) profissional – criança ( ) Não

( ) Sim. qual: _____

( ) criança – profissional ( ) Não

( ) Sim. Qual: _____

( ) profissional – acompanhante ( ) Não

( ) Sim. Qual: _____

( ) acompanhante – profissional ( ) Não

( ) Sim. Qual: _____

( ) criança – acompanhante ( ) Não

( ) Sim, qual: _____

( ) acompanhante – criança ( ) Não

( ) Sim, qual: _____

4. Procedimentos realizados com a criança relacionados ao alívio da dor (intervenções não-farmacológicas)

( ) Não

( ) Sim. Manifestação: _____

( ) troca de fralda	( ) oferecimento de dieta	( ) posicionamento no leito
( ) oferecimento de chupeta	( ) entreterimento com brinquedo	( ) massagem
( ) outros. Quais: _____		

5. Realização de intervenções farmacológicas para o alívio da dor

( ) Não

( ) Sim

APÊNDICE D - Instrumento para Coleta de Dados – Prontuário

- **Prescrição Médica:** Medicação para dor prescrita?   ☐ não   ☐ sim

Se sim, qual? _____

- **Administração de medicamento para dor:**   ☐ não   ☐ sim

Se sim, qual? _____ Via: _____ Dosagem: _____

- **Anotação de Enfermagem:** Anotação dedicada ao manejo da dor?

☐ não   ☐ sim   Se sim, qual?: _____

ANEXO

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (012) 533-1144

Ribeirão Preto, 23 de junho de 2005

Ofício nº 1692/2005
CEP/SPC

Prezada Senhora:

O trabalho intitulado **"O MANEJO DA DOR EM CRIANÇAS NO PÓS-OPERATÓRIO TARDIO DE CIRURGIA CARDÍACA POR PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM"**, foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 204ª Reunião Ordinária realizada em 20/06/2005, e enquadrado na categoria: **APROVADO**, bem como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (um para o profissional e outro para pais/acompanhantes), de acordo com o Processo HCRP nº 7555/2005.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCFMRP-USP e da FMRP-USP

Ilustríssima Senhora
FERNANDA CRISTINA QUEIROZ
PROFª DRª LUCILA CASTANHEIRA NASCIMENTO (Orientadora)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP
Depto. de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública
Em mãos