**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA

**A EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL NA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS
DE AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOS**

**SÃO PAULO
2009**

MARIA CRISTINA PAULI DA ROCHA

**A EXPERIÊNCIA DA ENFERMEIRA DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL NA UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS
DE AVALIAÇÃO DA DOR EM NEONATOS**

Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração:
Cuidado em Saúde

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato

**SÃO PAULO
2009**

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.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Rocha, Maria Cristina Pauli da

A experiência da enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal no uso de instrumentos para avaliação da dor em neonatos. / Maria Cristina Pauli da Rocha. – São Paulo, 2009.
131 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^ª Dr^a Lisabelle Mariano Rossato

1. Dor (avaliação) 2. Enfermagem neonatal 3. Unidade de
Terapia Intensiva I. Título

Nome: Maria Cristina Pauli da Rocha

Título: A experiência da enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal na utilização de instrumentos para avaliação da dor em neonatos

Dissertação apresentada à
Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo
para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*A Deus,
por estar constantemente presente, guiando-me e conduzindo-me em todas as etapas de minha vida. Obrigada, pela força nos momentos de fraqueza, pelo consolo nos momentos de lágrimas, pela companhia nos momentos de solidão e por me conduzir sempre ao caminho da felicidade. Obrigada, por ter me sustentado nesta nova caminhada.*

Este trabalho é dedicado, especialmente, a minha família:

A meus queridos pais Mirian e José, mestres da vida, que se dedicaram com fervor, não medindo esforços para a formação pessoal e profissional de seus filhos e que me apoiaram constantemente em todas as minhas iniciativas. Obrigada, pelo amor incondicional, pelo ombro amigo nos momentos de angústia e ansiedade.

A meu amor, Vanger, sempre a meu lado, nos bons e nos maus momentos, compartilhando os sucessos e os tropeços da vida. Ao apoio que sempre me dá, para eu seguir em frente com meus objetivos e nunca desistir diante das dificuldades. Obrigada, pela paciência e compreensão.

A minha grande riqueza, meu filho Rafael que, incrivelmente, surpreendeu-me com sua compreensão nos momentos de ausência para que fosse possível tornar concreto este meu sonho. Anjo iluminado, o qual me faz ver o quanto pode tornar simples a transposição de uma barreira, e com seu espírito questionador, enche-me de vontade de crescer e descobrir coisas novas a cada dia.

A meus irmãos, Rodrigo, Mirela e Cibelle que têm me acompanhado em todas as etapas de minha vida, torcendo e motivando-me para prosseguir em frente sempre.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

*À Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato,
orientadora, amiga e meu anjo da guarda, que me acolheu
sempre de braços abertos, acreditando, incentivando e orientando
para que este meu grande sonho se concretizasse.
Com sabedoria e humildade, soube com excelência entender
minhas limitações e exaltar minhas habilidades. Obrigada, pela
competência e respeito com que brilhantemente conduziu todo
esse processo, desde o surgimento da ideia até sua síntese.*

*“O nascimento do pensamento é igual ao nascimento de
uma criança: tudo começa com um ato de amor. Uma semente há
de ser depositada no ventre vazio. E a semente do pensamento é
o sonho. Por isso, os educadores, antes de serem especialistas em
ferramentas do saber, deveriam ser especialistas em amor:
intérpretes de sonhos.”*

Rubem Alves

Obrigada imensamente por fazer parte desse meu grande sonho.

*Que sua presença sempre seja assim um caminho de admiração e
exemplo a ser seguido por todos que passam por sua vida.*

Eternamente Obrigada

AGRADECIMENTOS

*A minha segunda família, Antônio, Suelly,
pelo apoio, torcida e por terem sempre me acolhido tão
carinhosamente. Vocês são um presente de Deus em minha vida!*

*À Prof.^a Dr.^a Regina Szylit Bousso,
por ter aberto meu caminho para a pesquisa na graduação e
expandindo meus horizontes. Por ter estado sempre disposta a
ajudar, pelas observações e sugestões para possíveis melhoras no
desenvolvimento deste trabalho, mostrando-me que eu tinha
potencial para ir além.*

*À Prof.^a Dr.^a Daisy Maria Rizatto Tronchin,
pelas valiosas contribuições em meu Exame de Qualificação*

*À Prof.^a Dr.^a Elaine Buchhorn Cintra Damião,
por ter proporcionado não só valiosas trocas de conhecimentos e
experiências, mas também momentos de prazer e descontração
mesmo diante das responsabilidades exigidas pelo mestrado.*

*À Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura,
pela atenção e sugestões oferecidas para o enriquecimento deste
trabalho*

*À Prof.^a Dr.^a Neide de Souza Praça,
pela atenção e sugestões oferecidas para o enriquecimento deste
trabalho*

*A Silvana, Dayse, Regiane e Renata,
profissionais e amigas da Secretaria de Pós- Graduação da Escola
de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo
comprometimento, disposição e atenção dedicados nesses 2 anos.*

*A todas amigas integrantes do NIPPEL,
grupo de Pesquisa Interdisciplinar em Perdas e Luto, com as
quais compartilhei momentos de dificuldade e vitória.*

*A Cláudia e Patrícia,
pelo constante apoio e disposição para ouvir meus anseios,
angústias , dúvidas e, sempre, de maneira amiga e carinhosa,
ajudar em minhas dificuldades.*

*As Instituições Participantes,
por terem aberto as portas e tornado possível a coleta de dados
para esta pesquisa*

*A Betânia e a Lívia,
funcionários do Departamento Materno-Infantil da EEUSP,
pela atenção e apoio sempre*

*Ao Marcello Batista Pimentel,
Pela amizade, apoio e formatação de todo esse trabalho*

*Aos funcionários da Biblioteca da EEUSP,
que sempre estiveram prontos a colaborar no levantamento
bibliográfico solicitado e na revisão da bibliografia*

*As Enfermeiras participantes,
por terem generosamente compartilhado suas experiências comigo,
enriquecendo e tornando possível a realização desta pesquisa.*

*À Professora Ivone Borelli
pela assessoria e correção do texto em língua portuguesa*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
(CAPES),
Pelo apoio financeiro, em 2008, que me possibilitou dedicar
exclusivamente na realização deste trabalho.*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico (CNPQ),
Pelo apoio financeiro, em 2009, que me possibilitou dedicar
exclusivamente na realização deste trabalho.*

Rocha MCP. A experiência da enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no uso de instrumentos para avaliação da dor em neonatos. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2009.

RESUMO

A dor pode causar prejuízos ao neonato a curto, médio e longo prazo. Nesse contexto, é preciso que os profissionais das unidades de terapia intensiva neonatal implementem ações para minimizar a dor e o sofrimento do neonato, dentre elas, o reconhecimento da dor por sua avaliação. Os objetivos do estudo foram conhecer a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos de avaliação da dor do neonato e identificar as facilidades e dificuldades encontradas pela enfermeira no uso desses instrumentos. É uma pesquisa qualitativa, seus dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, no total nove enfermeiras participantes. A orientação metodológica apoiou-se no Discurso do Sujeito Coletivo na organização dos dados, cujo agrupamento das Ideias Centrais similares originou os Discursos do Sujeito Coletivo que foram reunidos em dois temas: Dificuldades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos e Facilidades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos, que emergiram apoiados nas respostas da enfermeira que experienciou o uso do instrumento na avaliação de dor em neonatos. A impossibilidade do uso do instrumento é fato predominante na prática da enfermeira quando os neonatos estão sedados ou apresentam disfunções neurológicas. O acúmulo de atividades dispensadas à enfermeira somado ao déficit de recursos humanos, também, são razões verificadas como dificultadoras no uso do instrumento de avaliação. Nos relatos da enfermeira, observou-se que a falta de domínio nas situações em que o médico não prescreve o analgésico, apenas medidas não farmacológicas são insuficientes para o alívio da dor do neonato. O fato foi marcado por um sentimento de falta de autonomia da enfermeira bastante evidente. Notou-se, também, uma série de dificuldades no uso do instrumento e na avaliação da dor do neonato, embora o instrumento facilite no sentido de alertar a equipe de saúde para a dor e possa gerar mudança no cuidado com o emprego de medidas não farmacológicas que busquem o conforto, diminuição da dor e do estresse do neonato.

Palavras-chave: dor, neonato, instrumento de avaliação da dor, enfermagem neonatal, unidade de terapia intensiva neonatal.

Rocha MCP. The nurse's experience at the Neonate Intensive Care Unit while using tools to measure neonates' pain. (thesis). São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2009.

ABSTRACT

Pain is known to cause damage to neonates at short, middle and long term. In this context, it is mandatory that the health care professional that work at Neonatal Intensive Care Units implement suitable actions to minimize the neonate's suffering. Among these actions, recognizing pain by means of its measurement is crucial. Therefore, the present study aimed to know the nurse's experience while using tools to measure the neonate's pain and to identify the nurse's facilities and difficulties in using tools to measure the neonate's pain. This is a qualitative research project whose data were collected by means of semi-structured interviews with nine nurses. The Discourse of the Collective Subject was used as the methodological framework to collect data. Grouping similar Main Ideas produced the themes of the Discourse of the Collective Subject. Thus, results are presented in two themes: Nurse's difficulties to measure pain in neonates and nurse's facilities to measure pain in neonates composed by the discourse of the collective subject which emerged from the answers provided by the nurses who used the tool to measure pain in neonates. The nurses' reports show that the tool facilitates the care of neonates in pain. However, the impossibility to use the tool in certain situations, such as when the neonate is sedated or when he/she has neurological disorders seems to be regular occurrence in the nurse's practice. Frequently, the nurses' expectations to relieve the neonate's pain are frustrated, because nurse applies the measurement tool, she detects the neonate's pain but she depends on the doctor's prescription for analgesic pharmacological drug. It's a result the nurse feels she doesn't have autonomy this producing frustration. Although the tool easier to alert the health care team for pain and can produce changes in care with the use of non pharmacological measures that seek comfort, reducing pain and stress of the newborn.

Keywords: pain, newborn, pain measurement tool, neonatal nursing, intensive care neonatal.

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1-** Caracterização dos sujeitos, segundo sexo, estado civil, número de filhos, pós-graduação, tempo de atuação profissional na enfermagem, tempo de atuação na área de neonatologia e participação em cursos e congressos nos últimos 3 anos..... 39
- Quadro 2-** Caracterização das Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, conforme número de leitos e principais patologias..... 40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 INTERESSE PELO TEMA	16
1.2 A DOR NO NEONATO.....	20
2 OBJETIVO.....	31
3 CAMINHO METODOLÓGICO	33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA	33
3.2 LOCAL DA PESQUISA	34
3.3 ASPECTOS ÉTICOS	36
3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA	37
3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E REGISTRO DOS DADOS EMPÍRICOS.....	41
3.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS	43
3.6.1 O Discurso do Sujeito Coletivo como estratégia metodológica.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	112
ANEXOS	123
APÊNDICES.....	129

“Se o caminho é escuro, seja você a luz, se é frio, seja a pessoa que conduz calor, mas se é solitário seja a primeira pessoa a estender a própria mão”

Autor desconhecido

*“Uma caminhada de 1000Km começa com o primeiro
passo”*

Lao Tse

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO¹

1.1 INTERESSE PELO TEMA

O meu despertar para o tema “dor” surgiu durante minha vida profissional, sobretudo ao vivenciar situações de cuidado à criança e ao neonato em Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Na condição de recém-formada tive a oportunidade de ser admitida em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de um hospital escola de grande porte na cidade de São Paulo, onde me percebi fascinada, cada vez mais pelo cenário que, apesar de estressante, me assegurava ter feito a escolha certa para minha atuação.

Estar nesse ambiente era para mim desafiador, pois confesso que dominar a tecnologia existente e deter o total controle no cuidado à criança grave era tudo que eu almejava, nesse primeiro momento, como recém-formada.

A princípio, sentia medo e insegurança do desconhecido, visto que se tratava de um local onde jamais tive contato durante a graduação. Nessa fase, via a cada momento uma oportunidade ímpar para desenvolver minhas habilidades técnicas, aplicar meus conhecimentos teóricos recém adquiridos e desenvolver meu potencial como enfermeira.

Concomitantemente a esse período iniciei o curso de especialização em saúde da criança e do adolescente, que abordava os módulos de terapia intensiva pediátrica e terapia intensiva neonatal. A busca deu-se justamente com o objetivo de me aperfeiçoar na área de atuação em pediatria.

Com o passar do tempo, meu olhar voltou-se para além das técnicas e procedimentos de enfermagem. Comecei a perceber o quanto aqueles procedimentos que eu realizava, como também meus colegas que visavam à recuperação da criança eram extremamente dolorosos. Atentava-me, então,

¹ A revisão de língua portuguesa desta dissertação contempla as novas regras do acordo ortográfico

a observar qual era a qualidade do cuidado que estava sendo prestado e como poderia agir de forma a aliviar a dor da criança.

Carregada por essas inquietações, inseri-me em um grupo multidisciplinar de pesquisa em dor existente na instituição, composto por médicos, residentes de medicina, fisioterapeutas, enfermeiros e residentes de enfermagem. Nessas reuniões, estudávamos e compartilhávamos informações referentes à fisiopatologia da dor, o impacto da dor na criança, aspectos biopsicossociais, cuidados paliativos, avaliação e tratamento da dor, além de discussões de casos clínicos.

Pouco tempo depois, tive a oportunidade de regressar ao interior de São Paulo e fui desenvolver meu trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

A UTIN é uma unidade hospitalar destinada ao atendimento de neonatos de 0 a 28 dias de alto risco, que necessitam de assistência médica e de enfermagem, altamente capacitada e presente 24 horas por dia. Oferece completo suporte vital, equipamento de reanimação, monitoração e extenso serviço auxiliar de apoio ⁽¹⁾.

A caracterização das crianças de uma UTIN constitui-se, em sua maioria, de neonatos pré-termo, aqueles que nascem anteriormente a 37 semanas completas de idade gestacional; de neonatos a termo, nascidos com idade gestacional entre 37 a 41 semanas ou pós-termo com idade gestacional de 42 semanas ou mais com patologias graves ⁽¹⁾.

O recém-nascido pré-termo (RNPT) pode ser classificado em três grupos, conforme a adequação do peso à idade gestacional: RNPT limítrofe, quando compreende a idade gestacional entre 35 e 36 semanas, com peso que oscila entre 2.200 e 2.800g; RNPT moderado, quando a idade gestacional varia de 30 a 34 semanas, com peso oscilando entre 1.600 e 2.300g e RNPT extremo compreendendo todos os bebês com idade gestacional inferior a 30 semanas e com peso inferior a 1.500g ⁽²⁾.

Na nova fase, o desenvolvimento das habilidades técnicas não me era mais considerado primordial. Percebia-me mais amadurecida

profissionalmente, tendo minha atenção voltada à qualidade do cuidado prestado ao neonato. Sensibilizava-me vê-los tão pequenos, indefesos e incapazes de se comunicarem verbalmente e sendo submetidos a inúmeros procedimentos invasivos todos os dias.

Esta sensibilização levou-me a notar que assistir o neonato com qualidade implicava, além de evitar ou minimizar complicações, criar, também, um ambiente com o mínimo possível de estímulos nocivos, objetivando a promoção do bem estar do neonato, da minimização dos efeitos da dor, da doença e da separação dos pais.

Sabemos que a longa permanência de neonatos na UTIN, decorrente das complicações da prematuridade ou das patologias dos recém nascidos (RN) a termo ou pós-termo, aumenta a exposição desses a vários procedimentos invasivos necessários para sua recuperação, porém, são muito dolorosos e traumáticos, como as punções arteriais e venosas, cateterismos, intubações, sondagens, entre outras.

Muitas vezes fui responsável por realizar esses procedimentos e sentia-me impotente diante da impossibilidade de alívio, compartilhando esse sentimento com outras enfermeiras que embora se sensibilizassem com a dor vivenciada pelo neonato, desenvolviam ações pouco eficazes de avaliação, refletindo no subtratamento da dor.

Assim, observava atitudes tímidas voltadas ao alívio da dor. A avaliação da dor se fazia de forma subjetiva, sem a utilização de um instrumento específico e como consequência não havia um plano de ação preestabelecido de tratamento. O movimento da enfermagem em busca do alívio e conforto à dor do neonato dependia da sensibilização de cada profissional.

Percebia que o esforço dos profissionais de saúde para salvar o neonato em grave risco de vida inibia sua percepção que também era possível diminuir simultaneamente seu sofrimento. Acreditava que ter uma equipe de enfermagem habilitada e qualificada para manusear os equipamentos era importante, porém fundamental era que não perdesse o

foco de suas ações que envolviam o paciente como centro e sujeito de cuidado.

Por meio de conversas informais e trocas de experiências, notei o desconhecimento ou pouco conhecimento da equipe multidisciplinar sobre os métodos de avaliação da dor do neonato. O fato pode justificar a maneira, muitas vezes, inadequada de lidar com os RNs que vivenciavam a dor, voltando suas atenções, prioritariamente, aos equipamentos, procedimentos e rotinas.

Sabemos que existem medicamentos eficazes e seguros para o alívio da dor, assim como intervenções não farmacológicas realizadas pela equipe de enfermagem, mas, na prática, verificamos que esses medicamentos e métodos não farmacológicos são empregados com certa restrição, culminando em algumas indagações⁽³⁻¹¹⁾.

Será que a escassez de intervenções para o alívio da dor do neonato deva-se à ausência de conhecimentos da enfermeira em relação à dor? Até que ponto a enfermeira está comprometida e sensibilizada com a dor do neonato? O que leva a enfermeira a perceber que o neonato sente dor? De que forma a enfermeira avalia a dor do neonato? De que forma a enfermeira avalia a eficácia do medicamento prescrito para o alívio da dor do neonato? Por que a dor do neonato continua sendo subtratada?

Motivada por tais inquietações, propus-me a aprofundar o estudo da temática a respeito da dor neonatal pela realização desta pesquisa, iniciando uma busca bibliográfica para analisar a produção de conhecimento científico sobre o tema, por meio das bases eletrônicas de dados Lilacs, Medline e Pubmed, utilizando como descritores: dor, neonato, avaliação da dor, enfermagem neonatal e terapia intensiva neonatal.

Com base nos resultados obtidos, constato que diversos instrumentos de avaliação da dor do neonato foram desenvolvidos para analisar de forma mais objetiva as respostas de dor apresentadas pelo neonato e possibilitar estratégias de intervenção mais eficazes, porém poucos relatos abordam a experiência de enfermeiras na utilização de tais instrumentos ⁽¹²⁾.

1.2 A DOR NO NEONATO

A vivência da dor é um fato corrente entre neonatos que nascem em condições de risco e precisam ser internados em UTINs. As necessidades de cuidados especiais para sobrevivência, muitas vezes, causam colateralmente efeitos danosos ao sistema fisiológico do neonato em desenvolvimento.

Durante anos, acreditou-se que o neonato não sentia dor por apresentar um sistema nervoso central imaturo e uma mielinização incompleta⁽¹³⁻¹⁴⁾. Só a partir da década de 1970, emergiram os primeiros estudos sobre a temática da dor neonatal, reconhecendo que receptores sensoriais cutâneos, responsáveis por capacitar o indivíduo a sentir dor estão presentes na área perioral do feto humano, desde a 7ª semana de gestação⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Os receptores sensoriais cutâneos expandem-se pelo tronco e região proximal dos membros superiores e inferiores na 15ª semana de gestação e toda a superfície cutânea e mucosa estão completamente inervadas por volta da 20ª semana de gestação. A partir dessa semana gestacional, no feto estão presentes, portanto, todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários à transmissão de estímulos dolorosos⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

No entanto, em 1979, a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain, IASP*) definiu dor como “experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano”⁽¹⁸⁾.

Mais recentemente, incorporou-se a essa definição uma sentença inspirada, sobretudo, nos avanços científicos ocorridos sobre dor neonatal nas décadas de 1980 e 1990: “A incapacidade em se comunicar, de maneira nenhuma nega à possibilidade de que um indivíduo esteja experienciando dor, e faz-se necessário o devido tratamento para o alívio dessa dor”⁽¹⁹⁾.

Portanto, a crença de que o recém nascido era incapaz de sentir dor, foi destituída mediante os resultados de pesquisas que provaram o contrário.

Assim, os elementos do sistema nervoso central, necessários para transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em recém-nascidos a termo e em prematuros, embora a maturação e a organização desse sistema neurosensorial continue durante a vida pós-natal⁽²⁰⁻²²⁾.

É importante ressaltar que os mecanismos inibitórios e moduladores da dor só se desenvolvem, após o nascimento, o que faz com que o neonato seja ainda mais sensível aos estímulos dolorosos^(16,23-25).

Entretanto, ao longo de sua internação na UTIN, os neonatos a termo e prematuros são submetidos, aproximadamente, a uma centena de procedimentos dolorosos por dia, destacando para o fato de que muitos são realizados sem analgesia eficiente^(7,10-11,26-28).

A intervenção diagnóstica e terapêutica a um neonato na UTIN corresponde, grande parte das vezes, a procedimentos dolorosos, causando-lhe agitação, dor, ansiedade e estresse. Nesse sentido, essas unidades tornam-se ambientes iatrogênicos no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, uma vez que o avanço existente de recursos tecnológicos de alta complexidade no cuidado não parece privilegiar o alívio de seu sofrimento^(22,26,29-32).

Conforme resultados de estudos, a dor pode causar prejuízos ao neonato a curto, médio e a longo prazo. No início, ela pode acarretar irritabilidade, diminuição da atenção e orientação, alteração no padrão de sono, recusa alimentar, além de interferência na relação mãe e filho⁽³³⁻³⁵⁾.

Mais tardiamente pode ocorrer aumento da sensibilidade à dor, com hipersensibilidade aos estímulos dolorosos e não dolorosos, em razão do aumento das ramificações nervosas no local agredido repetidamente e à diminuição do limiar de dor. Além, disso, a dor repetida pode acarretar o aparecimento de problemas de cognição, déficit de atenção e concentração na vida escolar⁽³³⁻³⁵⁾.

Nesse contexto, é imprescindível que os profissionais que atuam em UTINs implementem ações adequadas para minimizar o sofrimento do

neonato, dentre elas, o reconhecimento da dor por meio de sua avaliação, evitando efeitos nocivos para o crescimento e desenvolvimento do RN.

Em nossa prática clínica, observamos que o desconhecimento de instrumentos adequados para avaliar a dor do neonato, somados a ausência de verbalização do mesmo constituem obstáculos apresentados por enfermeiras para justificar a dificuldade de implementação sistemática da avaliação da dor.

Autores ressaltam que, apesar de o neonato ser incapaz de verbalizar sua dor, reage frente à mesma por meio de alterações de medidas fisiológicas e comportamentais, que devem ser consideradas na avaliação de sua dor^(6,13,36-39).

As alterações fisiológicas apresentadas pelo neonato correspondem ao aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão arterial, da pressão intracraniana e diminuição da saturação de oxigênio; vasoconstrição periférica; sudorese; midríase e aumento da liberação de catecolaminas e hormônios adrenocorticoesteróides^(6,26,37-38).

As modificações não devem ser utilizadas, isoladamente, para avaliar a dor do neonato, pois podem resultar da gravidade de sua patologia ou de seu estado clínico e não apenas como resposta à sua dor^(6,26,37-38).

As alterações de medidas comportamentais, também, devem compor a avaliação da dor do neonato que correspondem ao choro; ao franzimento da testa; ao estreitamento da fenda palpebral; à saliência do sulco nasolabial; à abertura dos lábios; ao tremor dos maxilares; à movimentação excessiva dos membros; à rigidez torácica e à tensão muscular^(6,13,39).

Vem-se atribuindo importância às medidas comportamentais visto que parecem representar uma resposta mais específica ao estímulo doloroso, quando comparadas aos parâmetros fisiológicos⁽⁴⁰⁾.

Em relação ao choro podemos considerá-lo um instrumento útil de avaliação da dor quando analisado no contexto do que está ocorrendo com o neonato e associado a outras medidas de avaliação de dor^(21,26,41), porém o mesmo não deve ser usado como único parâmetro de avaliação da dor à

medida que este pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome ou desconforto^(4,26) e pelo fato de que muitos neonatos nem sempre choram quando submetidos a um estímulo doloroso^(38,42).

Nesse grupo de crianças, a dificuldade de avaliação da dor constitui-se em um grande obstáculo ao tratamento adequado da dor do neonato no ambiente de UTIN⁽²⁶⁾. O desenvolvimento de inúmeros instrumentos foi realizado com o objetivo de melhorar a avaliação de dor desses pacientes e, conseqüentemente, promover intervenções efetivas em seu alívio.

Os instrumentos de avaliação de dor neonatal são descritos na literatura desde o final da década de 1980. Em 1998, pesquisadores, por intermédio de uma revisão da literatura registraram 16 instrumentos publicados para a avaliação de dor em neonatos e, em 2004, por uma revisão sistemática foram identificados 35 instrumentos que devem ser utilizados como facilitadores na avaliação da dor⁽⁴³⁻⁴⁴⁾, porém resultados de importantes estudos demonstram a sua escassa utilização^(3-4,6,8,11,45-48).

Em nossa prática clínica, observamos que os instrumentos de avaliação de dor facilitam a interação e a comunicação entre os membros da equipe de saúde, permitindo avaliar a evolução da dor em cada neonato e verificar a sua resposta frente à terapia farmacológica.

Pesquisadores consideram essencial que os profissionais de saúde utilizem os instrumentos de avaliação, decodificando a linguagem da dor do neonato de modo a facilitar a atuação terapêutica dos profissionais diante de situações dolorosas⁽⁴⁸⁾.

Dentre os instrumentos de avaliação de dor do neonato, estão os instrumentos unidimensionais que se caracterizam por avaliar apenas um parâmetro, as alterações comportamentais resultantes do estímulo doloroso e os multidimensionais que associam a sua composição, tanto as alterações comportamentais como as fisiológicas.

A escala *Neonatal Facial Coding System* (NFCS), é um instrumento unidimensional e caracteriza-se por avaliar alguns parâmetros de mímica

facial, como fronte, olhos, sulco nasolabial, movimento labial e tremor de mandíbula⁽⁴⁹⁾.

Outro instrumento caracterizado como unidimensional é a escala *Échelle douleur inconfort nouveau/ Neonatal pain and discomfort scale* (EDIN), que avalia a dor prolongada (por horas ou dias) em prematuros pela observação da mímica facial, movimentos corporais, qualidade de sono e do contato com a equipe de enfermagem e consolo⁽⁵⁰⁾

Dentre os instrumentos multidimensionais descritos na literatura, a escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) é composta por seis indicadores de dor, sendo cinco comportamentais (expressão facial, choro, movimento do braço, da perna, e estado de excitação) e um fisiológico (padrão respiratório)⁽³⁷⁾.

A escala *Crying, Requires O₂ for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness* (CRIES), também constitui-se como um instrumento multidimensional que avalia alguns indicadores comportamentais, como: choro, expressão facial, além de indicadores fisiológicos como o aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, ausência de sono e a necessidade de oxigênio para manter a saturação maior que 95%⁽⁵¹⁾.

Outro instrumento multidimensional de avaliação de dor de neonatos é a escala *Premature Infant Pain Profile* (PIIP) que mensura os seguintes parâmetros: magnitude de elevação da frequência cardíaca e da queda da saturação de oxigênio; percentual de tempo em que o neonato permanece com a testa franzida, olhos espremidos e aprofundamento do sulco nasolabial; idade gestacional no momento da avaliação e estado de alerta⁽⁵²⁾.

A escala *Pain Assessment In Neonates* (PAIN), também, caracteriza-se como instrumento multidimensional que avalia a expressão facial, choro, padrão respiratório, movimentação de membros, estado de alerta, quantidade de oxigênio necessário para manter a saturação acima de 95% e o aumento da frequência cardíaca⁽⁵³⁾

Apesar da existência desses instrumentos de avaliação (Anexo 1), evidenciou-se que a dor do neonato ainda continua sendo pouco identificada, avaliada inadequadamente e tratada insuficientemente^(9,44,54-55).

Além disso, a escassez de tempo para administrar medicações analgésicas durante os procedimentos dolorosos e o medo do risco dos efeitos adversos da medicação ainda são justificativas frequentes para ausência de sua administração, fatos que culminam em seu subtratamento^(4,6,26).

Embora haja evidências palpáveis de que a equipe médica considere que os neonatos sejam capazes de sentir dor, ainda é observada uma carência de analgesia nas UTINs^(3-4,6-7,9-11).

A falta de conhecimento científico a respeito da avaliação e do tratamento da dor do neonato, na prática diária dos profissionais de saúde são citados por pesquisadores, como obstáculos para o sucesso da analgesia^(4,7,54).

Outro fator responsável por dificultar a avaliação e o tratamento da dor, é o número escasso de profissionais que compõe a equipe de enfermagem, somado ao reduzido preparo da equipe na avaliação da dor e na utilização de medicações analgésicas^(21,56-57).

Em nosso contexto profissional, uma pequena parte de analgésicos para o alívio da dor é prescrita “*se necessário*”, para serem administrados a critério da enfermeira, podendo refletir em um tratamento farmacológico insuficiente, não sendo orientado pela intensidade da dor do neonato. Para o pesquisador, muitos enfermeiros interpretam a medicação “*se necessário*” como administrar o mínimo possível⁽⁹⁾.

Em relação à utilização dos instrumentos de avaliação da dor do neonato, constata-se, internacionalmente, que grande parte dos profissionais de UTIN não utiliza escalas^(6,45-46). A falta de uso destas escalas é justificada pelo seu desconhecimento, pela crença de que os instrumentos de avaliação disponíveis não são válidos e pela falta de tempo para sua aplicação⁽⁴⁵⁾.

No contexto nacional, esse comportamento não é diferente. Resultados de pesquisas, também, concluíram que, embora os profissionais avaliem a dor do neonato, a utilização das escalas é pouco frequente ou ausente^(3-4,8,11,47-48).

O profissional de saúde que trabalha em UTIN deve estar sensibilizado para a identificação e avaliação de dor no neonato para incentivar a aplicação de instrumentos de avaliação⁽³⁴⁾, que devem ser utilizados de forma sistematizada⁽¹⁴⁾, pois estratégias de tratamento da dor não são eficazes se utilizadas de outra maneira⁽⁵⁸⁾.

Atualmente, grande parte das instituições de saúde, tanto nacionais como internacionais, não utiliza nenhum desses instrumentos para avaliar a dor do neonato, porém algumas instituições já avançaram nesse sentido, inserindo esses instrumentos como parte de sua rotina, incluindo, a dor como o quinto sinal vital^(48,56,59).

Embora a prática diária dos cuidados dispensados pelos profissionais de enfermagem ao neonato de terapia intensiva seja muito complexa, a utilização de instrumentos de avaliação da dor como parte da rotina dessas instituições demonstrou ser importante, conforme os resultados evidenciados em pesquisas^(48,56,59,60).

Os resultados de pesquisa recente começam a apontar mudanças significativas na conduta de alguns profissionais que utilizam instrumentos para avaliar a dor do neonato e, conseqüentemente, as ações mais eficazes de tratamento por meio de terapia medicamentosa e não medicamentosa com o intuito de amenizar e eliminar sua dor⁽⁶⁰⁾.

Os instrumentos de avaliação de dor do neonato quando usados pelas enfermeiras foram referidos como práticos, rápidos e confiáveis para determinar a intensidade da dor e a eficácia da intervenção de seu alívio, de acordo com o estudo que tinha como objetivo conhecer a experiência das enfermeiras na avaliação de dor do neonato⁽⁵⁶⁾.

Em outro estudo no qual se procurou avaliar a implementação da escala NIPS e usá-la como quinto sinal vital, obteve-se boa aceitação do instrumento e o mesmo mostrou-se fácil de ser usado na prática clínica⁽⁵⁹⁾.

Pesquisadores com o objetivo de identificar como os enfermeiros de UTIN avaliam a dor do neonato e conhecer quais eram as medidas realizadas por eles no alívio da dor, descobriram que o uso de fármacos foi utilizado com frequência, quando diagnosticado um escore alto para dor após a aplicação da escala NIPS e, após a comunicação do médico responsável⁽⁴⁸⁾.

Entretanto quando o instrumento de avaliação é utilizado parece que a dor do neonato é melhor identificada e, conseqüentemente o tratamento torna-se mais eficaz. Embora haja relatos de enfermeiras de que os instrumentos são fáceis, rápidos e práticos, restam indagações sobre quais são suas ações, percepções e crenças em relação ao uso dos mesmos.

Apesar de vários instrumentos para avaliar a dor dos neonatos estarem disponíveis, muitos não são integrados à avaliação da dor.

Retomando a ideia de que a dificuldade de avaliação da dor nesse grupo de crianças constitui-se em um dos maiores obstáculos a seu tratamento adequado, surgem alguns questionamentos:

Qual é a experiência da enfermeira que utiliza o instrumento para avaliar a dor do neonato? Quais são as facilidades e dificuldades que ela encontra no emprego do instrumento para avaliar a dor do neonato?

Assim, é possível que a subjetividade da dor influencie cada profissional a avaliá-la, conforme sua própria experiência, por isso pode haver discordância na tomada de decisão entre medicar ou não um paciente^(5,35,56,61).

Pesquisadores mostram em seus estudos que há uma série de fatores inerentes à pessoa que observa a dor do neonato, como: idade, gênero, raça, religião, estado civil, nível socioeconômico, experiência prévia pessoal ou familiar com dor e experiência profissional, podendo interferir no

processo de avaliação da dor e, conseqüentemente, na decisão sobre como tratá-la⁽⁶²⁻⁶³⁾.

Nos últimos anos, vem se discutindo quais atitudes e crenças são aspectos que influenciam atos pessoais e que, além disso, fatores culturais afetam, tanto a experiência dolorosa da criança, como a ação da enfermeira em relação à intervenção na dor. Para o autor, idade, educação, anos de prática e especialidade são características que podem exercer grande influência no enfoque que a enfermeira dá em relação à dor da criança⁽⁶⁴⁾.

Em virtude dos múltiplos fatores que podem contribuir para que a avaliação da dor seja feita de modo distinto entre os avaliadores e, atentando-se ao fato da dor ser um fenômeno subjetivo que gera uma grande dificuldade para elaboração de um modo único e fácil de avaliar na prática clínica, sendo visto como essencial o emprego de um instrumento validado de avaliação de dor neonatal que permita uma apreciação mais objetiva e um tratamento mais padronizado.

O uso de um instrumento validado para avaliar a dor do neonato é recomendado como um meio de tornar essa avaliação mais objetiva⁽⁶⁵⁾.

Considerando que a dor, quando inadequadamente prevenida e tratada, desencadeia efeitos nocivos ao neonato, como aumento da morbidade (infecções, coagulação vascular disseminada, esgotamento de reservas, alterações hemodinâmicas, imunitárias, respiratórias, cardiovasculares, gástricas, intestinais e comportamentais) e mortalidade⁽²³⁾, torna-se primordial que a enfermeira detenha conhecimentos sobre métodos de identificação, avaliação e intervenção no alívio da dor do neonato, visando a um cuidado mais efetivo.

Portanto, nossa inquietação é associada a:

- inúmeras evidências em relação ao subtratamento da dor neonatal;
- falta de analgesia em procedimentos invasivos;
- desconhecimento e não utilização de instrumentos para avaliação da dor do neonato; e

- necessidade de buscar formas efetivas de avaliar a dor do neonato.

As indagações acima descritas, somadas à constatação de que os estudos até o momento não têm respondido à questão da investigação sobre a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos de avaliação da dor do neonato, motivaram-me a realizar a presente pesquisa.

Conhecer a experiência da enfermeira no uso do instrumento para avaliar a dor do neonato implica entender como ela vivencia a situação de dor do RN, considerando suas percepções, crenças e atitudes.

Esta compreensão permitirá entender suas ações frente ao emprego do instrumento para avaliar a dor, suas dificuldades e facilidades no uso do mesmo, o que poderá nortear futuras intervenções em relação à avaliação por intermédio do uso dos instrumentos.

*“Eu posso contribuir apenas com uma gota de água para o oceano
mas, com a minha gota, ele jamais será o mesmo.”*

Madre Teresa de Calcutá

OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

- Conhecer a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos de avaliação da dor do neonato;
- Identificar as facilidades para a enfermeira na utilização dos instrumentos de avaliação da dor do neonato; e
- Identificar as dificuldades para a enfermeira na utilização dos instrumentos de avaliação da dor da dor do neonato.

“Não julgues nada pela pequenez dos começos. Uma vez fizeram-me notar que não se distinguem pelo tamanho as sementes que darão ervas anuais das que vão produzir árvores centenárias”

Josemaria Escrivá

CAMINHO METOLÓGICO

3 CAMINHO METODOLÓGICO

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Este estudo caracteriza-se como descritivo-exploratório⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾ e as respostas à sua questão são pautadas no referencial da abordagem qualitativa, tendo em vista o objeto de estudo e o objetivo proposto de conhecer a experiência das enfermeiras que utilizam instrumentos de avaliação da dor do neonato.

O método qualitativo é preconizado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou pretende-se descrevê-lo, conforme o ponto de vista do sujeito, aplicando-se a questão que norteia este estudo⁽⁶⁸⁾.

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⁽⁶⁹⁾.

A pesquisa qualitativa possibilita a realização de investigações relacionadas à prática profissional da enfermagem que, particularmente, interpreta o homem, como um organismo atuante que não permanece estático, suas ideias e ações estão sempre em modificação de acordo com suas experiências individuais e coletivas e suas interações sociais⁽⁷⁰⁾.

Tendo em vista o problema investigado, a experiência das enfermeiras na avaliação da dor do neonato por meio da utilização do instrumento, pode-se afirmar que está diretamente relacionada com sentimentos e percepções que só podem ser interpretados de forma individual e não apoiados em números, daí a opção por uma abordagem qualitativa.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

Este estudo foi realizado em quatro Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, duas pertencentes a um hospital do setor público e as outras duas, a dois hospitais do setor privado, ambos na cidade de São Paulo (SP).

- Hospital 1: hospital-escola infantil, de médio porte de natureza pública, atende pacientes de todo o Brasil e América Latina, de zero a 19 anos, por meio de 21 especialidades médicas. É reconhecido pelo Ministério da Saúde, como Centro de Referência Nacional de Saúde da Criança. Apresenta uma Unidade de Cuidados Intensivos Neonatal com 18 leitos, atendendo apenas pacientes do SUS. Dois ambulatorios fazem parte para acompanhamento das crianças de muito baixo peso e daquelas cujas patologias necessitam de acompanhamento a longo prazo. Recebe alunos dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, bem como os residentes das áreas de Medicina.
- Hospital 2: Hospital geral, privado e filantrópico, de grande porte, terceiro hospital do Brasil, reconhecido nacional e internacionalmente pela Joint Commission International (JCI), órgão certificador de padrões de qualidade das instituições de saúde mundial. Possui seis leitos pertencentes à Unidade Neonatal, capacitada para atender prematuros, realizar cirurgias cardíacas, pediátricas, neurocirurgias e tratar todas as patologias do período neonatal. É destinada a crianças de zero a 28 dias de vida. A unidade Neonatal conta com: Unidade Neonatal de Baixo Risco e Alojamento Conjunto; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal Interna (para bebês que nascem no próprio hospital); Unidade de Terapia Intensiva Externa (recebe recém-nascidos de outros hospitais). O quadro de profissionais especializados no cuidado ao neonato inclui médicos, fonoaudiologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermagem neonatal. A unidade estimula o Método Canguru e acredita que calor,

amor e amamentação são as bases da técnica, que permite o contato pele a pele entre mãe e filho, com menor tempo possível de separação entre os dois e recomenda a presença constante dos pais durante a estada da criança na Unidade Neonatal.

- Hospital 3: Hospital-maternidade privado, de grande porte, reconhecido nacional e internacionalmente. Possui 40 leitos pertencentes à unidade neonatal, capacitada para atender prematuros. É destinado a crianças de zero a 28 dias de vida. A Unidade Neonatal conta com: Unidade Neonatal de Baixo Risco, Alojamento Conjunto e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O quadro de profissionais especializados no cuidado ao neonato inclui médicos, fonoaudiologistas, fisioterapeutas, nutricionistas e enfermagem neonatal. A unidade estimula e recomenda a presença constante dos pais, durante a permanência da criança na Unidade Neonatal.
- Hospital 4: Hospital Universitário geral, de porte especial, de natureza pública, de tratamento de doenças de alta complexidade. É responsável, na Grande São Paulo, pela cobertura de uma área que abrange mais de cinco milhões de habitantes, além de atender pacientes oriundos de outros estados da federação. Ao lado desta intensa atividade assistencial, destaca-se pela vasta produção científica, que o qualifica, no cenário nacional e internacional, como uma instituição séria e de excelência. Apresenta uma UTI neonatal com 24 leitos que atendem neonatos sobretudo com prematuridade extrema e é referência para neonatos com malformações.

As instituições descritas foram escolhidas por apresentarem um grupo de dor internamente estruturado e já incorporarem a dor como quinto sinal vital, estabelecendo o uso de instrumentos para avaliação da dor em neonatos e protocolos de avaliação da dor, critérios essenciais para a obtenção dos resultados.

3.3 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº196, de 10/10/1996 (Ministério da Saúde, 1996) que regulamenta a realização de pesquisa em seres humanos. O protocolo de pesquisa foi submetido à apreciação ética e ao acompanhamento do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo- EEUSP. Foi aprovado em 10 de setembro de 2008, de acordo com o Processo nº751/2008/CEP-EEUSP (Anexo 2)

Inicialmente, as cópias do Projeto de Pesquisa foram encaminhadas aos Comitês de Ética dos Hospitais 1 e 2, cópia da aprovação do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, bem como a carta de solicitação para coleta de dados nessas instituições (Apêndice 1). Nos hospitais 3 e 4, foi realizado contato telefônico com as respectivas gerentes de enfermagem, solicitando a liberação para coleta de dados nas instituições e entregue a aprovação do Comitê de Ética da Escola EEUSP.

Após a aprovação pelos Comitês nos hospitais 1 e 2 (Anexo 3 e 4) e autorização das gerentes de enfermagem dos hospitais 3 e 4, a pesquisadora iniciou a coleta de dados, realizando duas entrevistas.

Antes de cada entrevista, foram esclarecidos aos participantes os objetivos do estudo e apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação da pesquisa (Apêndice 2), lido e explicado em todos os detalhes a eles, garantindo-lhes o anonimato e o sigilo absoluto das informações, bem como a liberdade de participarem ou não do estudo e, ainda, a possibilidade de poderem desistir de colaborar em qualquer momento, sem que ninguém sofra prejuízo ou gasto.

Após os esclarecimentos e tendo havido concordância, foi solicitada a assinatura do participante do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), contendo duas vias, uma entregue à participante e a outra ficando com a pesquisadora.

3.4 OS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa e o tamanho da amostra foram escolhidos intencionalmente, considerando uma série de condições como: sujeitos que sejam essenciais, segundo o ponto de vista do investigador para o esclarecimento do assunto em foco, facilidade para se encontrar com as pessoas e tempo dos indivíduos para as entrevistas.

Os critérios de inclusão estabelecidos para participação da pesquisa foram: qualquer enfermeira que trabalhasse na UTIN desses quatro hospitais escolhidos e que utilizasse algum tipo de instrumento para avaliação da dor do neonato. Além disso, as instituições foram selecionadas por apresentarem um grupo de dor internamente estruturado e já incorporarem a dor como quinto sinal vital, estabelecendo o uso de instrumento de avaliação de dor, critérios essenciais para a obtenção dos resultados.

O foco da entrevista foi a experiência da enfermeira no uso de um instrumento na avaliação de dor do neonato, independente do tempo de formação, idade, sexo, tempo de serviço no setor, entre outros.

A coleta e a análise de dados não são divisões estanques. As informações que se recolhem, geralmente, são interpretadas e isto pode originar a exigência de novas buscas de dados⁽⁷⁰⁾. No entanto, o número de enfermeiras foi configurado em razão da análise de seus depoimentos.

Participaram do estudo, portanto, um total de nove enfermeiras que realizavam suas atividades profissionais em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos quatro hospitais, sendo dois particulares e dois hospitais de ensino da cidade de São Paulo.

As enfermeiras assistiam diretamente os neonatos em situação de dor, utilizando algum tipo de instrumento para sua avaliação. O tempo de atuação na enfermagem variou de 6 a 18 anos e, especificamente, na área de UTIN, variou de 4 a 12 anos.

Os dados dos quadros 1 e 2 mostrados abaixo caracterizam as enfermeiras que participaram da pesquisa, assim como as Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, respectivamente.

Quadro 1- Caracterização dos sujeitos, segundo sexo, estado civil, número de filhos, pós-graduação, tempo de atuação profissional na enfermagem, tempo de atuação na área de neonatologia e participação em cursos e congressos nos últimos 3 anos

Sujeitos	Sexo	Estado Civil	Nº de Filhos	Pós-Graduação	Tempo de Atuação na Enfermagem	Tempo de Atuação na Área de Neonatologia	Cursos e Congressos nos últimos 3 anos
E1	Feminino	Casada	2 filhos	Cursando mestrado	18 anos	6 anos	Sim
E2	Feminino	Solteira	Nenhum	Cursando doutorado	9 anos	4 anos	Sim
E3	Feminino	Casada	Nenhum	Cursando mestrado	6 anos	5 anos	Sim
E4	Feminino	Casada	1 filho	Cursando mestrado	9 anos	7 anos	Sim
E5	Feminino	Solteira	Nenhum	Mestre	10 anos	10 anos	Sim
E6	Feminino	Solteira	Nenhum	Especialista em neonatologia	12 anos	12 anos	Sim
E7	Feminino	Casada	Nenhum	Cursando mestrado	8 anos	8 anos	Sim
E8	Feminino	Casada	Nenhum	Mestre	7 anos	7 anos	Sim
E9	Feminino	Casada	2 filhos	Graduação	7 anos	7 anos	Sim

Quadro 2- Caracterização das Unidades de Terapias Intensivas Neonatais, conforme número de leitos e principais patologias

Sujeitos	Nºde leitos	Principais Patologias
E1	40 leitos	Prematuridade, cardiopatias, sofrimento fetal agudo e crônico, filho de mãe diabética.
E2	6 leitos	Prematuridade, patologias respiratórias, malformações cardíacas
E3	40 leitos	Prematuridade, síndrome do desconforto respiratório, icterícia.
E4	18 leitos	Prematuridade, malformação, síndromes, hospital referência para bebês cirúrgicos
E5	18 leitos	Prematuridade, malformação, síndromes, hospital referência para bebês cirúrgicos
E6	24 leitos	Prematuridade extrema, malformação= hospital referência.
E7	24 leitos	Prematuridade extrema, malformação= hospital referência
E8	24 leitos	Prematuridade extrema, malformação= hospital referência
E9	24 leitos	Prematuridade extrema, malformação= hospital referência

3.5 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA E REGISTRO DOS DADOS EMPÍRICOS

Inicialmente foi realizado contato telefônico com uma enfermeira que trabalhava na UTIN do hospital privado escolhido e uma enfermeira do hospital público, foi lhes explicado o objetivo da pesquisa e solicitamos sua participação voluntária no estudo. Após estarem de acordo, o dia, horário e local foram definidos, sempre respeitando a escolha das participantes.

Como o objetivo da pesquisa era conhecer a experiência da enfermeira na utilização do instrumento para avaliação da dor neonatal, utilizamos como principal técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada.

Optamos por esse tipo de entrevista por possibilitar maior flexibilidade, profundidade e interação com os entrevistados, permitindo ao entrevistador liberdade para adaptações, conversas mais ricas e esclarecedoras, assim como a ideia sobre o modo, como os sujeitos interpretam determinados aspectos de um dado fenômeno⁽⁶⁶⁾.

Em geral, a entrevista semiestruturada, parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que as respostas do informante são recebidos⁽⁷⁰⁾.

Além da entrevista semiestruturada foi entregue para entrevistada um impresso que deveria ser preenchido pela mesma, a fim, de que fosse possível obtermos uma caracterização dos sujeitos e das instituições pesquisadas (Apêndice 3).

Desta maneira, a entrevistada, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal observado pelo investigador, começa a participar da elaboração do conteúdo da pesquisa. Ao mesmo tempo, em que valoriza a presença do investigador, a entrevista semiestruturada oferece todas as perspectivas possíveis para que

o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias e enriquece a pesquisa⁽⁷⁰⁾.

Ao longo do desenvolvimento da pesquisa, o número de participantes foi determinado, conforme a análise dos dados evidenciava que novos conceitos não mais surgiam. No entanto, até que os dados não estivessem totalmente repetitivos, as enfermeiras continuaram sendo contatadas, totalizando nove entrevistadas.

As entrevistas foram realizadas nos turnos da manhã e da tarde no período de julho a outubro de 2009. Ocorreram em salas reservadas próximas ao próprio ambiente de trabalho e três delas nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), conforme preferência das entrevistadas. O horário de agendamento foi marcado diretamente com cada enfermeira, conforme elas avaliavam que a dinâmica da UTIN possibilitava sua ausência do local de trabalho por um período.

De modo geral, as entrevistas que ocorreram no próprio ambiente de trabalho da enfermeira, transcorreram com pequenas interrupções pela entrada de funcionários ou de pais na sala, sendo necessário remarcar a entrevista com as enfermeiras duas vezes, em razão da dinâmica da UTIN ter impossibilitado sua realização. O tempo de duração das entrevistas foi no mínimo de 30 minutos e no máximo de 1h10.

Para a introdução do tema no estudo, foram elaboradas três questões norteadoras que se seguem:

- 1- “Conte-me sua experiência com o uso de um instrumento para avaliação da dor do neonato”
- 2- Quais são as facilidades que você encontra na utilização desse instrumento para avaliação da dor do neonato?
- 3- Quais são as dificuldades que você encontra na utilização desse instrumento para avaliação da dor do neonato?

Com base nas respostas das entrevistadas, questões foram surgindo à medida que havia necessidade de aprofundar ou compreender melhor determinado assunto. Estas questões foram:

- O que mudou depois que você começou a utilizar o instrumento?
- Quais são as medidas não farmacológicas realizadas quando o médico não prescreve analgésico?

Após a permissão dos participantes, as entrevistas foram gravadas e transcritas, na íntegra, na seqüência, para que detalhes importantes à análise dos dados não fossem perdidos. Para assegurar o sigilo das informações e manter o anonimato, seus sujeitos foram representados pela letra E, seguida de um número que indicou a ordem em que foram entrevistados. Assim, o primeiro sujeito entrevistado foi representado como E1, o segundo, por E2 e, assim, sucessivamente.

3.6 PROCEDIMENTOS PARA A ANÁLISE DOS DADOS

3.6.1 O Discurso do Sujeito Coletivo como Estratégia Metodológica

Para organização dos dados, buscamos como eixo a orientação metodológica do Discurso do Sujeito Coletivo- DSC, uma nova abordagem na pesquisa qualitativa ⁽⁷¹⁾.

Dizem os autores que nas pesquisas de ordem qualitativa os pressupostos teóricos, normalmente, conseguem incorporar melhor na apreensão do objeto, o significado e a intencionalidade que ocupam posições centrais na pesquisa social, e com maior clareza no discurso, tanto dos sujeitos como de outras fontes: artigos de jornais, revistas etc.

Fica fácil concluir que, pelo espaço que conferem aos discursos, as abordagens de corte qualitativo permitem a compreensão mais aprofundada dos campos sociais e dos sentidos neles

presentes, na medida em que remetem a uma teia de significados, de difícil recuperação através de estudos de corte quantitativo, em que o discurso, quando está presente, é sempre reduzido a uma expressão numérica⁽⁷¹⁾

O pensamento coletivo não está ligado ao somatório dos pensamentos individuais, portanto, a uma representação numérica percentual, mas, ao discurso da coletividade, ao imaginário social, às representações sociais, ao pensamento préexistente.

A proposta do DSC visa, antes de tudo, a realizar as devidas correlações que a coletividade traz em seus discursos e que carregam os valores intrínsecos, próprios da cultura, que estão presentes no cotidiano dos sujeitos sociais.

Os autores comentam que o Discurso do Sujeito Coletivo foi a maneira que encontraram, e o grande desafio, para resgatar o discurso coletivo com base nos discursos individuais⁽⁷¹⁾.

A construção do DSC requer alguns passos em sua trajetória, que precisa ser cuidadosamente trabalhada para que o resultado final tenha uma representação fidedigna daquilo que foi investigado ou de sua intencionalidade. O autor comenta que o DSC é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa da linha qualitativa que tem o objetivo de expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta fosse exatamente o emissor de um discurso único.

Nesse sentido, a proposta dos autores tem como finalidade analisar o material verbal coletado, extraíndo-se de cada um dos depoimentos orais as **Ideias Centrais- IC-** e as suas respectivas **Expressões Chave- ECH** e com estas duas compor um ou vários discursos-síntese, denominados **Discurso do Sujeito Coletivo – DSC**

A Ideia Central (IC) para os autores é entendida como as afirmações que permitem traduzir o essencial do conteúdo discursivo explicitado pelos sujeitos em seus depoimentos. Ela, portanto, é a expressão linguística que vai revelar ou descrever, de maneira sintética e precisa, o sentido e o tema das Expressões Chave (ECH) de cada um dos depoimentos orais. Para ele,

as IC são sempre abstratas, conceituais, sintéticas frias e presentes em pequeno número nos discursos⁽⁷¹⁾.

Por isso, os autores referem que elas são um pouco difíceis de serem compreendidas no contexto dos discursos e, muitas vezes, é necessário passar o texto por uma minuciosa operação de identificação dos temas, pois esse vai estar ligado justamente “sobre o quê” o sujeito está falando. Mas os outros autores chamam a atenção que, em uma mesma questão dentro de um discurso, pode haver muitos temas e que, às vezes, se torna objeto de confusão ao pesquisador, sendo necessário, portanto, buscar identificar os vários temas que estão presentes em cada fase do discurso. Daí extrair a Ideia Central.

Portanto, para efeito da análise dos depoimentos, dizemos que a IC pode ser entendida, como a “síntese do conteúdo discursivo verbalizado pelos sujeitos”. Assim, constitui-se de afirmações, negações e dúvidas a respeito da realidade presente, bem como os juízos de valor do cotidiano dos depoentes⁽⁷¹⁾.

Para chegar aos temas propostos pelo autor, seguimos a orientação de Minayo (1993)⁽⁷⁰⁾, para ordenação por meio da análise temática, ou seja, “leitura flutuante e a constituição de um corpus”. O que a autora chama de núcleos de sentidos em seu texto, estaremos chamando apenas de temas. Assim, a cada entrevista realizada teve uma leitura flutuante e exaustiva, tentando perceber a cada retomada, os temas que emergiam com maior veemência e com maior frequência. Destes, inicialmente, surgiram dois temas comuns nas entrevistas.

Ao desvendarmos mais as entrevistas, percebemos que alguns temas mantinham uma determinada convergência, portanto, passíveis de serem agrupados, resultando, ao final, dois temas centrais e seus respectivos Discursos do Sujeito Coletivo a seguir apresentados nos dados do quadro abaixo, sendo objetos de discussão e análise neste trabalho e que são objetos de discussões e análise neste trabalho.

Tema 1. Dificuldades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos

1. DSC- Sendo difícil a utilização do instrumento de avaliação de dor em alguns neonatos
2. DSC- Vendo-se impossibilitada de aplicar o instrumento de avaliação de dor
3. DSC- Instrumento de avaliação não sendo considerado importante pela equipe de enfermagem.
4. DSC- Não recebendo treinamento sobre a utilização do instrumento
5. DSC- Tendo resistência ao uso do instrumento
6. DSC- Tendo controvérsias na pontuação de dor
7. DSC- Utilização do instrumento, sendo insuficiente para garantir a analgesia do neonato
8. DSC- Percebendo o cirurgião menos acessível para a analgesia do que o clínico
9. DSC- Não tendo domínio da situação
10. DSC- Acreditando que os efeitos dos analgésicos sejam nocivos aos neonatos

Tema 2. Facilidades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos

11. DSC- Padronizando a avaliação da dor
12. DSC- Percebendo o instrumento, gerando mudança de conduta do profissional em relação ao cuidado do neonato
13. DSC- Percebendo o instrumento como facilitador na avaliação da dor do neonato por estar respaldado cientificamente
14. DSC- Investindo na formação dos funcionários sobre a avaliação de dor em neonatos
15. DSC- Tendo um olhar diferente da avaliação da dor do neonato, conforme a experiência profissional

Para se chegar a Ideia Central foi construída inicialmente uma premissa pelo pesquisador, com base na leitura das entrevistas com relação aos temas sugeridos, percurso que facilitou bastante a construção da IC, apoiada na fala do próprio sujeito coletivo.

Para a confecção do DSC, as expressões-chave são fundamentais e, portanto, é preciso que sejam coletadas com o referido rigor e observação, pois são constituídas pelas transcrições literais de parte dos depoimentos orais que permitem o resgate daquilo que é essencial no conteúdo discursivo e, em geral, correspondem às questões centrais da pesquisa⁽⁷¹⁾.

Assim, representam a veracidade do depoimento oral que permite ao leitor realizar uma comparação entre o trecho selecionado com as afirmativas reconstruídas e julgar ser pertinente ou não a forma de traduzir discursivamente a Ancoragem ou a Ideia Central.

Os autores ressaltam para a necessidade de cautela na seleção das ECH, à medida que há sempre uma tendência a selecionar quase tudo ou, então, quase nada das partes discursivas, sendo importante que, ao selecionador uma ECH, é bom depurá-la de tudo o que é irrelevante, inexpressivo, secundário, retendo o máximo possível da essência do pensamento tal como ela aparece no discurso analisado. Ter sensatez ao decompor o discurso é uma recomendação dos autores, pois, tendo um material rico e significativo de ECH será fácil construir o DCS correspondente.

Os autores comentam que a retirada das particularidades da fala do sujeito é um recurso usado para recompor o pensamento, apresenta como finalidade retirar daqueles discursos individuais as verbalizações que demonstram as individualidades de cada sujeito: “doenças específicas, nomes, datas e histórias individuais”⁽⁷¹⁾.

A retirada das particularidades da fala do sujeito é necessária à medida em que o discurso pode vir carregado de particularidades em excesso que são atributos muito individuais, como: “estado civil, idade, cor”, marcas que, possivelmente, vão impedir ou dificultar a construção de um

discurso mais genérico, e que dizem respeito à singularidade de um sujeito, para os autores, o discurso retirado de particularidades é

(...) um recurso metodológico que se criou com uma forma de dar a luz ao social, partindo-se do pressuposto de que o social é, sempre uma construção ou uma abstração no sentido sociológico preciso que Marx, na famosa Introdução da Crítica à Economia Política, dá a este termo e de que um modo legítimo de corporificar esta abstração consiste em apresentá-la sob a forma de um mesmo discurso compartilhado ⁽⁷¹⁾.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é a principal das figuras metodológicas e que, portanto, devemos ter um cuidado mais profícuo ao compô-lo; além disso busca “resgatar o discurso, como signo de conhecimento dos próprios discursos”. No entanto, não podemos pensar que com o DSC exista uma simples categoria unificadora dos discursos dos sujeitos mas sim o que se preza é justamente o inverso, que é tomado como preâmbulo⁽⁷¹⁾.

(...) reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra-cabeça, tantos discursos-síntese quanto se julgue necessário para expressar uma dada ‘figura’, ou seja, um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno ⁽⁷¹⁾.

Assim sendo, comenta que o DSC tem como finalidade uma estratégia metodológica, visualizar com maior clareza uma dada representação social que surge com base em uma forma concreta do pensamento nos discursos dos sujeitos. Sua elaboração segue uma lapidação analítica de decomposição que é caracterizada, inicialmente, pela seleção das principais Ancoragens ou Ideias Centrais presentes nos discursos individuais e constituindo, posteriormente, em um único discurso, dando uma representação social de que todos estão representados por uma única pessoa.

(...) quando o sujeito coletivo é expresso através de apenas um discurso, isto significa que o imaginário global é unificado: sobre determinado tema há apenas um discurso presente na cultura. Quando o sujeito coletivo é expresso através de vários discursos, isto pode significar, como já assinalamos duas coisas: a presença na cultura de um mesmo discurso complexo que, didaticamente, é preciso separar em mais de um discurso, ou a presença, na cultura, de discursos conflitantes que, também didaticamente, é preciso separar⁽⁷¹⁾.

Torna-se claro, então, que no DSC estão reunidas todas as possibilidades imaginárias do discurso dialético, que é oferecido por uma dada cultura presente na sociedade e difundida entre seus membros, em uma determinada temporalidade e sobre certo tema, e que se algum momento fizer-se necessário o desmembramento deste DSC global em outros DSCs, a finalidade será de tornar mais compreensível a leitura dos mesmos.

Os autores lembram que, para efeitos metodológicos, o produto final que é o DSC, deve ser ao máximo transparente e, se possível, sempre aparecendo ao lado dos sujeitos, para que a necessária arbitrariedade presente em sua construção seja objetivo de avaliação e contestação pelo leitor, assim como sua síntese deve parecer que o discurso de todos fosse de um. O Discurso do Sujeito Coletivo ainda deve seguir alguns cuidados em sua elaboração pelo pesquisador, devemos nos atentar aos passos propostos, quando as operações retóricas possibilitam construir um discurso homogêneo, compreensível e atraente à leitura⁽⁷¹⁾. Os autores reforçam que, para a construção do DSC, todas as ECH de uma dada IC devem ser usadas.

Autores nos lembram que uma das finalidades explícitas da metodologia do DSC é a recuperação da fala do social⁽⁷¹⁾.

o que se busca na pesquisa qualitativa cuja matéria-prima empírica é composta de depoimentos obtidos através de entrevistas abertas com indivíduos portadores de representações sociais, é a recuperação da 'fala do social', isto é, dos discursos que têm como emissores os grupos, coletividades, classes, extratos sociais. (...) Coletados, estes discursos individuais são organizados, tabulados e agregados a posteriori permitindo assim a emergência da fala ou discurso do social⁽⁷¹⁾.

Comentam os autores que na pesquisa qualitativa, a razão eminentemente discursiva do pensar dos sujeitos passa a ser respeitada, tanto no particular como no coletivo, mesmo quando esses discursos individuais são sintetizados com base nas suas idéias centrais dentro do processo metodológico chamado de Discurso do Sujeito Coletivo que estaremos discutindo a seguir.

*“O importante não é o que temos,
mas o que fazemos com o que temos!”*

RESULTADOS E DISCUSSÃO

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentação dos Discursos do Sujeito Coletivo

O agrupamento das Ideias Centrais similares originou os Discursos do Sujeito Coletivo, os quais foram agrupados em dois temas: Dificuldades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos e Facilidades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos, compostos pelos Discursos do Sujeito Coletivo, os quais emergiram apoiados nas respostas das enfermeiras que experienciaram a utilização de instrumento na a avaliação da dor em neonatos.

Tema 1. Dificuldades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos

1. DSC- Sendo difícil a utilização do instrumento de avaliação de dor em alguns neonatos
2. DSC- Vendo-se impossibilitada de aplicar o instrumento de avaliação de dor
3. DSC- Instrumento de avaliação não sendo considerado importante pela equipe de enfermagem.
4. DSC- Não recebendo treinamento sobre a utilização do instrumento
5. DSC- Tendo resistência ao uso do instrumento
6. DSC- Tendo controvérsias na pontuação de dor
7. DSC- Utilização do instrumento, sendo insuficiente para garantir a analgesia do neonato
8. DSC- Percebendo o cirurgião menos acessível para a analgesia do que o clínico

- 9. DSC- Não tendo domínio da situação
- 10. DSC- Acreditando que os efeitos dos analgésicos sejam nocivos aos neonatos

Tema 2. Facilidades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos

- 11. DSC- Padronizando a avaliação da dor
- 12. DSC- Percebendo o instrumento, gerando mudança de conduta do profissional em relação ao cuidado do neonato
- 13. DSC- Percebendo o instrumento como facilitador na avaliação da dor do neonato por estar respaldado cientificamente
- 14. DSC- Investindo na formação dos funcionários sobre a avaliação de dor em neonatos
- 15. DSC- Tendo um olhar diferente da avaliação da dor do neonato, conforme a experiência profissional

A seguir serão apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) obtidos em cada tema.

1. DSC- Sendo difícil a utilização do instrumento de avaliação de dor em alguns neonatos

“A minha experiência na aplicação das escalas em bebês entubados, sedados, com certeza é uma dificuldade. Já aconteceu de a gente estar com dificuldade ou controvérsia de uma achar que é escore 1 (de dor) e a outra achar que é escore 2. Principalmente, em bebê intubado é que gera mais dificuldade na avaliação. Nesses casos, em que o bebê está intubado ou é neurológico, a gente fica sem o instrumento, porque nesses casos, a criança não vai responder. Para essas crianças, o instrumento não vai fazer diferença porque ele não responde, ele não tem capacidade de responder dentro daqueles índices do instrumento. Para esse bebê, o instrumento não é importante. Em relação ao paciente sedado, por exemplo, ele está sedado, está muito edemaciado e não consegue fletir os membros. Você vê pela face que ele está com dor, mas você não tem alteração de frequência cardíaca (FC) ou ele não consegue manipular os membros, então, realmente fica difícil. Quando você vai fazer escala de um paciente desse, vai dar um zero de escore. Que é tido como não dor, né? Não tem muito como a gente fazer. Você não tem como se respaldar e garantir que essa criança está sentindo dor. Então... se o bebê não está sedado, ele chora, mas só não sai o som. Se o bebê estiver sedado, a gente utiliza a mesma escala (NIPS), porém daí, eu acho que talvez essa escala não seria tão boa para ser utilizada. Porque a gente fala, né? Que a sedação não promove a analgesia, né? E se o bebê está chumbado no caso, ele pode estar com dor, né? E aí essa escala já não vai avaliar porque ele está *“largadão”*. Então, você não vai ver movimento de braço, de perna, não vai ver choro, não vai ver respiração irregular. Então no caso desse bebê, talvez não seja uma escala efetiva. Eu não sabia o escore de dor dele (bebê), porque ele estava sedado, porque sei lá era uma atresia de esôfago, e ele estava lá *“chumbadão”* ou ele tinha acabado de chegar da cirurgia. Você não vai ficar fazendo escore de dor em uma criança que acabou de chegar da cirurgia e que está sob efeito do anestésico, ainda, entubado, e tudo e que não apresenta movimento nenhum de nada. Então, assim, ela (criança) está anestesiada, ela não vai ter dor ainda. Então, perceber e raciocinar em cima disso, que agora não importa o instrumento. Nesse caso, eu posso até deixar em branco, eu não vou pôr zero. Na verdade, eu vou deixar em branco e vou colocar que não se aplica (o instrumento), porque a criança está sedada. Nesses casos, de bebês entubados e sedados, o instrumento deixa a desejar, então, a gente acaba partindo mais para outros parâmetros que não são os comportamentais, né? Mas, realmente, esses parâmetros a gente acaba perdendo, né? De agitação. A gente vai mais pelos parâmetros fisiológicos, né? De frequência cardíaca, alteração de pressão arterial. Eu vou colocar NA (não se aplica o instrumento) porque o instrumento não se aplica naquele momento do paciente sedado. Temos dificuldade também em aplicar as escalas em bebês com alterações neurológicas, porque pelo que a gente lembra, não tem nenhuma escala específica para esse tipo de paciente. Nós não avaliamos o bebê neurológico com o instrumento. Porque, na verdade, o único instrumento que nós temos para avaliar a dor é esse (NIPS) e se você pegar uma criança com moebius, por exemplo, que não tem expressão facial, é extremamente complicado. Então, essa criança chora, né. Então, você cai no *“achismo”*. Será que é dor? E, daí, você dá o analgésico, porém não dá para aplicar o instrumento para avaliar a dor. Então, por exemplo, um bebê com uma hidrocefalia, né? Associada a uma meningomielocoele, uma anencefalia. A gente já teve esses tipos de pacientes e, realmente nós ficamos com dificuldades de aplicação da NIPS, de avaliar expressão facial, né? Têm bebês que não têm expressão facial de dor, né? Mas é difícil. Então, assim, em um bebê que não tem expressão facial de dor, a gente pode avaliar pelos membros, pela posição dos membros, mas é complicado. Acaba que a gente não consegue exatamente pontuar um escore de dor, para esse tipo de paciente. Eu acho que não é possível aplicar o instrumento em bebês neurológicos. Agora, a nossa maior dificuldade ainda é na aplicação da escala nos bebês cirúrgicos. É, na escala CRIES. Porque um dos indicadores dela é a avaliação da frequência cardíaca e da pressão arterial, antes da cirurgia, né? E, às vezes, nós temos bebês que nascem e vão direto para o centro cirúrgico, né? E daí a gente não consegue fazer essa avaliação da frequência cardíaca e da pressão arterial, antes da cirurgia do recém-nascido (RN). Então, a gente perde um pouco os parâmetros, depois estar fazendo a avaliação após. Para fazer a comparação, né? Então, a gente tira, assim pelo que seria um valor normal da frequência cardíaca e da pressão arterial de um RN. E aí se a gente acha parâmetros muito acima a

gente acaba pontuando 1 ou 2: mas, isso é só em alguns casos, né? É um ou outro (caso) que a gente perde esses parâmetros de FC e pressão arterial (PA), antes da cirurgia. Algumas vezes, a gente tem um pouco de dúvida com relação a alguns parâmetros da escala. Bom, por exemplo, nós somos um berçário externo à maternidade. Então, os bebês, às vezes, vêm direto do centro obstétrico (CO) para o centro cirúrgico (CC) e depois descem para nós (na UTIN). Então, quando a gente faz a escala CRIES, por exemplo, ela pega o pré-operatório e o pós-operatório. Então, você precisa da FC que esse bebê tinha, antes da cirurgia. Então, a gente perde alguns parâmetros. Você tem que, mais ou menos, jogar. Então, às vezes, fica difícil de a gente estar realmente seguindo à risca a escala. Então, a gente põe mais ou menos estável, né? A gente não tem como dizer, porque no CC mesmo a gente vai pelo batimento que teve lá no CO ou alguma coisa, assim que a gente tenta pegar nesse sentido. Porque não tem como. No CC, eles não anotam todos os parâmetros, os sinais vitais da criança. “Então acho que isso vai ser uma coisa que a gente vai ter que fazer no trabalho da enfermeira”.

Os relatos da enfermeira, mediante o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) acima mostram que a impossibilidade de utilizar o instrumento é um fato predominante na prática da enfermeira, especialmente, nas situações quando os neonatos estão sedados ou quando apresentam disfunções neurológicas.

A ausência de alterações comportamentais, como choro, agitação e respiração irregular nos neonatos sedados e entubados, compromete a pontuação de alguns escores da dor contemplados no instrumento. Além disso, a enfermeira sente dificuldade para utilizar o instrumento de avaliação da dor em neonatos cirúrgicos que não realizaram o pré-operatório na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Resultado de pesquisa ressalta que todas as escalas da dor são de difícil utilização em crianças sedadas, com restrição de movimentos, ou submetidas à intubação traqueal⁽⁷²⁾.

No entanto embora haja a necessidade de uma padronização objetiva para medir a intensidade da dor neonatal em todos os recém-nascidos, tal medida não existe^(55,73). Caminhando ao encontro da literatura, chegamos a um estudo com resultados semelhantes ao DSC da presente pesquisa quanto à dificuldade em utilizar os instrumentos de avaliação da dor em determinados recém-nascidos, trazendo relatos de alguns profissionais da equipe de enfermagem que descrevem sentir dificuldades para avaliar a dor em neonatos intubados sobretudo pela impossibilidade de escutar o choro da criança⁽⁵⁸⁾.

A impraticabilidade do uso do instrumento obriga a enfermeira a identificar a dor do neonato, com base em outras alterações comportamentais e fisiológicas, apresentadas por eles em situação de dor.

No entanto, para medir adequadamente a dor no neonato é preciso levar em consideração, além do escore fornecido pela escala, fatores fisiológicos e comportamentais, porque o uso exclusivo do instrumento não é válido a todas as situações^(58,74).

2. DSC- Vendo-se impossibilitada de aplicar o instrumento de avaliação de dor

“Não ocupa tempo aplicar o instrumento, mas, às vezes, na dinâmica da unidade acontecem várias coisas. Você tem um determinado número de funcionários pra determinado número de pacientes dentro de cada sala, porque lá é dividido por salas e, mesmo tendo, enfermeiras, às vezes, não tem condição (de aplicar o instrumento). Não é só o tempo, também, não tem condição do deslocamento. Chegam trigemelares, então, você está ali, daí passou da hora. Na verdade, assim... eu acho que as enfermeiras acabam ficando muito sobrecarregadas e não conseguem aplicar o EDIN (instrumento) em todos os RNs. Então, você tem outras coisas para fazer, e o fato de você já ter os técnicos e o auxiliar na beira de leito ou a enfermeira de beira de leito, fazendo o NIPS a gente ainda não conseguiu essa disposição de todas as enfermeiras para realizar o EDIN em cada plantão. Sempre que a gente tem tempo a gente faz a escala, mas, muitas vezes é, complicado, porque a enfermeira tem os curativos, tem as punções, as medicações. Acaba tendo transporte, as admissões. Então, você acaba tendo muitos outros procedimentos para fazer que, às vezes, a escala fica perdida. Eu acho que essa implementação da escala EDIN entra naquela questão de que a teoria é muito boa. A prática quando funciona é muito boa, mas, de repente, na sua prática você não consegue, né? Às vezes, a gente vê isso em diversos hospitais com a sistematização de enfermagem, por exemplo. A ideia é boa, auxiliaria muito a enfermeira, mas ela não tem mão, não tem braço para fazer aquilo e cuidar do RN ou do paciente dela. Então, muitas vezes, você tem essa dificuldade. Você tem a teoria, você sabe a importância daquilo, você sabe que tem que fazer, mas você é tomada no seu dia a dia por prescrições, punções, curativos, paradas, admissões, altas que você não consegue fazer tudo isso, dar conta de tantas coisas. Aqui, nós somos administrativas e assistenciais ao mesmo tempo. Então, a gente fica com os pacientes mais graves. Então, como esses pacientes que dão mais trabalho tudo. Nós ficamos com eles, então, a avaliação da dor já é feita. Então, às vezes, não dá tempo de você fazer a avaliação de todos os RNs. À noite, por exemplo, a gente assumia a coordenação que é a parte burocrática e, também, assumia os pacientes mais graves. Então, realmente, tinha dia que não dava tempo realmente (de aplicar o instrumento) ou a gente salvava a criança, sei lá durante uma intubação, durante uma parada cardiorrespiratória, ou a gente aplicava escala de dor. Realmente, tinha dia que a gente não aplicava o instrumento, mesmo! Mal a anotação de enfermagem a gente fazia. Mesmo de dia, às vezes, a gente não consegue fazer a anotação de enfermagem. Eu acredito que têm muitos funcionários que não dão valor e, por isso, acabam esquecendo-se de aplicar a escala, né? Agora têm outros que dão valor, mas acabam não fazendo devido o excesso de atividades, por não sobrar tempo. ... A gente ainda enfrenta dificuldades porque, às vezes, eu tenho 12 crianças consideradas de cuidados intensivos dentro da unidade. Então, para o enfermeiro avaliar o comportamento emocional de 12 pacientes a resposta emocional de 12 pacientes é muita coisa. O EDIN (instrumento de avaliação) tinha a proposta de ser executada por enfermeiros, e foi aí que partiu a nossa dificuldade. Então, pelo número de atribuições da enfermeira, de atividades que são atribuídos para a enfermeira, pelo número de enfermeiros presente em um único plantão. A gente, realmente, enfrentou e enfrenta ainda muita dificuldade na implementação desse escore de dor (EDIN). Então a gente já tentou várias estratégias do tipo assim concentrar o EDIN em crianças de pós-operatório, concentrar o EDIN em crianças de alta gravidade, de cuidados intensivos. Por que realmente não é nem culpa do próprio técnico e o auxiliar, a não utilização da escala. Às vezes, é por culpa de vários fatores, problema de falta de funcionários, alguém faltou no plantão, principalmente, no plantão noturno que é um plantão que é um pouco mais desfalcado por conta do número de faltas que ocorrem e pela quantidade de funcionários que tem, né? Então, muitas das vezes, não é nem culpa do próprio funcionário, mas é culpa da própria instituição que não tem profissional ali. Tem profissional qualificado, mas não tem a quantidade necessária, por exemplo, para estar cuidando melhor dos bebês, né? Porque eu acho que antes de cobrar, a gente tem que dar suporte para isso, né? Esse é o grande problema, a falta de tempo em reappicar a escala quando a criança parece estar com dor, além do número de enfermeiras, também, (ser reduzido), visto que são as enfermeiras que aplicam as escalas. Somente as enfermeiras são treinadas para utilizar as escalas. Aqui, só as enfermeiras fazem o uso das escalas. Aqui é um pouco mais

complicado aplicar as escalas em todos os bebês, né? Porque só as enfermeiras podem aplicar. Então, assim às vezes, principalmente o pessoal do noturno, como são duas vezes no plantão, elas acabam esquecendo de aplicar a escala (falta de tempo). Na verdade, é um não deu tempo de fazer...e, assim, uma outra dificuldade que a gente ainda tem é que só as enfermeiras é que fazem a avaliação de dor. E nossa equipe é composta não só por enfermeiras, mas também por técnicos e auxiliares de enfermagem, né? Então, alguns bebês acabam ficando sem avaliação de dor que são aqueles que nós não estamos prestando assistência direta. Então, essa é uma dificuldade que nós temos. O EDIN tinha a proposta de ser executado só por enfermeiros. E foi aí que partiu a nossa dificuldade, porque enquanto o NIPS você pode contar com o técnico e o auxiliar de enfermagem que estão à beira do leito, para ver reações físicas do bebê: pro EDIN, você precisa do enfermeiro porque ele é um pouco mais complexo na avaliação. Então, na verdade, ele precisaria de um enfermeiro porque ele é extremamente elaborado. Então, fica uma coisa um pouco estranha, porque eu só passo pelo paciente enquanto enfermeira. Eu não assumo esse paciente, como um todo. Eu tenho enfermeiras que assumem o cuidado, mas assume o cuidado de um bebê, de dois bebês e não assumem o cuidado de uma unidade neonatal inteira. Então, um enfermeiro com uma unidade de 20 leitos ou 24 leitos sob a sua supervisão, você não consegue entender os hábitos e o comportamento emocional dos 24 pacientes. Então, para o enfermeiro avaliar o comportamento emocional de 12 pacientes a resposta emocional de 12 pacientes é muita coisa. A gente utiliza, também, o EDIN, mas é feito só pelas enfermeiras. Ainda, a gente não conseguiu implantar o EDIN do jeito que a gente queria que é uma enfermeira por plantão, aplicando o instrumento, pelo menos, nas crianças mais graves. Então, pega as crianças do alto risco. As crianças de UTI e a enfermeira a cada plantão passa e aplica o instrumento na criança. Uma das dificuldades é aquilo que eu falei de a enfermeira não conseguir implementar o uso do EDIN, em todos os bebês por ser somente aplicado por enfermeiras. Então, para nós (enfermeiras), é uma grande dificuldade conseguir avaliar todos os RNs. Então, assim, ainda é só a enfermeira que faz a avaliação da dor. Quando os técnicos que estão com a gente, há mais tempo eles conhecem. Eles têm mais experiência em neo, então, eles percebem quando o bebê está com dor e, daí, eles chamam a enfermeira e, daí, a gente faz a avaliação da dor. Mas eu acho que isso é uma coisa que tem que mudar que a gente tem que começar a treinar todos os funcionários para aplicar a escala, enquanto não forem só enfermeiras assumindo, né? Os bebês, né? Enquanto a gente tiver técnicos e auxiliares, nós temos que treiná-los para estar fazendo a avaliação e aplicar as escalas de dor. Então, às vezes, a gente tem poucas enfermeiras no plantão. Então, têm plantão que a gente acaba não fazendo a avaliação em todos os bebês. Ou se fazemos é no começo do plantão quando, muitas vezes, os bebês estão confortáveis. Não estão sob procedimento. Então, não existe esse protocolo ainda. Então, essa é nossa grande dificuldade. Devido o número reduzido de funcionários que aplicam as escalas (só enfermeiras aplicam). Talvez se fôssemos todas enfermeiras, né? Só enfermeiras na UTIN, 100% dos bebês tivessem avaliação mais frequente de dor ou, então, se os técnicos de enfermagem aplicassem as escalas”.

Com base no DSC acima descrito, percebemos que a prática diária da enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é marcada por uma dinamicidade correspondente a uma série de cuidados dispensados ao recém-nascido em estado grave, somado às atividades burocráticas da unidade, que acrescidos à falta de recursos humanos são considerados pela enfermeira como obstáculos que lhe impossibilita de aplicar o instrumento de avaliação da dor, embora reconheça sua importância.

Estudos realizados com as enfermeiras de UTI Neonatal e UTI Pediátrica corroboram os achados desta pesquisa, elegendo a falta de recursos humanos e a escassez de tempo, como fatores dificultadores para a aplicação dos instrumentos de avaliação da dor neonatal^(27,45,56-57,75).

Dentre os fatores relacionados com a desvalorização da dor pela equipe de enfermagem, o acúmulo das atividades dos profissionais de saúde é o grande responsável pela avaliação da dor não ser prioridade nos serviços. Outro fator revelado é a falta de conhecimento do profissional sobre os efeitos nocivos da dor durante a hospitalização e na vida futura do neonato⁽³⁵⁾.

Os resultados dos DSC mostraram que o fato das escalas serem usadas somente pela enfermeira, torna ainda mais impraticável a aplicação do instrumento em todos os neonatos, visto ser praticamente impossível uma única enfermeira desenvolver todas as atividades exigidas pela unidade e conseguir aplicar o instrumento em todos os recém-nascidos.

Nesse sentido, é recomendado que a avaliação da dor no neonato seja de responsabilidade não só dos enfermeiros, mas da equipe de saúde como um todo, sendo importante o empenho na implantação e utilização de instrumentos adequados às características da unidade⁽⁴⁸⁾.

Os relatos encontrados nos DSC mostraram que, diante do obstáculo da falta de recursos humanos e do acúmulo de atividades a serem executadas, a enfermeira utiliza como estratégia priorizar o uso do instrumento aos neonatos de maior gravidade e nos pós-cirúrgicos, não garantindo um cuidado de excelência à dor do recém-nascido.

3. DSC- Instrumento de avaliação não sendo considerado importante pela equipe de enfermagem

“Outra coisa que talvez dificulte o uso do instrumento é que querendo ou não na enfermagem têm algumas pessoas muito desestimuladas. Algumas pessoas que não têm muito interesse, que não entendem a real importância daquilo (de usar o instrumento). É, por isso, que muitas vezes, isso (uso do instrumento) vira rotina e o funcionário não vai estar muito atento para isso. Eu encontro dificuldade na adesão do profissional no uso do instrumento, do profissional aderir aquilo e, realmente, sentir que faz diferença para a criança. Compreender isso. É você sedimentar o conhecimento entre os profissionais e fazer com que ele perceba aquilo como um instrumento a mais para o cuidado dele e não como uma tarefa a mais. A descrença caracteriza o comportamento de alguns colegas meus que não utilizam o instrumento, que leva o profissional a não procurar os sinais de dor, e a não utilizar os instrumentos. O questionamento do funcionário sobre a importância em utilizar o instrumento, não é uma descrença do instrumento, mas, talvez uma descrença sobre a importância de você verificar a criança. O estado que a criança está. A importância de que aquele estado vai comprometer todo o desenvolvimento (do neonato) lá na frente. Porque, às vezes, eles acham que escala de dor é mais para adulto mesmo, né? Que criança não sente dor e estão sempre medicadas, mas não é, né? Olha... como desvantagem eu percebia que... quando a equipe não estava tão sensibilizada da importância dessa escala. E ela fazia mecanicamente, muitas vezes, ela esquecia de fazer. Então, isso não dava um retrato do que tinha acontecido com o bebê nas 24 horas. E o fato de não dar esse retrato, dificultava, às vezes, uma conduta é... de, uma forma melhor, que desse um melhor resultado. Para você dizer que você utilizou a escala na minha experiência, eu acredito que qualquer escala que você vai utilizar, você tem que olhar para escala. Porque se você não olhar alguma coisa vai passar. Então, você só olha se você realmente der importância ao procedimento. Isso (uso do instrumento) passa a ser um procedimento. Então, é uma desvantagem porque nem todo mundo na equipe, está sensibilizado com o instrumento. Porque nem todo mundo na equipe está sensibilizado, com a utilização do instrumento. Porque quando a enfermeira vai fazer uma avaliação final da dor do RN nas últimas 24 horas, ela não tem todos os horários marcados por esquecimento da equipe em utilizar o instrumento e registrar. Eu acho que o grande problema da enfermagem é quando os controles que são as coisas mais importantes que a gente faz, ele é feito de uma forma muito rotineira. Então, quando vira rotina, então, você fala ah...! Você, na sua folha de controle, você coloca a dor como o 5º sinal vital? Eu coloco. Mas todo mundo faz? Faz. Mas tem muita gente que não faz mesmo. Vai lá e coloca um zero, mas não utilizou a escala. De repente, é uma criança que não pontuou um valor para dor, não chegou a quatro, mas pontuou um, dois, três. É uma criança que já está um pouco desconfortável, que alguma coisa não está tranquila nessa criança. Então, o que eu acho mais complicado, é isso. Não é o esquecimento por esquecer e não maldade, não é nada disso, mas é que vira rotina. Então, eu vou lá e vejo a temperatura, vejo a frequência cardíaca e a respiração, marco a saturação, coloco a minha pressão e no quadradinho da dor eu vou lá e coloco um zero porque a criança está quietinha. Mas se eu fosse aplicar o instrumento nessa criança, pode ser ou não que esteja com zero, mas pode ser que esteja com outro escore de dor. Eu acho que o grande problema é cair na rotina. Eu acho que o pior, não é quando fica em branco, é quando a pessoa vai lá e marca um zero. Então, às vezes, eu acho que é falta de refletir um pouco sobre o assunto. Talvez não tenha dado a real importância para aquilo. Mas é engraçado que, na hora, que vai reivindicar (para o médico), coloca como se fosse muito importante, o que realmente é. Então, a pessoa sabe que é importante, mas acho que é aquilo que a gente estava conversando sobre entrar na rotina e isso é muito ruim. Há um esquecimento, principalmente, por parte dos auxiliares de enfermagem, né? Porque a gente tem momentos que a gente percebe que as escalas são utilizadas, que todo mundo usa o instrumento e que está tudo muito bem, mas tem períodos que o pessoal não usa. Eu acho que pelo próprio ser humano, que se acostuma com algumas coisas e acabam não dando a real importância. Agora os auxiliares, às vezes, eles esquecem principalmente porque aqui tem uma rotatividade muito grande de auxiliares e técnicos. Está sempre entrando auxiliares e técnicos novos e quanto às enfermeiras, não têm tanta rotatividade. A gente os orienta a estarem fazendo a escala, mas, às vezes, eles

acabam esquecendo, né? Ah! Eu acho que esse esquecimento em aplicar a escala ocorre ah...! Não sei, às vezes, porque é o primeiro emprego, né? E tem auxiliares que como é o primeiro emprego, né? E eles não conseguem ver a prioridade ainda, né dos procedimentos? Uma das prioridades é a avaliação da dor para nós, mas, para eles (técnicos e auxiliares de enfermagem) eles ... eles esquecem, às vezes, né? Porque eles não conseguem ver como prioridade né e por que às vezes também quando tem funcionário novo, às vezes, ele ainda não sabe ver o que é prioridade, né? O que é prioridade? É ver se a criança está com dor, é puncionar um acesso venoso que a criança precisa se não ela faz hipoglicemia? Muitas vezes, eles não conseguem ver o que prioridade nesse momento. Eu acho que parte dos profissionais pode ser que não dão muito valor para o instrumento, e para a avaliação da dor e, por isso, acabam esquecendo de aplicar as escalas. É, de certa forma, sim! É uma desvantagem, porque no momento em que a pessoa não detém a real importância daquele instrumento. Ela não utiliza aquele instrumento como ele deve ser utilizado. Às vezes, também, a gente percebe que têm pessoas da equipe de enfermagem que ainda não sabem (sobre dor neonatal). Não sei se é porque não se interessam ou porque ainda tem que ter um pouco mais de amadurecimento, tem que se sensibilizar um pouco mais para estar vendo de uma forma geral, o que é a dor para o bebê, no que repercute tudo isso. Conscientização, eu acho que é o que falta. E isso cabe a nós, enfermeiras, também, fazer, né? Eu acho que a avaliação da dor do RN através do instrumento é de conhecimento, também. De conhecimento do todo, né? Não só da criança, mas do conhecimento da importância, da importância do cuidado que você tem dentro de uma UTIN, da relevância desse cuidado no decorrer da história de vida dessa criança. Por que, na verdade, o que acontece, o bebê, ele passa pela gente, mas muito embora, ele passe, ele viva junto com a família dele, a vida dele. Aquela história ali (na UTIN), ela vai ter uma repercussão muito grande na vida daquela criança. Então, muitas pessoas, muitas colegas, muitos profissionais, não vêem isso como fundamental. Que você está organizando, que é uma medida de conforto. Mas não é só uma medida de conforto, o momento que você está alinhando, que você está equilibrando. Você vai estar dando uma condição para ele (neonato) de um desenvolvimento motor e cognitivo mais à frente. Então, muitas vezes, o funcionário ou, mesmo, a enfermeira não é que ela não esteja sensibilizada só, além dela, não estar sensibilizada. Ela não sabe, ela não conhece mesmo, ela não sabe como aquela criança daqui a 3,4,5 anos vai estar. Eu acho que todas as enfermeiras, tanto na parte da neonatologia quanto pediatria teriam que ter um pouquinho mais assim... porque a gente tem que dar uma assistência humanizada, só que para eu dar uma assistência humanizada, eu tenho que estar consciente das coisas que, realmente, interferem no bebê, para eu poder aplicar tanto na criança quanto no RN. Então, eu acho que se isso fosse uma coisa que fosse bem repercutida, que fosse uma coisa bem conscientizada, talvez, muitos bebês seriam poupados de chegar, por exemplo, a uma parada cardíaca por dor. Se você tentasse antes dele te mostrar definitivamente que ele (neonato) está ali sofrendo. Se você conseguisse interferir na metade do caminho, não deixasse que ele sofresse, tanto para ter que fazer algum tipo de intervenção, por exemplo. E, às vezes, a gente se preocupa com tanta coisa que, às vezes, a gente esquece do próprio bebê. Então, eu acho que, assim, as enfermeiras, em geral, deveriam ser um pouco mais sensível com o bebê ou com a criança, em geral. Porque querendo ou não a gente adulto sentir dor é horrível, imagina o bebê que não sabe nem dizer o que ele está sentindo. Então, eu acho que falta mais sensibilização, mais conscientização e um pouquinho mais de atenção porque, às vezes, eu estou preocupada com outros afazeres que, às vezes, não teriam tanta importância quanto servir um cuidado com a dor do bebê, por exemplo. Eu acho que não deveria deixar chegar a esse ponto de o bebê parar por dor sendo que o profissional tem como intervir nisso antes, né? Eu acho que tem que ter um pouquinho mais de atenção e amadurecimento profissional. Temos que ter a equipe toda centrada em cuidar com qualidade”.

O DSC descrito acima evidencia que, embora inúmeros trabalhos sobre a dor neonatal tenham sido desenvolvidos na última década^(3,12,20,22), ainda existem profissionais pouco sensibilizados e comprometidos com a importância do uso do instrumento de avaliação da dor do neonato.

Dessa maneira, o descompromisso e a falta de sensibilização da equipe de enfermagem com a aplicação do instrumento refletem no esquecimento em utilizá-lo, impedindo uma tomada de conduta individualizada e eficaz ao neonato em situação de dor.

Vários autores ressaltam que uma das formas de controlar a dor neonatal é a comunicação entre o profissional de saúde e o neonato. Nesse sentido, é necessário que os profissionais de saúde sejam capazes de identificar os sinais da dor, utilizando a atenção, a comunicação e a sensibilidade para percebê-los⁽⁷⁶⁾. Além disso, outros profissionais revelam que a sensibilização do profissional na avaliação da dor otimiza o tratamento para o alívio da dor neonatal⁽⁵⁷⁾.

Embora haja evidências na literatura de que os neonatos possuem capacidade neurológica para perceber a dor mais intensamente do que as crianças mais velhas e os adultos por seus mecanismos de controle inibitórios são imaturos^(16,23,-25,77), os DSC desta pesquisa deixam transparecer que a enfermeira acredita que haja funcionários de enfermagem que ainda acreditam que os instrumentos de avaliação da dor sejam mais indicados para adultos, além de considerarem que a criança não sente dor e que está sempre medicada.

Estudos vêm comprovando justamente o contrário, que a falta de analgesia ainda é muito presente e os instrumentos de avaliação da dor são pouco utilizados em neonatos^(3,9,11,44,46,54-55).

Ainda que haja destaque na literatura científica de que a dor pode provocar efeitos deletérios ao neonato, tanto a curto como a longo prazo⁽³³⁻³⁵⁾, o discurso analisado deixa transparecer que a enfermeira percebe alguns colegas de trabalho não tendo essa conscientização e conhecimento.

Lembrando que os dados em análise foram coletados com enfermeira de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal que utiliza o instrumento para avaliar a dor do neonato, assim, observamos que a mecanicidade com que ela utiliza o instrumento aparece no DSC, como fator responsável pelo seu descaso e esquecimento na aplicação.

Resultados de importantes estudos relatam, ainda, que dos poucos profissionais de saúde que usam os instrumentos, alguns os empregam de forma incorreta, levando-os a considerá-los, como ineficazes e pouco úteis na prática clínica^(45,47)

Entretanto, várias pesquisas em contextos clínicos com o uso dos instrumentos de avaliação da dor têm sido realizadas, demonstrando sua alta confiabilidade, levando a hipótese de que há pouco conhecimento sobre o manuseio correto desses instrumentos⁽⁷⁸⁻⁸⁰⁾.

Nesse mesmo DSC, a não utilização do instrumento é percebida também pela enfermeira, como uma inexperiência do profissional de enfermagem que tomado pela ansiedade de ser admitido no primeiro emprego, não consegue priorizar a avaliação da dor, mediante o uso do instrumento em vista de uma série de outros procedimentos que deve desenvolver no neonato.

No entanto, o emprego de um instrumento para a avaliação da dor em neonatos é importante e recomendado como medida urgente⁽⁶⁵⁾, pois a não utilização de medidas de avaliação para identificar a dor dificulta sua especificação, diminuindo as chances de minimizá-la⁽¹¹⁾.

4. DSC- Não recebendo treinamento sobre a utilização do instrumento

“Nós não recebemos um treinamento para a aplicação da escala. Então, isso (treinamento) foi mais uma orientação verbal para cada enfermeira, né? Não tem nada escrito. Nós não tivemos nenhuma aula, né? Conforme as enfermeiras foram, sendo admitidas durante o treinamento, né? Assim como foram passadas as rotinas, as técnicas, os procedimentos, né? A avaliação da dor também foi passada durante o treinamento, né? Assim que a enfermeira era admitida. A maioria dos funcionários que eu peguei à tarde já sabiam sobre a escala. Mas não há um treinamento periódico sobre a escala. E o treinamento, assim, se eu falar para você que nós sentamos todo mundo e explicamos em conjunto o treinamento. Eu vou estar mentindo para você. A gente fez mais ou menos, conforme foi realizando, nós fomos treinando as enfermeiras que estavam chegando e as que já estavam, nós fomos treinando de um em um”.

Com base na análise do DSC, percebe-se que o treinamento da enfermeira para a aplicação do instrumento de avaliação da dor é realizado informalmente, conforme é admitida na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Resultado de estudo relata que o déficit de conhecimento e a avaliação inadequada da dor são as barreiras mais importantes verificadas pelos profissionais de saúde na implementação de um instrumento de avaliação e um controle adequado da dor⁽⁸¹⁾.

Conforme o relato da enfermeira no DSC, não existe um período de tempo reservado apenas para a transmissão do conhecimento a respeito de dor, sua avaliação e seu tratamento.

No entanto, a qualidade do manejo da dor depende do conhecimento, atitudes e habilidades daqueles que fornecem tratamento⁽⁸¹⁾, portanto, é primordial que o treinamento do profissional de enfermagem seja realizado periodicamente para capacitá-lo na aplicação do instrumento, desenvolvendo seus conhecimentos e habilidades para controle da dor.

5. DSC- Tendo resistência ao uso do instrumento

“Era difícil a gente estar fazendo a avaliação de dor, principalmente o treinamento das enfermeiras. A equipe como um todo foi muito difícil de estar engajando todos, de conscientizar, porque algumas ainda mais as mais velhas na época tinham um pouco de resistência em relação tanto a estudo de novos instrumentos quanto de treinar mesmo, que é uma coisa que você tem que desviar um pouco do que você está fazendo da assistência para parar e analisar a dor através do instrumento. A própria equipe de enfermagem têm certa resistência do instrumento. Por que os profissionais eles não conseguem entender que para você controlar a dor do RN, não necessariamente você precisa medicar esse RN. Então pode ser que o seu escore não tenha atingido quatro né? Um número superior a quatro que é o que desencadeia a ação médica, mas você tem um escore dois e três onde você poderia estar acionando uma sucção não nutritiva, você poderia estar acionando uma glicose no canto inferior da língua ou o conforto dessa criança. A pessoa até faz (o não farmacológico), mas ela não percebe que aquilo que ela está fazendo é tratamento de dor. Eu acho que falta adesão dos funcionários para o uso da escala. Porque você recebe tantas coisas como tarefa no dia a dia né, é mais uma tarefa. Então é porque as pessoas estão acostumadas a serem tarefeiras e não serem profissionais que pensam que... até por conta do pouco tempo. É mais fácil para mim executar tarefas. Ah... eu tenho que fazer os controles dos sinais vitais. Tenho que dar o leite Tenho que dar o antibiótico. Tenho que fazer isso. Tenho que fazer aquilo. É mais ágil trabalhar como tarefeira, do que trabalhar como uma pessoa que raciocina e percebe o paciente. Isso é trabalhoso, demanda mais tempo e pode ser que eu não de conta de todas as tarefas se eu ficar raciocinando demais, ficar discutindo, conversando e argumentando. Então, assim, ainda se tem a crença de que tarefa é tarefa você executa e ponto. Então, assim, depois de algum tempo de uso as pessoas começaram a fazer associação dessa frase à criança está com dor e do escore e dor dessa criança. O que ainda incomoda um pouquinho a equipe de enfermagem é que às vezes clinicamente você olha a criança você vê a dor dela e você até quer fazer alguma coisa para confortar e aí você quer uma terapêutica medicamentos. Porque ainda é aquele conceito de que tem dor tem que dar remédio e não conforto, né? Mas, assim, nem sempre você atinge um escore que desencadeia o que é medicamentoso, né? E aí, isso frustra. Então a gente percebe que algumas pessoas acabam desenvolvendo resistência pelo instrumento. Porque elas ficam frustradas: poxa eu estou dizendo que a criança está com dor, eu estou vendo a dor dela, mas eu estou fazendo o escore e não consigo uma pontuação alta o suficiente para desencadear uma ação medicamentosa. Ai então, as pessoas viram e dizem pra que serve então (instrumento)? Então a gente nota que as pessoas têm um pouco de resistência. Eu utilizo a escala porque eu preciso de um médico para medicar. Que ele autorize a medicação. Que ele prescreva. O propósito da gente fazer a escala de dor é para medicar, né? É para facilitar a analgesia, né? Nós temos as medidas da escala para fazer algum acompanhamento farmacológico”.

A resistência em utilizar o instrumento de avaliação da dor aparece no discurso, como uma dificuldade por ser vista pela equipe de enfermagem como mais uma tarefa a ser executada frente a tantas outras.

A falta de adesão da equipe de enfermagem em relação ao instrumento esbarra na falta de tempo por oferecer cumprir inúmeras atividades, como controlar os sinais vitais do neonato, administrar a dieta e a antibioticoterapia, entre outros.

Para enfermeira, estas tarefas apresentam necessidade de pouco raciocínio clínico, ao contrário da avaliação da dor, mediante o uso do

instrumento em que o funcionário deve raciocinar em cima do quadro clínico do paciente, aplicar o instrumento, conversar e argumentar com a equipe médica sobre a necessidade do analgésico para o alívio da dor.

No DSC, também, fica evidente que o instrumento é utilizado com o único objetivo de obter a prescrição médica do analgésico para o alívio da dor do neonato. No entanto, quando a equipe de enfermagem depara na resistência médica em realizar a analgesia que é tomada por um sentimento de frustração, o que a leva a questionar o porquê de utilizar o instrumento.

O discurso da enfermeira é marcado pela crença de que a única forma de conseguir alívio da dor é por meio de medidas farmacológicas. Para a enfermeira, a analgesia torna-se fator primordial no que tange a dar o alívio ao neonato que sente dor. O uso de métodos não farmacológicos é entendido nesse discurso como utilizado de forma escassa, sem o conhecimento de que ele pode ser empregado como uma técnica de alívio da dor.

Conforme a literatura, inúmeras são as medidas não farmacológicas que podem ser disponibilizadas em função de obter o alívio da dor do neonato. Sabemos que o tratamento da dor inicia-se pelas atitudes de humanização das UTINs por meio de ações, como redução do ruído e da luminosidade, protocolos de intervenção mínima do neonato e abordagem não farmacológica da dor, alcançando por fim a terapêutica medicamentosa⁽²⁰⁾.

O tratamento não farmacológico engloba, também, a sucção não nutritiva e a água glicosada, além de proporcionar ao neonato um ambiente tranquilo. Outros métodos como massagear, embalar e acariciar o neonato, também, são importantes por acalmá-los⁽¹³⁾.

6. DSC- Tendo controvérsias na pontuação de dor

“Infelizmente tem isso, né? Por exemplo, um choro que vale três para mim, para um outro profissional pode avaliar como escore de um, não só do choro, mas de tudo. Muitas vezes a gente olhava e tinha essa... quando, para mim, era três... Eu tinha certeza que era três, para alguns eram dois. Quando para mim era quatro, para alguns era cinco. Então, tem essa diferenciação, porque, apesar de ser um instrumento validado, é um instrumento subjetivo, também. A gente acaba, assim, quando gera uma grande dúvida no indicador. A gente acaba conversando para chegar em um escore, em um acordo daquele indicador. Mas já aconteceu sim, de haver controvérsias na pontuação de dor. Já aconteceu de a gente estar com dificuldade ou controvérsia de um achar que é escore 1 e a outra de que é 2. Porque a gente sabe que a escala, também, tem esse viés de que eu interpreto do meu jeito, você interpreta do seu e os escores podem ser um pouco diferentes”.

Analisando o DSC fica evidente que em razão da dor ser um fenômeno subjetivo há dificuldade da enfermeira discriminá-la de outras sensações desagradáveis e conseguir pontuá-la igualmente quando avaliada por dois profissionais diferentes.

Conforme as autoras, embora existam vários instrumentos para avaliar e identificar a dor do neonato, estes podem ter a sensibilidade alterada, conforme seu aplicador e, conseqüentemente, a necessidade ou não do uso de analgesia poderá variar, de acordo com as diferentes interpretações pessoais do avaliador^(5,26,57,61).

A subjetividade da dor e a falta de treinamento dos profissionais para avaliar a dor do neonato podem ser consideradas, como principais dificuldades da equipe de enfermagem em conseguir diferenciar a dor do desconforto.

Resultado de pesquisa realizado com profissionais de enfermagem evidenciou que a NIPS tem uma baixa especificidade, pois eles acreditam que mesmo um neonato apresentando todos os sinais de dor, pode não estar necessariamente com dor e sim com estresse, fome ou desconforto⁽⁴⁷⁾.

No entanto, o grande desafio na avaliação da dor em neonatos, consiste em compreender a diferença do que é dor ou desconforto, para estabelecer um correto diagnóstico da dor⁽⁴⁷⁾.

7. DSC- Utilização do instrumento sendo insuficiente para garantir a analgesia do neonato

“Então, eu acho que é difícil! Mesmo com a utilização da escala, você convencer o médico de que aquilo ali pode ser dor. Algumas vezes, era prescrito outras vezes, ah... é fome, ah... é a posição, mesmo com a escala. É comum de acontecer, principalmente pelos cirurgiões, da gente aplicar a escala, obter escore de dor e ele não prescrever analgesia. Às vezes, ele acha que a criança só está agitada e que não é dor, mesmo com a pontuação da NIPS acusando dor. Não é fácil, né? Avaliar a dor, né? Porque os sinais do neonato como a gente fala é difícil. Às vezes, você fala para o médico (que o neonato está com dor) e ele fala, mas é dor? Ah...não sei, avaliando pela escala NIPS é. Acima de 3 o escore é dor. Então, a gente está vendo que está com dor se você for ver pela escala, né? A gente fala, olha doutor esse bebê está com dor! A NIPS deu mais que 3, NIPS deu 4, NIPS deu 5 e alguns medicam, depende do que a criança fez. Por exemplo, agora eu estou com um bebê que fez cirurgia de abdome, tinha uma onfalocele e uma hérnia. Então, esses são mais fáceis deles aceitarem. Bebê com dreno de tórax, por exemplo, a 3 dias. Daí já é mais difícil. Ah...tem situações que o médico dúvida ah! Será que é dor? Ah...acho que está com fome. Então, às vezes, eles aceitam e, às vezes, não aceitam. Depende do pediatra, a reação é diferente quando falamos para ele, o escore de dor do RN. Tem pediatra que confia bastante na equipe de enfermagem e fala ah... Tem medicação prescrita, então, pode fazer, tem pediatra que fala ah! Não deve ser dor, deve ser outra coisa, deve estar irritado, está em desmame de fentanil. Então, depende muito do pediatra. Têm uns que confiam prontamente no que a gente fala e manda fazer a medicação prescrita se necessário. Têm outros que, prescrevem. Têm uns (pediatras) que não aceitam que acham que não é dor, ah! Vamos esperar mais um pouquinho e fala, olha tá vendo. Já está dormindo, tá vendo... não era dor. É sempre difícil você pedir um analgésico, e o pediatra prescrever, né? Isso é independente da escala. Enfim, é uma questão que ainda é bastante complicada. A gente percebe, assim, que, às vezes, quando a gente dá nota 5 na avaliação da dor para a criança. A gente comunica os médicos e, às vezes, têm médicos que não dão muita bola para o que a gente está falando, entendeu? Ele não toma nenhum tipo de conduta, tipo, assim, não dá muita importância para a escala. Eu acho que falta um pouco de confiança (dos médicos), não confiança no cuidar, porque eles confiam que a gente cuida direitinho do bebê. Mas a confiança de achar que, de repente, a enfermagem não está sabendo fazer a escala. Por quê? Se a gente é treinada para isso, né? Porque não acreditar no nosso trabalho na parte de dor, se eles acreditam em todas as outras partes? Tem que acreditar na dor, também. Têm que acreditar que a gente está referindo que a gente está realmente, avaliando e que o bebê está com dor. Eu acho que, algumas vezes, tem uma descrença dos médicos em relação à avaliação da enfermagem. Dependendo do médico, ele é meio cismado e acha que não é dor. Quando eu aplico o instrumento, e eles (médicos) não dão importância, dá impressão que eles não confiam na gente, né? Acham que a gente está dando uma nota

que, na verdade, não existe, né? Grande parte dos médicos aqui, dão muito valor, sabe? para o que a enfermeira fala, eles respeitam muito a gente. Mas, às vezes, ainda tem alguns que não ligam muito, não e acham que a gente exagera nas nossas avaliações". Olha... eu não observo melhora da prescrição de analgésicos, após a implantação dos instrumentos. Porque a gente fez uma análise da avaliação, da ocorrência da dor e das doses de analgésicos. E, na grande maioria dos bebês, eram subdoses que eram prescritas (independente do uso de instrumentos de avaliação de dor). Isso para um pós-operatório de cirurgia cardíaca, né? Então, a gente fica pensando naqueles prematuros, naqueles bebês menores que estão só em ventilação. A gente fala só, né? Mas já é um procedimento invasivo, bastante desconfortável. Mas se pros bebês de cirurgia cardíaca, eles recebiam subdoses ou pouca analgesia, eu fico imaginando nos bebês prematuros, nos bebês menos graves, como é que eram dessas doses, entendeu? A gente sabe que a grande maioria recebe o problema, é a adequação de doses. Acho que mesmo quando a gente aplica a escala, somente 80% dos casos são prescritos à analgesia. Tem casos que não é prescrito a analgesia. Logo que começamos a utilizar a escala, não tínhamos os médicos apoiando em relação ah... deu, tanto a escala de dor vamos fazer a analgesia... Não vamos fazer, eles não entravam muito nessa. Então, a gente faz a avaliação da dor, a gente comunica o médico, mas, muitas vezes, a gente não tem um tratamento no caso farmacológico adequado. Então, na verdade, nem sempre a aplicação da escala significa analgesia para o RN, principalmente, pela equipe da cirurgia. Nem sempre eles (médicos) medicam, mesmo você aplicando a escala e confirmando a dor. Nem sempre é feito a analgesia quando o escore dá 4. Quando o escore dá 4 o médico vai fazer, o segundo escore para ver se tem indicação de analgesia ou não. Porque ele pode chegar à conclusão de que, pelo escore dele, ainda não atingiu pontuação para a analgesia. Já aconteceu de o médico não prescrever analgésico quando o NIPS acusa pontuação 4 por exemplo. O que agente gostaria é que fosse implantado um protocolo, né? Então, assim, deu escore alto de dor. Então, a gente já ter na prescrição a analgesia, né? Alguma coisa já prescrita. A gente ter um respaldo. Isso é o que a gente pretende, né? Então, ter um protocolo de dor e de tratamento de dor é fundamental. Porque parece que eles (médicos) têm até medo de prescrever. Não é só por ser ou não uma rotina da unidade, mas eu percebo como, eles ficam receosos em prescrever uma analgesia. Eu acredito que a resistência em medicar ocorre, por não ser uma rotina, por não ser um costume. Porque não são todas as crianças... porque, por exemplo, eu trabalhei quatro meses, quando eu fui admitida na obstetrícia e todos os pacientes que fizeram cesáreas, têm um analgésico prescrito, se necessário, mas tem um analgésico prescrito. Durante a faculdade, nas outras unidades até da pediatria, se bem que na pediatria não tinha muito, mas no adulto todos tinham um analgésico prescrito. Na neonatologia, não é muito a rotina dele (médico). Então, eu não sei se isso é algum medo, se isso interferia demais na atividade da criança. Eu não sei direito qual é o medo que eles têm, mas não é a rotina deles. Nem sei se é medo, também, né? Têm crianças que estão entubadas e não têm medicação nenhuma, né? Nem

fentanil nada, né? Eu acho que eles (médicos) são mais resistentes à analgesia, mas não sei dizer por quê. Na assistência, a gente tem visto certa resistência, não de todos mas existe. A gente vê clínica, às vezes, de adulto que o fato dele ter saído de uma cirurgia, ele já tem uma analgesia de horário, mais freqüente, sempre prescrita sempre como uma rotina mesmo. Em alguns hospitais, tem o grupo da dor que passa sempre nessas unidades. Eu acho que para o neonatologista, o que eu vejo é que não é sempre. Não são todas as crianças que voltam de uma cirurgia que têm um analgésico prescrito. Eu acho que deveria ter um trabalho a respeito de saber, o que os médicos pensam a respeito do bebê na parte de dor, entendeu? Eu não sei se os médicos têm essa noção sobre dor no RN, como a gente que está ali no leito do paciente. Quando o médico não quer prescrever a analgesia, a gente(enfermeira) fala: - Olha eu vou estar anotando que o RN está com dor, que a gente fez a avaliação e, isso, é documentado. Quando não tem jeito mesmo, que a gente vê que o médico não está nem aí mesmo e que o RN está mesmo com dor e que ninguém faz nada, a gente relata. Eles sabem disso, né? A gente sempre pede é para o funcionário registrar o escore de dor. Então colocam na anotação de enfermagem que tal horas foi aplicado NIPS ou comunicado a "*D^a fulana de tal*" que o RN está com dor e o que foi feito para o alívio dessa dor. Eu acho muito complicado depois se você não tem esse registro. Você aplicou uma escala, você detectou a dor e parece que você não fez nada se você não anotar. A partir do momento que você coloca o horário e anota que foi comunicado o médico, coloca o nome do médico e nada é feito é como se a sua parte estivesse sido feita. Você não pode ir lá e prescrever porque daí já não é da sua alçada já é uma outra questão. E a gente escreve não tomada conduta médica e o que a gente fez como medida para alívio e, depois, a gente faz uma reavaliação após para ver se o bebê melhorou ou não. Registrar (anotar), eu acho que é colocar na anotação de enfermagem mesmo, o horário, com quem você falou, o que aconteceu. Eu acho que é mais no sentido de provar que eu fiz a minha parte. Se ele (médico) fez ou não fez a parte dele... Você pode até procurar outros médicos, comunicar outros médicos. Você pode até achar alguém que se mobilize com isso. Mas, assim, o que eu acho importante é mostrar que o seu trabalho foi feito Porque no final do plantão o que fica de trabalho, é o que você registrou. Porque você não vai poder ficar 24 horas para poder dizer olha, às 6 da manhã, eu falei. Às 10 da manhã, eu falei de novo. Então, se você não anota, é como se não tivesse sido feito. Até porque é aquele negócio da insegurança do residente, né? A hora que chega o chefe e fala: olha, essa criança está com dor e você não fez nada! Não é muito mais fácil para ele dizer para o chefe que ninguém lhe avisou? Então, é um respaldo de quem está ali cuidando daquele bebê comprovar que fez o que tinha que ser feito. Se a criança está com febre você vai avisar, se a criança está com dispnéia, você vai avisar, se a criança está com dor, você tem que comunicar, também, e anotar e registrar. Porque a única coisa que a gente tem que fazer, é relatar que foi comunicado como se fosse um respaldo nosso de que a nossa parte foi feita e que agora não depende mais de mim. Nos casos em que o cirurgião é resistente em relação à analgesia, a gente acaba fazendo pressão. De tanto que a gente pega, pega, insiste, insiste,

insiste ele fala ah... tá bom, faz o analgésico. É bem dessa maneira que a gente ganha, água mole e pedra dura tanto batem até que fura, é, assim, que a gente trabalha com eles. Então, quando é aplicada a escala, acusa pontuação de dor e o médico não prescreve analgesia, a gente cobra e justifica no prontuário. Esse cobrar, eu acho que é informar o médico. Eu acho que não é bem um cobrar, é mais informar. Você informa o médico do que está acontecendo. Que você fez a escala que você pontuou, tanto da NIPS quanto do Edin. Pede para o médico ir até à beira do leito olhar a criança. Então, eu tenho que falar, olha, eu detectei a dor, a minha parte eu fiz, mas eu não estou tendo ajuda médica ou alguma coisa para solucionar ao dor do bebê. Com o médico a gente fala, olha doutor eu avaliei de novo a criança está com dor, eu já fiz de tudo, já tentei proporcionar um conforto melhor para essa criança e ela continua com dor. A maioria dos médicos assim quando a gente fica insistindo muito eles, acabam tomando essa conduta. Ah! Dá um tylenol, então, ou sei lá... vamos colocar um dormonid. Eu sou insistente com o médico. Eu acredito que os auxiliares e os técnicos, também, são insistentes, principalmente, porque são treinados pela gente, né? E vêem a gente fazendo isso e fazem também. Insistir com o médico é cobrar o médico para fazer a analgesia. É que tem funcionários, os mais velhos que falam para mim, olha, eu já falei com o médico que a criança está com dor, e ele não receita medicação nenhuma. Daí, eu vou lá e reforço para o médico; olha doutor, a criança está com dor. Você não vai tomar nenhuma conduta? Porque a gente já fez de tudo, não tem mais o que fazer. Ai chega uma hora que eles acabam, assim, cedendo e prescrevendo. Para mim, é uma situação difícil ver a criança sofrer, a família, também, sofrer de ver o filho sofrer, e a enfermeira depender de outro profissional para aliviar a dor do RN. Por isso que a gente insiste com os médicos. A gente é chata, mas tem médicos que falam nossa! Essa menina é chata! Essa menina fica no meu pé! E, muitas das vezes, a gente tem que várias vezes insistir para eles fazerem algum tipo de analgesia no bebê. E, aí, eu acabo insistindo. Então, eu vou várias vezes no balcão onde eles ficam e falo D^{ra} você não quer dar uma olhada, ele realmente está com dor, já avaliou e tudo. Dependendo do médico, ele é meio cismado e acha que não é dor, que não é bem aquilo e, daí, você tem que argumentar com ele para realmente provar para ele que é aquilo que está acontecendo e a criança está com dor, sim. Eu, pelo menos, por a gente tem intervindo e tentado mostrar para os médicos a dor do RN. Daí, por isso, que eu falo que nós vamos várias vezes atrás da médica que está cuidando desse bebê para ver se comove um pouco ela para a analgesia. Muitas das vezes, dá certo. A gente tem que respeitar a parte médica, também. Mas, assim, a maior dificuldade mesmo é com os médicos. Mas a gente tem tentado argumentar com eles e temos tido bons resultados. Mas, assim, eu acredito que isso falta de analgesia a gente ainda a vai mudar, né? Então, acho que é assim, é uma coisa que a longo prazo a gente espera que aos poucos a gente vai conseguir. Assim que a gente vai conseguir, né? Vai fazer nossa avaliação e com isso ter uma analgesia mais adequada, né? Eu acredito que, assim, quanto mais tempo a gente usar a escala, quanto mais tempo a gente se familiarizar, e conscientizar a equipe, a equipe médica eu acho que um dia a gente consegue tornar a

analgesia eficiente. A gente tentava minimizar um pouco esse desconforto, mas não necessariamente estar com escore de dor tinha analgésico. Então a gente tentava com métodos não farmacológicos que a gente conseguia aplicar. A gente tentava minimizar um pouco esse desconforto, mas não necessariamente estar com escore de dor tinha analgésico. Quando o médico não prescreve, daí, a gente trabalha um pouco com a parte de medidas não farmacológicas. A gente usa sucção não nutritiva, a gente usa floral, a gente usa contenção. Depende da criança, como é o estado dela, o que você pode fazer, né? Você não vai dar para criança entubada, por exemplo, sucção não nutritiva, por exemplo dependendo da criança você pode fazer uma sucção não nutritiva, a gente dilui a glicose a 12,5% a 25%. A gente já usa os ninhos, né? Que é deixar o bebê aninhado. A gente já tem os materiais para fazer esse tipo de tratamento (aninhar o RN). Uma coisa que a gente faz bastante mesmo no bebê em incubadora é enrolar ele no lençol. Porque, às vezes, ele está agitado, desorganizado e isso acaba aumentando a intensidade de dor. Então, a gente acaba enrolando, e ele fica mais aconchegado e consegue se tranquilizar, né? O enrolamento, a gente usa bastante nos bebês cirúrgicos no pós-operatório quando a analgesia não é feita. E....assim o agrupamento de cuidados. Não manipular o bebê excessivamente. A gente vê que todos os funcionários e não só as enfermeiras, seguem essas medidas. Frente à aplicação da escala, quando não há um tratamento farmacológico, o que tem sempre prescrito é a dipirona de 6/6 horas. Isso no pós-operatório imediato até as primeiras 72 horas a dipirona fica de horário. Mas, às vezes, a dipirona só a gente vê que não consegue, né? Aliviar a dor desse RN. Então a gente comunica o médico de novo e pode ser ou não que seja feito algum outro analgésico. Então a gente acaba lançando mão de outras medidas não farmacológicas, né?. Então assim, se o bebê está extubado a gente oferece no caso a chupeta, que aqui ainda é oferecido a chupeta, né? Alguma solução adocicada, mas assim diluída em água, né? Por conta de serem bebês cirúrgicos, muitas cirurgias abdominais. Então a gente tem receio de dar glicose concentrada. Quando o médico não medica, eu acho que eu faço tudo aquilo que você pode dar de conforto para o RN, por exemplo, manter a criança mais organizada possível, em uma posição que ela mostra um pouquinho menos desconfortável, né? É buscar um pouquinho o conforto, né? Tenta dar um pouco de conforto para essa criança. É que dependendo da criança, não tem como, né? Como em prematuros muito pequeninhos que não sugam, que estão entubados. Então você vai mais pela posição, pela organização, mesmo postural, um decúbito que ele demonstra ficar um pouquinho mais confortável. Mas você tenta manter todas as outras faixas de normalidade, então, a temperatura em uma faixa normal. Tudo o que você puder trazer de conforto para essa criança que não é, necessariamente, um analgésico, um fármaco, uma medicação, né? Mas você tenta de outras formas. Por exemplo, uma criança que esteja com cólica, você tenta aliviar através de uma complexa seca morna. Coloca na barriguinha, faz um pouco de massagem, uma posição que ela se sente mais confortável. Então, alguma coisa que você consiga trazer um pouquinho mais de conforto para essa criança. Quando os médicos não medicam, a gente tenta de outras

formas melhorar o tratamento da criança. De repente, ver se tem alguma coisa dentro da incubadora que está machucando a criança ou algum ruído, algum barulho de aparelho, de alarme. Porque, às vezes, pode ser isso também que esteja incomodando a criança e causando desconforto na criança. A gente tenta fazer o que a gente pode, né? Porque já que a gente não pode medicar, a gente tenta outras formas de aliviar a dor do RN. Com certeza, a gente faz várias medidas. Mas, mesmo assim, você percebe que a criança continua com dor, que ela (criança) tem muita dor. Eu tento acalmar o RN de pós-operatório de fechamento de parede abdominal de outras formas não farmacológicas. Associar o não farmacológico com o farmacológico. Você vai tentar acelerar de alguma forma esse início do peristaltismo, ou mesmo, com o peristaltismo “*meia boca*” começar a alimentar para ver se você consegue tirar o paciente dessa situação. E, daí, a gente é chamada (pelo médico). Olha, eu não posso mais aumentar (o analgésico). Eu não posso diminuir o intervalo do tramal desta criança. Eu não posso entrar com tramal contínuo para ela. Porque se eu entrar com tramal contínuo para essa criança, eu nunca vou conseguir alimentá-la. Então, eu cheguei em uma dose “X” de medicamento, vamos tentar fazer alguma outra coisa? Será que se a gente colocar ela no “*canguru*” não vai melhorar, entendeu? Será que ela não se sente mais confortada em “*canguru*”? Olha vamos liberar o colo da mãe? Ah! Mas ela está operada! Está com uma cirurgia recém-executada no abdome. Mas a gente pede para a mãe segurar direitinho, a gente põe, fica do lado. Coloca só um pouquinho no colo da mãe quem sabe, assim, ela não melhora. Então, você abre caminhos para outros níveis de discussão. Então, quando a gente vê que é uma coisa mais leve que o escore de dor não é indicativo de analgesia, a gente tenta acalmar o bebê. É como eu te falei, a gente tenta consolar de todo jeito. E, muitas vezes, a gente tem conseguido consolar ele sem precisar realmente de analgesia. Só o fato de você sentá-lo (RN) em uma cadeira ou em um bebê conforto ou dando o colo da mãe, a gente sentia que tinha uma percepção diferente, já melhora o desconforto. O que dá para a gente fazer (de medida não-farmacológica), a gente faz, o que está na nossa mão para fazer, para acalmar a gente tenta fazer para acalmar. Quando o escore não requer analgesia o cuidado do RN passa a depender, exclusivamente, da enfermagem. Então, assim, a realização das medidas não farmacológicas é de conhecimento de todos os profissionais da unidade. A gente utiliza isso como rotina. Então, assim, o bebê está chorando. O choro do bebê, também, me incomoda. Eu não passo por um bebê chorando ou eu não permaneço em uma sala com um ou dez bebês chorando e saio de lá, sem estar psíquica. Então, assim incomoda? Incomoda. Aí ele pode te incomodar no sentido e você ficar tocada por aquela criança. Como pode te incomodar no sentido de você ficar extremamente irritada com aquela criança, entendeu? Então, quer dizer quando você se comove pela criança, você vai procurar uma forma de acalmar, de acalantar, porque você sabe que aquilo é prejudicial. E esse conhecimento, eu posso dizer que, assim, as pessoas da equipe, elas têm esse conhecimento. Porque a própria criança acaba tumultuando o ambiente da UTI. Para ela, para nós, e para os outros companheiros da UTI. Porque se você imaginar, você hospitalizada e ter um “*cara*” dentro do seu quarto

que está cantando (incomoda). O bebê está chorando. Mas que ele esteja cantando. Você está doente, e o “cara” não para de cantar. Você vai querer enfiar uma meia na boca dele. Mas o que a gente vê, é que quando tem uma criança chorando demais ou com face de dor o funcionário se incomoda, também, com aquilo. Uma coisa que eu não gosto de ver é uma criança chorando de dor perto de mim. Assim eu não gosto. Eu tento no máximo fazer a criança ficar quietinha, dormir, ficar sossegada e os pais, também, né? Oferecer a glicose, também, é uma coisa que as meninas tem autonomia. Porque eu não preciso de prescrição médica para oferecer uma glicose no terço inferior da língua”.

No DSC acima, notamos como as dificuldades relatadas pela enfermeira em sua experiência com o uso do instrumento de avaliação da dor do neonato, a escassez de prescrição de analgesia, mesmo após a utilização do instrumento. O relato é marcado pela falta de apoio médico em relação à avaliação da dor.

Conforme resultados de pesquisa, embora a maioria dos procedimentos rotineiros em uma UTIN seja considerada dolorosa ao neonato, há uma diferença marcante na opinião de médicos e enfermeiras quanto à classificação da intensidade dolorosa de tais procedimentos. As enfermeiras em geral avaliam os procedimentos como mais dolorosos do que os médicos, podendo ser explicado pela sua contínua observação ao neonato, que se estende durante horas e dias⁽⁶⁵⁾.

No discurso, outro dado que ressalta é a percepção que a enfermeira tem da equipe médica não confiar em sua avaliação, não valorizar a utilização do instrumento e nem sempre prescrever o analgésico. O fato torna-se evidente, quando a enfermeira relata que aplica o instrumento, refere a dor para o médico que, por sua vez, faz uma segunda avaliação para realmente decidir se vai realizar a terapia medicamentosa ou não.

Os achados desta análise corroboram os resultados dos estudos que insistentemente reforçam, ainda, o quanto a dor neonatal vem sendo subtratada^(3-4,6-7).

Pesquisa desenvolvida com o objetivo de analisar as barreiras encontradas por enfermeiras, durante a tentativa de proporcionar melhor

controle da dor, revela que um dos obstáculos condizia com a cooperação dos médicos e a prescrição inadequada de medicamentos analgésicos^(27,56).

O papel da enfermeira é essencial para a avaliação e o manejo da dor neonatal, porém ela se depara com situações dependentes do profissional médico para solucionar o problema da dor do neonato. No entanto, para que ocorra uma avaliação e um tratamento adequado é necessário que haja uma relação respeitosa e uma comunicação precisa entre enfermeiras e médicos.

Conforme relatos da enfermeira, a prescrição do analgésico em neonatologia não faz parte da rotina dos médicos e referem ainda perceber que os médicos apresentam-se receosos, com medo de prescrever o analgésico para aliviar a dor do recém-nascido. Sugerem ainda que sejam realizados estudos que busquem o conhecimento dos médicos a respeito da dor em neonatos.

Estudo realizado com o objetivo de conhecer, o que os pediatras sabem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido, relatou que todos os pediatras acreditam que o neonato sente dor, mas apenas um terço deles conhecia alguma escala para avaliar a dor, demonstrando pouco conhecimento a respeito dos métodos de avaliação e tratamento da dor no período⁽⁴⁾.

Diante da não prescrição médica do analgésico, a enfermeira se depara com um obstáculo que a impede de dar continuidade ao cuidado do neonato em situação de dor e age de algumas maneiras: respalda seu trabalho registrando em prontuário que foi aplicado o instrumento de avaliação da dor; tenta aliviá-la por meio de medidas não farmacológicas e, por fim, que foi comunicado à equipe médica a ausência na tomada de conduta.

Insatisfeita em continuar presenciando a dor do neonato, a enfermeira busca concretizar sua intenção de aliviar a dor tentando argumentar com o médico sobre a necessidade do analgésico. Conforme relato da enfermeira, depois de tanta insistência de sua parte, algumas vezes o médico acaba cedendo e prescrevendo a analgesia.

Nos casos em que o médico não prescreve analgesia, a enfermeira usa a terapia não farmacológica para aliviar a dor do neonato como, uso de floral, contenção do neonato, utilização da sucção não nutritiva, utilização da glicose, organização postural, mudança de decúbito, posição “mãe canguru”, entre outras.

Conforme resultados de pesquisas, a administração de soluções adocicadas sobre a língua do neonato como a glicose, a sacarose, o leite materno, é incentivada, pois diminui a duração do choro, atenua a mímica facial e elevação da frequência cardíaca, além de diminuir os escores de dor na aplicação da escala PIIP, em neonatos a termo e prematuro⁽⁸²⁻⁸³⁾.

Em outro estudo no qual se procurou avaliar o efeito da amamentação materna no alívio à dor dos recém-nascidos (RNs) a termo, durante todo o procedimento de coleta de sangue para a triagem neonatal, concluiu-se que a amamentação materna foi eficaz, pois os resultados mostraram uma diminuição significativa das manifestações fisiológicas e comportamentais dos RNs do grupo experimental, em todas as fases do procedimento, quando comparadas àquelas do grupo controle⁽⁸⁴⁾.

8. DSC- Percebendo o cirurgião menos acessível para a analgesia do que o clínico

“A tendência é que o clínico perceba mais a dor em relação ao cirurgião, mesmo porque o cirurgião, muitas vezes, quando ele inicia a cirurgia o paciente já está anestesiado. Então, quem vai ficar olhando os sinais, é o anestesista e não o cirurgião. O cirurgião ele vai perceber alguma coisa se algum desses sinais interferirem no trabalho dele, no procedimento dele. Por exemplo, uma criança começa se mexer, começa a acordar, então, ele automaticamente passa aquilo para o anestesista. Então, a tendência é eles não perceberem tanto a dor. Então, quando ele vem para a unidade, eles vêm com esse pensamento. Então, muitas vezes, ele vai chegar na unidade, e essa criança está sedada, ou está com analgesia. Não vem do cirurgião prescrever a analgesia. Mas o que percebo é que, às vezes, eles vêm com esse pensamento do Centro Cirúrgico para a dor. Mas eu acredito que, talvez, o clínico seja um pouco mais sensível à dor porque como ele está o tempo todo na unidade, tem a equipe de enfermagem falando para ele sobre a dor sempre, talvez, ele seja um pouco mais sensível à dor. O que me deixa preocupada é o pessoal da cirurgia. Porque o pessoal da cirurgia, eles vêm avaliar o bebê e, muitas vezes, eles não querem realizar analgesia para certos tipos de procedimentos e a gente tem brigado muito por conta disso, porque a gente vê o bebê estressando por conta da dor, e o cirurgião não está nem preocupado. Ele (cirurgião) acha que o bebê não está sentindo dor. Os bebês cirúrgicos é o nosso grande problema, né? Porque com os neonatologistas, por exemplo, os bebês prematuros que estejam entubados, o bebê com uma enterocolite, sepse, grave que sentem dor que estão entubados, com inúmeros dispositivos, a gente consegue conversar melhor com a equipe (médica) da neo e, muitas vezes eles acatam melhor do que os cirurgiões. Não está com dor mesmo? E a gente fala, olha fizemos a avaliação de dor, falamos o escore, e eles acabam acatando e entrando, às vezes, com uma analgesia contínua para esses prematuros e para esses bebês graves. A maioria dos bebês graves eles ficam sedados e com analgesia. Então, assim, existe essa diferença de equipe. Então, a enfermeira faz a aplicação da escala e como é a equipe médica da neo que cuidam desses pacientes, então, a gente consegue conversar e a analgesia mais frequente. E a nossa grande dificuldade é que esses bebês cirúrgicos são cuidados pelos médicos da equipe cirúrgica e não pelos neonatologistas. E os cirurgiões têm aquela crença de que o bebê não sente dor ou que a dor faz parte do pós- operatório. Então, assim, é uma briga constante na nossa equipe de enfermagem que utiliza as escalas, mas a gente não tem um protocolo. Então, a gente faz a avaliação da dor, a gente comunica o médico; mas, muitas vezes, a gente não tem um tratamento no caso farmacológico adequado. Então, o problema é que aqui a gente tem mais contato com o residente mesmo, né? Ou com o clínico mesmo, né? Com o especialista em neo, né? Agora com o pessoal da cirurgia pediátrica, a gente não tem muito contato. Eles entram e conversam com o clínico. Mas, assim, um ou outro cirurgião já são um pouco mais acessíveis. O cirurgião está vindo para fazer a intervenção,

mas os cuidados clínicos do paciente são do clínico. Então, como esse paciente cirúrgico que eu te citei é, claro que o cirurgião vai dizer pelo amor de Deus, para de dar tramal para essa criança. Ele tem dor mesmo, ele vai sentir dor mesmo. Mas se o peristaltismo dele não andar ele vai continuar deixando resíduo e não adianta você ficar me chamando aqui para dizer que ele está deixando resíduo. Ah... vocês não alimentaram ainda esse criança? Ah... Eu não alimentei porque os ruídos hidroaéreos ainda não estão presentes. Ah... mas quanto de tramal ele está? Então quer dizer o trabalho do cirurgião é esse, né? De cortar e colar. É corte e costura. É cortar e costurar. É restabelecer aquela situação através do procedimento que ele fez. Então, é claro que ele vai prezar a sutura que ele fez, entendeu? Ele vai pensar em primeiro lugar em não romper nada, em não prejudicar a técnica que ele aplicou. Daí você fala ah...que coisa desumana! Tem uma pessoa, sendo cortada e costurada, né? Mas, enfim, ele não foi chamado com esse foco? Porque na verdade, para cuidar da pessoa tem o clínico, tem a enfermagem, tem todas as outras pessoas da equipe. Ele (cirurgião) foi chamado ali, porque precisava de um corte e uma costura. E a gente o coloca, também, nessa posição, né? A gente não o chama para discutir coisas clínicas, coisas gerais do paciente. A gente chama ele (cirurgião), para cortar e costurar. Você só discute com ele, aquilo que tem relação com a patologia da criança, com a especialidade dele. Eu acredito, sem dúvida, nenhuma que para o cirurgião o procedimento em si, é mais importante do que a dor do RN. Se você for pensar no ponto de vista do cirurgião, o que ele tem de mais importante realmente, é o procedimento. Eles (cirurgiões) entram e conversam com o clínico. Não conversam muito com a equipe de enfermagem. Eles só perguntam, assim, ah! Quem fez o curativo da meninngomielocle do bebê fulano de tal? Ah! Fui eu. Ah! E como está? A relação entre nós (enfermeiras) e o pessoal da cirurgia é mais em relação ao curativo. A gente não tem muito essa coisa de avaliação de dor com o cirurgião pediátrico, entendeu? O pessoal da cirurgia pediátrica, da neurocirurgia, eles entram na neo. Fazem visita uma vez ao dia e, às vezes, eles nem aparecem por conta que eu acredito que tem muita cirurgia ao dia. E eles não dão conta mesmo de vir diariamente para visitar os bebês. Têm dias que eles não vêm visitar o bebê, e a gente acaba tomando condutas que eles nem sabem. Quando eles (cirurgiões) vêm visitar os bebês eu não percebo preocupação deles com a dor. A preocupação deles é com a evolução da cicatriz da cirurgia que eles fizeram. Com o procedimento que eles fizeram. Eu não percebo preocupação deles com a dor do RN. Ele (cirurgião) foi chamado ali, porque precisava de um corte e uma costura. A gente não o chama para discutir coisas clínicas, coisas gerais do paciente! A gente o chama para cortar e costurar. Você só discute com ele aquilo que tem relação com a patologia da criança, com a especialidade dele. Eu acho que o cuidar somente da patologia o qual o cirurgião está preocupado, está ligado ao tipo de ensino dado para o especialista. Então, o especialista, ele aprende a cuidar daquele pedacinho dele e esquece o todo. Então, eu acho que vem da academia, mesmo. Então, você forma o especialista, esquecendo que existe todo um contexto por trás daquilo. Fiquei chateada porque esse cirurgião é um profissional muito bom, e ele realmente não sabe o que aconteceu, mas ele não quis fazer a anestesia

local no bebê e foi feito cru, entendeu? Era dar dois pontinhos em uma traqueostomia. Ele achava que a pele era superficial e que o bebê não ia sentir dor. Mas o cuidador que estava com o bebê, referiu que o bebê chorou e sentiu dor, sim. Então, às vezes, o que a gente tenta fazer é o mesmo trabalho de informação, de educação, de mostrar para o cirurgião, olha você vai mexer nele agora. Ele acabou de dormir, essa criança acabou de descansar, ele está com muita dor e tudo mais. Dependendo, também, da forma com que você fale, é mais uma pessoa para te ajudar nessa questão da dor. Então, você acaba ganhando um aliado, um parceiro. Os cirurgiões encaram que o bebê não sente dor. E ele sente. Que aquilo ali é uma dor que não é tanto assim, mas o que ele vai fazer, é muito mais importante, que o bebê vai sentir, mas vai passar”.

Na análise do DSC transcrita acima, a enfermeira relata perceber a equipe de neonatologistas, como sendo mais acessível para prescrição do analgésico em relação à equipe cirúrgica. Acredita que o fato do clínico estar presente o tempo todo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal coloca-o em contato com a equipe de enfermagem que fala sobre dor constantemente e isso o torna mais sensibilizado.

De acordo com resultado de pesquisa, uma das barreiras encontradas pelas enfermeiras na tentativa de proporcionar um controle efetivo da dor, é o conhecimento insuficiente do médico sobre seu paciente⁽²⁷⁾, o que no relato do DSC acima é descrito, quando o pessoal da cirurgia pediátrica e da neurocirurgia entra na UTIN, faz visita uma vez ao dia e, às vezes, nem faz a visita o que leva ao conhecimento insuficiente ou parcial do neonato para aliviar eficazmente sua dor.

Para a enfermeira, a grande fonte de estresse é com o cirurgião, que ela percebe que ainda tem a crença de que o neonato não sente dor ou que a dor que ele sente, faz parte do próprio pós-operatório.

O relato da enfermeira evidencia o cirurgião focalizado apenas no procedimento, levando-a a sentir-se indignada, diante da ausência de prescrição do analgésico para o neonato em situação de dor.

9. DSC- Não tendo domínio da situação

“Você tem sim o paciente que não responde à terapêutica, então, quem ata você, é o paciente. Então, você chega a níveis altíssimos de analgésico e aí você daí tomar uma atitude mais invasiva no sentido de sedar esse paciente e analgesiar, né? Então, assim ...dar um analgésico, mas também dar um sedativo para ele, realmente, relaxar e não entrar em um processo cíclico, né? de ah... eu estou com dor. Daí eu entro em pânico, daí eu choro a aí, né? Então, quer dizer... lançar mão de medicações mais potentes, isso realmente deixa de mãos atadas, ou então, você passar daquilo que é intermitente ou daquilo que é contínuo em baixas doses para uma coisa contínua em altas doses. Então, por exemplo, se você pegar uma criança. Ah! Uma criança com distúrbio gástrico, né? Então, com defeito de fechamento de parede que é um pós-operatório e você dá tramal para essa criança e, daí, você vê que ela continua com dor e, daí, você diminui, estava de 6/6 horas. Você passa, para de 4/4hrs. Mas você sabe que o tramal, ele vai inibir o peristaltismo, isso me deixa de mãos atadas e tudo o que você quer é que esse intestino volte a funcionar, para você poder alimentar. Então, você sabe que essa criança está chorando de fome, mais até do que de dor, mas considerando o escore de dor e a situação clínica do paciente. O protocolo diz que você tem que aumentar o analgésico. Daí, você, aumenta o analgésico, mas você sabe que você está retardando o peristaltismo. Então, eu acho, assim, o que te ata é a situação complexa do paciente. É lógico você se sente muito indignada, né? Quando a escala dá escore de dor, e o médico não prescreve analgesia. Você fica triste! É muito frustrante mesmo, né? Você fala nossa! Você leva para o médico, você faz o seu trabalho, você sabe a importância daquilo e você nem é ouvida, é muito frustrante. Mas eu acho que não pode ser um desestimulante. É muito frustrante, não conseguir solucionar a dor do bebê com medidas de conforto e não ter a ajuda médica. Você se sente, muitas vezes, impotente quando você se depara com esse tipo de situação. Como pode o médico punccionar um bebê, sem fazer uma anestesia local. Fiquei muito chateada, porque o cirurgião fez um procedimento sem anestesia local. Eu me sinto mal, quando tenho que insistir, insistir e o médico não faz a analgesia. A gente se sente impotente, né? Porque nem sempre aplicar a escala garante a analgesia. Eu me sinto impotente porque a analgesia é uma coisa que foge do nosso alcance. A equipe se sente revoltada, na verdade, quando o cirurgião não prescreve analgesia. Eu sinto-me de mãos atadas quando realizo todas as ações de enfermagem para aliviar a dor do RN e não consigo resolver o problema. É como se eu me sentisse de mãos atadas, como se eu pudesse ir até um ponto e depois não depende mais de mim. Eu acho muito triste, quando eu utilizo todas as medidas de conforto no bebê e não consigo solucionar o problema da dor. As dificuldades seriam mais na hora de tomar alguma conduta, né? A gente como enfermeira tem conduta que a gente não tem autonomia. Então, a gente depende dos médicos. Sinto-me sem autonomia em situações que a gente percebe que a criança precisa ser medicada, que não tem nenhuma outra forma de aliviar a dor da criança sem o uso da

medicação. É a situação que você já deixou a criança confortável, você já trouxe de repente a família para ficar ali conversando com a criança, tocando a criança e, mesmo assim, a criança está ali sofrendo, a criança parece que está ali ... a criança não fala, né? Então ele fica ali olhando para você, parece que ele está pedindo alguma coisa para você ajudar e, às vezes, a gente não pode fazer nada, né? Porque a gente depende de alguma conduta que não está dentro das nossas atividades, não está dentro da nossa função que é a prescrição do analgésico. Ah...eu vou chorar (dizendo que iria chorar). Ah! A gente se sente mal, né? Você não pode ir lá e prescrever porque daí já não é da sua alçada, já é outra questão! E, daí, vai da conduta médica entre optar ou não pela analgesia e não depende mais do cuidado da enfermagem. A analgesia é uma coisa que foge do nosso alcance. É difícil, é uma situação difícil, né? Ver a criança sofrer e não poder fazer mais nada para aliviar a dor dela. Porque a gente sabe que tem um ser humano ali sofrendo, a família também sofrendo de ver o filho sofrer e a gente não poder fazer nada, né? A gente depender de outro profissional, né? Mas a gente ainda vê que mesmo fazendo as medidas não farmacológicas, ainda continua uma expressão de dor nos bebês cirúrgicos. E a gente tem tentado consolar, tem tentado dar a chupetinha, fazer o consolo para ver se, realmente, o bebê se acalma. Mas você vê que se mesmo fazendo tudo isso, não está adiantando, é dor e não tem jeito. Então, quando a gente vê que é uma coisa mais leve, a gente tenta acalmar o bebê. Mas é um caso ou outro que a gente consegue. Porque como a gente tem muitos bebês crônicos dentro da UTI, são bebês que têm muita dor por conta da patologia, por conta de ficarem muito tempo deitado no leito”.

No DSC, observamos que a falta de domínio sobre a situação é relatada pela enfermeira, como uma dificuldade na qual ela se percebe, sendo incapaz de solucionar o problema do neonato em situação de dor.

A terapia medicamentosa aparece o tempo todo como crucial no discurso da enfermeira, portanto, seu uso em determinadas situações deixa-a de mãos atadas.

Um momento que faz com que a enfermeira sinta-se sem domínio da situação, é quando ela percebe o lado ruim da analgesia, ou seja, ao invés de solucionar um problema acaba gerando outro. Diante de determinadas patologias, a administração do analgésico pode acarretar mais danos à evolução clínica do paciente.

Portanto, o DSC revela que a falta de respaldo médico e ausência de autonomia da enfermeira para prescrever analgésico faz com que ela sinta-

se triste, impotente, revoltada e de mãos atadas, impedindo-a de dar continuidade ao cuidado do neonato em situação de dor.

10. DSC- Acreditando que os efeitos dos analgésicos sejam nocivos aos neonatos

“Acho que é medo dos analgésicos existe por conta do medo dos efeitos colaterais. Mas acho que é a pressa que eles têm de estar extubando esses bebês, entrando com dieta e dando alta. Então, assim, eu acho que os analgésicos têm seus efeitos, né? Tem a síndrome de abstinência. Então, o bebê que recebe analgesia contínua, é o bebê que vai ter que fazer o desmame de forma mais lenta, né? Então, será que isso prolonga o tempo e internação, né? Acho que o grande medo deles (médicos) é esse de que o medicamento de efeitos colaterais, aumente o tempo de internação do RN. Você dá um analgésico muito forte para o RN e acaba ficando mais tempo dependente da ventilação mecânica, e isso acaba retardando a internação. Então, assim, é aquela história, nenhuma terapêutica é absolutamente inócua (sem efeito colateral). Tudo tem seu o seu efeito colateral. Então, não adianta você dizer que, ah! Olha esse aqui, é um remedinho natural. Como se esse remedinho natural não tivesse efeito colateral. Então, planta ela tem efeitos que naquele momento pode ser um efeito que você espera, como também pode se constituir de um efeito colateral e, aí, você não vai saber. Então, eu acho que dentro da alopatia e da terapêutica mesmo aquela terapêutica não farmacológica, a gente aponta vários efeitos colaterais. Então, quer dizer, então, vamos tentar? Porque você percebe que o outro profissional, não é que ele não quer medicar, é que ele não pode, entendeu! Existe um risco, uma outra vertente. Eles (médicos) são um pouco resistentes ao fentanil, ainda. Têm alguns analgésicos como o tramadol, por exemplo, eles não gostam de dar para os bebês com cirurgias abdominais. O que eles deixam claro, é que essa resistência é por um medo dos efeitos colaterais, ou mesmo, da depressão respiratória. Eu acredito por que os médicos têm receio em medicar, porque as drogas são muito deletérias para o RN. Eles têm um fígado muito imaturo, um rim, os rins muito imaturos. Então, a absorção disso (da medicação) é muito complicada, a eliminação disso, também, é muito complicada. Então, acho que, por todos esses artifícios, a gente mesmo já tinha comportamentos de estar aninhando mais essa criança, de estar posicionando melhor essa criança, de estar organizando com a fisioterapia esse bebê, para que minimizasse essas ocorrências. Para mim, quando o médico vai reavaliar o RN e ver se, realmente, tem a necessidade do analgésico e, na maioria das vezes, ele fala para fazer medidas não farmacológicas, é que existe resistência em medicar. Porque eu acho que assim, culturalmente, existe uma resistência em oferecer medicações em um paciente que já é tão medicado. Então, a gente parte do princípio de que quanto menos remédio eu der para um RN, melhor. Quanto menos eu conseguir colocar ele em contato com medicações melhor. Então, assim, existe uma resistência? Existe. Às vezes, eles (médicos) ficam meio com medo de estar fazendo a analgesia por conta da anestesia, o tanto de anestesia que o bebê tomou pode repercutir em outra forma. Mas, assim, como eu te disse, quando eu entrei, os médicos eram um pouco mais resistentes à analgesia, mas ainda existem muitas confusões nesse sentido né. Então, separar analgesia de sedação. Separar o conceito de analgesia do conceito de sedação. Eu acho que isso já melhorou muito. Inicialmente nós tínhamos muito mais discussões, muito mais confusão neste sentido do que nós temos hoje. Mas, ainda assim, eventualmente nós temos um ou outro profissional que é um pouco mais resistente. Mas, o que eu acho realmente que falta, muitas vezes, é estudar, né? Mais a analgesia no RN. Eu acho que falta isso. Acho que tem que ser estudado um medicamento que faça o efeito, um efeito menos prolongado que não tenha tanto efeito colateral é... aumentando o tempo de internação. Então, eu acho que é uma coisa que a gente precisava estudar mais sobre os efeitos colaterais dos medicamentos. É uma coisa que eu acho que a

enfermeira tinha que saber mais. Porque a gente aprende muito disso na faculdade, depois na especialização a gente estuda também, mas depois com o tempo dependendo da pesquisa que você está seguindo você não estuda muito né. Eu acho que é uma coisa que a gente precisava estudar mais. Mas isso (depressão respiratória) se você fazer num contexto mais... como eu digo ah ...se você tiver um pouco mais de observação e um pouco mais de critério no uso do fentanil é difícil esse risco acontecer. Não quer dizer que todas as escalas têm que ir para o fármaco, para a medicação. Eu acho que você tem medidas não farmacológicas que minimizam a dor, e muitas vezes você começa a ter essa idéia quando você aplica a escala, que você não precisa da medicação e sim do conforto, de alguma outra coisa que vá confortar essa criança. Eu acho que as discussões sobre analgesia já melhorou muito. Inicialmente nós tínhamos muito mais discussões, muito mais confusão neste sentido do que nós temos hoje. Mas, ainda assim, eventualmente nós temos um ou outro profissional que é um pouco mais resistente. Que eu acho que assim ainda não tem as informações suficientes para poder realmente se posicionar em relação a isso. Que ainda está em formação. Ou que ainda está em uma fase muito precoce de formação e ainda não conseguiu introjetar isso exatamente no seu profissional”.

Uma das formas de controlar e aliviar a dor do neonato corresponde às medidas farmacológicas que equivalem ao uso de analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais, opioides ou anestésicos locais e sedativos^(13,20).

Conforme a análise do DSC, a experiência da enfermeira no uso do instrumento de avaliação da dor é marcada por um subtratamento da mesma, conforme sua percepção pelo medo dos efeitos colaterais dos analgésicos. Para a enfermeira, o mito do risco da síndrome da abstinência ainda continua sendo um “fantasma” avassalador que impede com que opioides sejam prescritos para o tratamento do neonatal.

Autores compartilham da mesma ideia, reforçando que o risco de depressão respiratória dos opioides é ainda uma das razões comumente utilizadas para justificar a falta de administração dos mesmos^(21,46).

O uso cuidadoso dos opioides, assim como um monitoramento do neonato e uma programação de desmame, torna-os seguros, segundo pesquisadora da temática relacionada a dor⁽⁸⁵⁾.

Outro relato importante evidenciado na análise do discurso da enfermeira, é a crença da mesma de que os médicos não prescrevem opioides em razão de causar o prolongamento do tempo de internação do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Se pensarmos em todos os efeitos nocivos que a dor pode causar ao neonato, tanto a curto quanto a longo prazo e ressaltando que há maior incidência de hemorragia intraventricular e alterações isquêmicas levando à leucomalácia periventricular em neonatos pré-termo submetidos à estímulos dolorosos, a utilização de certos analgésicos, se prescritos e administrados de forma correta, têm seus riscos diminuídos⁽⁸⁶⁾.

Assim como descrito nos relatos dos DSC da enfermeira, é necessário mais estudos sobre a ação, absorção e efeitos colaterais desses fármacos. Faz-se necessário corrigir as atuais falhas na assistência intensiva neonatal por meio de novas pesquisas, incluindo fármacos mais seguros.

Tema 2. Facilidades encontradas pela enfermeira na avaliação da dor em neonatos

11. DSC Padronizando a avaliação da dor

“Escolhemos a NIPS porque, num primeiro momento, ela era realmente a escala mais simples. Porque a CRIES é específica para pós-operatório, e nem todos os bebês são bebês submetidos a cirurgias, e a PIIP é uma escala para prematuro, né? E a unidade neonatal onde eu atuava, ela era uma unidade que tinha bebês de baixo, médio e alto risco. Então, a gente queria, num primeiro momento, uma escala que contemplassem todos esses bebês, né? Então, a NIPS foi a escala que a gente já tinha visto que era utilizada em várias situações e para bebês prematuros e não prematuros. Então, foi a primeira escolha. Como eu te falei num segundo momento, as meninas tentaram usar a NIPS, a CRIES e a PIIP. A CRIES acabou ficando para bebês em pós-operatório. Temos o impresso que tem essa avaliação da dor. Então, naquela época, a gente tinha uma ficha onde a gente registrava esses escores de dor, é mais no paciente cirúrgico. No bebê, que vinha de correção cirúrgica. Então, assim... há pouco tempo atrás, começamos, novamente a nos preocupar com a questão da dor, né? E a utilizar uma ficha mais sistematizada, principalmente no bebê cirúrgico, né? Então, essa é para gente a história da NIPS. A gente instituiu que o uso do instrumento para avaliara a dor é a NIPS. Ela (NIPS) tem espaço na nossa folha como um sinal vital. Tem o quadradinho na folha de controle reservado para a anotação da dor. Então assim, a gente costumava colocar a avaliação da dor junto com o controle de sinais vitais e sempre que a gente achava necessário que o bebê estivesse apresentando dor. Então, ela (NIPS) foi instituída como sinal vital na instituição como um todo. Então, na verdade, a gente vê entre os sinais vitais a avaliação de dor é uma. Junto com a escala nós elaboramos um impresso específico que era chamado de gerenciamento de dor. Então, começou assim (a utilização da NIPS). Então, criou-se um protocolo (de avaliação) e por exemplo, após a entubação nas primeiras 24 horas, 48 horas e 72 horas. Nas primeiras 24 horas, de quanto em quanto tempo, a gente iria medir e registrar? Por que não era só medir, a gente iria, também, registrar quanto deu aquela escala. Mas, tem um protocolo. Quando você institui um protocolo, isso passa a ser muito claro. A escala deve ser aplicada como protocolo. Porque o protocolo ele vai servir de um norte para você. Mesmo que a escala de três (de escore) e você não precise estar exatamente medicando por que ele (RN) já está, mas você precisa estar implementando alguma coisa. Então, todos os funcionários, o auxiliar, o técnico de enfermagem, a enfermeira, todos usam o instrumento. Ele (escala) entra como controle de sinais vitais. Então, você está fazendo o controle de temperatura, saturação, de frequência cardíaca e daí você faz a NIPS naquele horário. Se a contagem da NIPS for superior a quatro pontos eu aciono o pediatra comunicando que a criança está com escore de dor acima de 4. E daí ele aplica uma segunda fase ...um segundo escore para saber se ele entra com a medicação ou não entra. E qual medicação ele vai entrar. Se vai ser contínua, se vai ser intermitente. Existe todo um protocolo neste sentido para o residente. Não há como trabalhar em um hospital escola com uma coisa aberta, entendeu? Tudo tem que ser protocolado. Na verdade não é para garantir que o médico não faça nada errado. É para você garantir uma uniformidade de conduta. Então que o residente seja ele menos experiente ou mais experiente, que ele execute aquela atividade, aquela intervenção da mesma forma. Então, o R1, se eu acionar um R1 dizendo para ele que eu tenho um escore quatro de dor para o bebê “X” ele vai na pasta de protocolo e ele vai ver lá. Ah! Eu tenho que ver esses parâmetros. Ele vai avaliar o paciente segundo aqueles parâmetros e dependendo da pontuação que ele encontrar ele vai saber oh! Eu vou entrar com um analgésico intermitente. No primeiro estágio na aplicação da escala o enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem faz o escore da NIPS. Faz a aplicação das escala de 2/2 horas em crianças de cuidados intensivos e de 3/3 horas para criança de cuidado semi-intensivo e de cuidado intermediário. Então, por exemplo, se é pós-operatório imediato de cirurgias grandes, a gente faz de 4/ 4 horas, Se a criança está intubada nas primeiras 72 horas, você faz de 6/ 6 horas. É um protocolo nosso. Na verdade já era um protocolo da empresa onde eu trabalho, né? Nós temos dois instrumentos aqui, a NIPS e o EDIN. Esses instrumentos nós utilizamos na assistência ao bebê. Nós avaliamos com essas duas escalas (NIPS e EDIN) a cada 2 horas quando é bebê de alto risco, né? Quando é bebê de médio risco ou

de média complexidade a gente avalia a dor de 3/3 horas com a NIPS e o EDIN. Então, assim, a gente fazia a avaliação no caso do pós-cirúrgico a cada duas horas né. A gente começou a utilizar em todos os pacientes, nos primeiros seis dias. Primeiro de 2/2 horas depois de 4/4 horas. Então, na prescrição de enfermagem, a enfermeira determinava os intervalos que seriam realizados às avaliações. Se eram de 2/2 horas, de 4/4. Enfim ficava prescrito. A NIPS, a gente usa também para os outros bebês não cirúrgicos, prematuros e outras patologias. Além desses intervalos pré-estabelecidos, a gente orientava os profissionais que toda vez que o bebê tivesse dor por algum motivo ou outro (dor), ou que fosse ser realizado algum procedimento, eles também fizessem essa avaliação. E em alguns casos a gente tem um período que a gente tem que avaliar de 3/3 horas e de 4/4 horas depende do procedimento que foi realizado. Então nos pacientes cirúrgicos a gente tem maior atenção em relação à dor. Já é meio que colocado na cabeça isso e isso é uma rotina. Mesmo no pré ou pós- operatório. A pessoa que estivesse cuidando do bebê, então realizava essa avaliação e fazia os registros nessa ficha de gerenciamento. Então, sempre tinha um registro de data e hora da avaliação, escore. E se era algum procedimento a gente registrava o tipo de procedimento e se houve alguma medida analgésica empregada ou não. Então, o tempo que você está ao lado do leito anotando a frequência cardíaca, a saturação de oxigênio, você anota o escore de dor. Então, tem um protocolo que a gente segue. A gente prescreve no SAE (sistematização da assistência de enfermagem) para as técnicas estarem avaliando. Elas (enfermeiras) avaliam através da NIPS conforme o SAE e aí a gente anota na própria folha de controle, a gente escreve ali NIPS e escreve o valor do escore. É relatado na anotação de enfermagem que foi feito medicação e a NIPS. Então, por exemplo, após a intubação nas primeiras 24 horas, 48 horas e 72h horas. Nas primeiras 24 horas, de quanto em quanto tempo a gente iria medir e registrar? Por que não era só medir. A gente iria também registrar quanto deu aquela escala e por exemplo é... Nós temos esse protocolo para o bebê cirúrgico que é a avaliação pela escala CRIES de 2/2 horas no POI e de 4/4 horas até 72 horas e depois disso a gente utiliza a NIPS. Então, na nossa unidade, as enfermeiras da manhã abrem, os planos de enfermagem, né? Então, elas (enfermeiras) acabam levantando os horários dos controles de sinais vitais e de alguns cuidados especiais. Então, nesse momento, a gente já faz a primeira avaliação da dor que seria no plantão da manhã. No plantão da tarde, quando a enfermeira vai checar as prescrições nos leitos, se ainda não foi feito, né? Se não é uma enfermeira que está (cuidando) com o bebê. Então, nesse momento, ela aproveita e faz a avaliação de dor. Daí, a gente vai lá no impresso, olha e segue a escala para ver se o bebê está com dor ou não. Pontuando escore acima de quatro ou igual ou acima de quatro, que é constatado a dor, o funcionário comunica o médico pediatra. A gente na verdade trabalha com residentes. Então, muitas vezes para o residente, para o chefe do residente, mas é levado para o médico. Se a contagem do NIPS for superior a quatro pontos eu aciono o pediatra, comunicando que a criança está com escore de dor acima de quatro. Então, o R1 se eu acionar um R1 dizendo para ele que eu tenho um escore quatro de dor para o bebe "X". Quando a gente vê que está com dor mesmo, aí a gente comunica os médicos para estarem tomando alguma conduta, para entrarem com algum tipo de conforto para o bebê ou com alguma medicação. Então, a gente faz a avaliação da dor, a gente comunica o médico. Então, nós escrevemos, tudo isso é documentado, e daí, nós comunicamos o médico, né? E se o escore for de dor, elas comunicam à enfermeira que, então, comunica o médico. Se der maior que 3 (escore) a equipe toda sabe que é protocolo e tem que avisar o médico. E os (funcionários) sabem que escala maior ou igual a 3, é pra gente já comunicar e estar vendo o protocolo. A gente tem um guia de bolso da escala. Então, todos os funcionários estão unidos com o guia, com a escala NIPS e era dado o instrumento para todos justamente para que todos fizessem uso dele. Da mesma forma que o protocolo da entubação, dos horários tinha sido colocado em cada sala. Em cada sala, tinha que de 4/4 horas, do intervalo que você tinha que estar aplicando esta escala. Então, isso é muito claro! A gente tem a escalinha que a gente imprime e dá para as técnicas se elas quiserem utilizar como material de bolso. Tem a escala fixada na parede. Porque quando eu cheguei à gente já tinha as escalas fixadas nos armários ou nos murais de sala. Então, acessíveis a todo mundo. Que todo mundo tem acesso. Então, a NIPS anexada nos armários ou disponível nas salas eu acho que é mais uma forma de você também, cobrar do funcionário que não é nada muito difícil, não é nada escondido. Então, ela é acessível a todos, ela é muito simples de ser feita. É para não esquecer mesmo, né? E qualquer coisa que ele

(funcionário) não lembre, já tem um lugar para ele pesquisar. Eu acho interessante por isso. Porque você torna aquilo (uso da escala) uma rotina, você torna aquilo muito fácil, muito acessível para quem está trabalhando com aquele bebê. Então, o que tem que ficar claro para todos os funcionários é que você não precisa decorar, por isso que a gente coloca o instrumento em todas as salas, nos armários, nas pranchetas. Você não precisa decorar. Não é mais uma coisa que você tem que lembrar. Você tem a consulta fácil (da escala). Em todas as salas, nós temos um impresso dessas escalas. Em todas as salas que tem os bebês internados tem a escala. E aí o que a gente sempre pede aqui para as funcionárias até pelo perfil da instituição, por ser um hospital escola é sempre pensar o que você está fazendo e sempre justificar o que você está fazendo. Você tem que pensar o que você está fazendo, você tem que justificar o que você está fazendo né. O meu trabalho é identificar, é aplicar uma escala, mensurar, detectar esses sinais, levar para o médico, comunicar. Então isso que seja feito de uma forma o mais séria possível. Se pontuou alguma coisa, não a ponto de indicar a dor, a gente pede para observar e já avisa o médico. Pontuando dor o que eu peço para os funcionários é levar de uma forma o mais baseado cientificamente possível como através de uma escala de dor. Ela demonstrando sinais da escala, seja só o número né, olha eu apliquei o NIPS e deu cinco ou falar olha eu apliquei o NIPS e estava com face de dor, com membros fletidos. Então, assim, o que a gente pede não é assim olha está com dor, à criança não para de chorar entendeu? Então isso a gente pede para as meninas evitarem mesmo porque não é interessante. Então, assim não é que você tem que provar que a criança está com dor, mas você está demonstrando um fato que está acontecendo. Você está se respaldando, se baseando se apoiando em alguma coisa mais concreta que são esse escores essas tabelas validadas. Alguém fez um estudo muito grande para que sejam utilizados esses instrumentos em diversos hospitais. Então, você não está na questão empírica eu acho que a criança está com dor. Eu estou me respaldando, eu estou me justificando me baseando em uma escala e pedindo para o médico uma solução. Eu uso a escala para poder documentar, para poder ter um fundamento, eu tenho que ter um parâmetro para estar avaliando né eu não posso ficar no “achismo”. As vezes eu posso até achar que o bebê está com dor, mas em cima do meu “achismo” eu vou lá e utilizo a escala para confirmar. Isso já vem como uma rotina do serviço, já preconizada de que escala maior ou igual a três eu tenho que comunicar o médico ou a enfermeira. Isso vem como uma rotina do serviço, já preconizada.

Nos relatos do DSC fica evidente de forma pontual toda a trajetória experienciada pela enfermeira no processo de padronização do uso do instrumento de avaliação da dor do neonato. Esse processo inicia-se, primeiramente, pela escolha do instrumento que melhor se adeque à equipe de enfermagem, assim como à caracterização dos neonatos da unidade.

A enfermeira passa a dispor de um impresso de gerenciamento de dor que a equipe de enfermagem registra o escore de dor, reconhecendo-a, portanto, como o quinto sinal vital.

Consecutivamente, é definido um protocolo que preestabelece os horários e intervalos de tempo que o instrumento deveria ser aplicado, norteados as ações da equipe de enfermagem em seu uso. Conforme o DSC, a avaliação da dor passa então a ser rotineira, documentada e embasada cientificamente pelo uso do instrumento de avaliação validado.

Autores recomendam como essencial que a dor do neonato seja valorizada como o quinto sinal vital, de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente preestabelecidos⁽⁵⁸⁾. No entanto, a prática da enfermeira relatada no DSC acima corresponde às recomendações da literatura, porém não estabelece protocolo de tratamento para a dor.

O protocolo de tratamento da dor torna-se essencial, visto que uma das principais dificuldades para implementação de medidas de controle da dor eficaz, compreende a carência desses protocolos nas UTINs⁽⁵⁸⁾. Autores recomendam o protocolo de analgesia e acreditam no aumento da administração de analgésicos e na utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor⁽⁴⁶⁾.

12- DSC Percebendo o instrumento, gerando mudança de conduta do profissional em relação ao cuidado do neonato

“Eu acredito que os instrumentos ajudam a melhorar a qualidade de vida dos neonatos. Você não tem só sobrevivência, você tem sobrevivência com melhor qualidade de vida. Porque o resultado que você obtém da sobrevivência ele é muito melhor. E o instrumento interfere nisso? Interfere. Porque a partir do momento que você controla a dor, você beneficia aquele a quem você está cuidando. Eu acho que a postura da enfermeira nessa hora (na avaliação da dor) também é o exemplo que o funcionário vai ter e mais do que isso eu acho que é o interesse de cada um de procurar conhecimento sobre dor. Então, se a gente for incomodando agora, falando mesmo olha está com dor, a gente fez a escala, nós anotamos, não foi tomado conduta. Eu acho que isso assim, a longo prazo, tem chance de mudar né. Isso mexe com os médicos que estão se formando agora. Acho que eles vão se conscientizando né. Puxa tem escalas para avaliação da dor, RN sente dor. Então, a longo prazo eu acho que uma questão de conscientização. Não é uma coisa que a gente vai conseguir a curto prazo, né? Mas aos poucos isso tem que mudar. E assim, isso (uso da escala) já gerou grandes discussões na equipe, né? Do chefe da cirurgia infantil chegar até o leito da criança e estar escrito avaliação da dor e isso incomodá-lo né. De incomodá-lo no sentido de puxa se estão avaliando dor.... mas porque, né? Então, assim a gente aos poucos está incomodando. Então, eu acho que a longo prazo para os que estão se formando eles vão ter outra visão né do RN. Então, acho que é assim, é uma coisa que a longo prazo a gente espera que aos poucos a gente vai conseguir. Vai fazer nossa avaliação, e com isso ter uma analgesia mais adequada, né? Eu acho que primeiro quando você traz essa percepção relativa, subjetiva para uma questão mais real (com a escala) é ter essa certeza mesmo. Porque muitas vezes pode parecer uma dor, mas na hora que você vai pontuar não é. Então, de repente o que te parece uma face de dor, um membro fletido, estendido, um choro pode não pontuar, pode não chegar em quatro, em cinco, em seis, mas você perceber que o que aquela criança precisa ali não é uma medicação, ela precisa de um conforto. Então, é assim nortear a sua assistência. Eu não espero que todas as vezes que eu vou aplicar a NIPS aquela criança tenha dor e também não espero que zere em todos os momentos que eu vá aplicar. Mas o que eu posso fazer quando dá um escore um, dois ou três? Será que eu já tenho que levar para o médico e pedir uma analgesia? Eu acho que não. Eu acho que de repente com conforto, com mudança de decúbito... de repente aquela face de dor é uma mudança de decúbito, é uma fralda suja, o choro é de fome, é de um acesso que não está tão bom. Então, é tentar nortear o cuidado. Eu acho que uma das facilidades do instrumento é o direcionamento mesmo da sua assistência. Porque também com isso a gente vê quais são os momentos dos procedimentos que a criança mais sente ou fica mais agitado para você estar preparando a sua assistência de forma diferente. Acho que é um indicativo. Principalmente nessas crianças clínicas que não tem grandes procedimentos ou que a gente mal manipula, ou mesmo sedadas, né? A gente tem um agrupamento da assistência ou a hora que a gente vê mais próxima da medicação, que a gente vê que a analgesia está mais efetiva. Eu acho que é nesse sentido. Eu acredito na escala. Acredito porque ela veio a nortear nós enfermeiros e a equipe de enfermagem a ter um instrumento de fato que provasse pro pediatra, pro cirurgião que aquela criança ela demonstrava sentir dor de fato. Ela (a criança) tinha sinais característicos em que muito embora a gente dizia isso, a gente não conseguia provar isso. Então, a escala veio como um modo da gente provar: A face dele está assim, a maneira do comportamento dele está desse jeito, então ele está sentindo dor. Então, você não coloca um quadradinho, um espaço reservado para avaliar a dor e não vai avaliar né. E se pontuar, não é só para deixar anotado no papel, mas sim procurar uma solução. Isso é para todos os sinais vitais. Por exemplo, se o bebê tiver uma hipotermia, você vai procurar um médico e mostrar para ele e vai procurar uma solução seja dela, seja sua, seja da enfermeira, mas você vai estar buscando uma solução. E para a dor eu acho que tem que ter o mesmo pensamento, para tudo na verdade. Ninguém está aqui só para cumprir. Ele (instrumento) facilita para gente ficar assim mais confortável, né? Para a gente saber que a criança está bem. Quando você utiliza o instrumento, você tem a certeza ali no papel não só de achar, mas uma certeza técnica, comprovada de que a criança realmente está bem, não está com dor, não está sofrendo. A gente fica contente né. O objetivo (instrumento) é manter conforto

tanto físico quanto emocional e psicológico para o bebê. O objetivo do instrumento é que o bebê seja assistido de uma forma como um todo, com excelência. Então, os instrumentos ajudaram muito porque a equipe se conscientizou de uma forma que sem o instrumento, sem saber de dor e de avaliação de dor, elas (funcionárias de enfermagem) não tinham essa noção, elas não tinham essa visão. Então, mudou muito, por exemplo, há vou fazer uma punção venosa. Não consegui na primeira, na segunda. Nos tínhamos bebês que eram puncionados inúmeras vezes. Depois da implantação das escala a gente via que o cuidado mudou, né? Não consegui na primeira vou chamar alguém mais experiente, vou chamar alguém que tenha uma mão melhor para prematuro. Então, essas atitudes mudaram não só na UTI, mas no berçário de baixo risco também que para colher teste do pezinho, glicemia capilar todo mundo punha o dedinho para fazer sucção não nutritiva nos bebês. Sabe todo mundo aconchegava os bebês, as meninas posicionavam os bebês de uma forma melhor na incubadora, por exemplo. Deixavam o bebê descansar mais para não mexer tanto. Então, eu acho que mudou toda a visão da equipe mesmo com relação ao controle de dor e essas medidas que a gente consegue fazer sem precisar de prescrição médica. Através da implantação dos instrumentos a equipe se conscientizou mais em relação à dor e começou a fazer mais coisas que estavam ao alcance delas, né? Manusear menos os bebês, fazer menos procedimentos invasivos, puncionar menos vezes, fazer métodos não farmacológicos. Então acho que essas atitudes elas realmente conseguiram incorporar na prática. Então, eu acho que quando a gente começa aplicar escala, né? Que a gente começa documentar e a escrever que o bebê está com dor, que deu um escore alto de dor, isso demanda algum tratamento, né? Então, de uma certa forma isso acaba incomodando quem está cuidando daquele bebê a fazer alguma coisa né. Ou a um tratamento não farmacológico, alguma coisa que esteja ao nosso alcance ou estar comunicando a estar conversando com a equipe médica para estar fazendo alguma analgesia. Então, assim, isso gera certo incômodo acho que na equipe toda, né? A gente tem que fazer alguma coisa para aliviar a dor do RN. Após a aplicação do instrumento o cuidado ao bebê muda bastante. Quando a gente usa o instrumento você está avaliando, por exemplo, você trocou a cama da criança, você aconchegou essa criança então isso é uma forma de você aliviar o sofrimento da criança também, né? Porque às vezes a criança não está com dor, mas ela está desconfortável né. O instrumento facilita muita coisa. Abre a mente da gente. A gente fica mais sensível ao bebê, porque você consegue ver que é um bebê que está dependendo de você naquele momento. A gente aprende muito com isso, porque ainda tem muitos hospitais que não conhecem os instrumentos e seria uma boa se todos conhecessem porque ajuda muito tanto você quanto profissional”.

Este DSC representa uma das facilidades que a enfermeira relata durante a sua experiência na utilização do instrumento para avaliar a dor do neonato. De acordo com a percepção da mesma, a aplicação do instrumento de avaliação de dor torna-se essencial à medida que gera mudança de conduta do profissional de saúde em relação ao cuidado do neonato.

Ao executar a prática diária de avaliar a dor do neonato por meio do instrumento, documentar a avaliação da dor e solicitar sua conduta de alívio, a enfermeira acredita conseguir iniciar um processo de sensibilização de toda a equipe de enfermagem e médica, almejando com isso obter a longo prazo uma maior conscientização dos profissionais de saúde e um cuidado de excelência para a dor neonatal.

A enfermeira percebe que o uso do instrumento direciona a sua assistência à medida que lhe permite detectar o escore da dor do neonato e distingui-la da que necessita de terapia farmacológica da não farmacológica.

Conforme a análise do DSC, após a utilização do instrumento de avaliação da dor, a enfermeira observa a equipe de enfermagem desenvolvendo atitudes na prática que antes eram desconsideradas. Passa, portanto, a perceber que a terapia medicamentosa não é a única alternativa disponível para a promoção do conforto e diminuição de estresse do neonato.

Em nossa prática profissional, observamos que o emprego de terapias não farmacológicas concomitantes a outras terapias farmacológicas auxilia na diminuição da dor de neonatos e suas implementações dependem, sobretudo da enfermeira.

As medidas não farmacológicas para o controle da dor e redução do estresse como: colocar o neonato em posição “mãe-canguru”, estimulação mínima do neonato, sucção não nutritiva, têm sido demonstradas como eficientes em vários estudos⁽⁸⁷⁻⁸⁹⁾.

Entretanto, resultados de pesquisas vêm documentando um desconhecimento e pouca utilização das medidas não farmacológicas no controle da dor do neonato pela equipe de enfermagem^(5,8).

Torna-se nítido, portanto, a mudança de atitude do profissional de enfermagem, a partir da utilização do instrumento de avaliação da dor, ao manter o conforto físico, emocional e psicológico do neonato dispondo de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor neonatal.

Parece haver uma correlação importante entre enfermeiras que utilizam o instrumento de avaliação da dor com o conhecimento de medidas não farmacológicas para seu alívio, conforme foi relatado no discurso deste estudo.

Ao pensar que uma série de trabalhos, evidencia o desconhecimento dos profissionais de saúde em relação às terapias não farmacológicas esse achado comprova que a utilização do instrumento de avaliação traz um

avanço na prática clínica da equipe de enfermagem em busca de um cuidado de excelência.

13. DSC Percebendo o instrumento como facilitador na avaliação da dor do neonato por estar respaldado cientificamente

“A gente fica contente, né? Em saber, através do instrumento, que a criança não está com dor, não está sofrendo. As facilidades da escala é você se sentir realizada em poder ajudar um bebê que não tem como relatar verbalmente que está com dor e você conseguir referir que naquele momento ele está sentindo um certo tipo de dor, pode ser cólica, pode ser constipação. A NIPS trabalha com extensão, flexão, choro é com sintomas clínicos é... aquela avaliação de comportamento, mas comportamento físico do paciente. A NIPS a gente avalia se a criança está chorosa ou se ela está com flexão de membros superiores ou inferiores, se a criança está franzindo a testa, né? Tendo todo o instrumento da escala você consegue detectar se aquilo que o bebê está apresentando é dor ou não. Então, é através da NIPS que ele (RN) está falando para você que ele está com dor. Então, assim eu detecto que ele está com uma dor seja ela física ou emocional, pelo escore. Porque a NIPS acaba pegando né. Uma criança com uma dor emocional ela vai chorar, ela não vai encontrar consolo. Tudo isso é o que a NIPS mede entendeu? Eu acho que o instrumento ajuda sim a melhorar a analgesia, a melhorar o tratamento, porque se você não tivesse o instrumento como você iria justificar a dor do bebê, né? Então, assim até mesmo para você dizer olha eu acho que essa criança está com dor você se embasou em alguma coisa para você observar. Então, pelo menos você tem uma embasamento científico aceito na comunidade e você normatiza isso, né? Então, não é eu acho que ele (RN) está com dor e sim ele está com escore “X” de dor. Sendo a NIPS um instrumento que foi avaliado, que foi estudado. A escala sensibilizou os pediatras e sensibilizou também os cirurgiões que é uma classe que não está aí e isso ajudou muito. A escala sensibilizou os cirurgiões, principalmente, na retirada do dreno por ser uma coisa assim que incomoda demais o bebê. Os pediatras muitas vezes eles precisam de evidências. Evidências escritas. Alguns detêm essa sensibilidade, para com a dor do RN sem precisar de evidências escritas, detêm esse enfoque da relevância do cuidado com o RN em todas as instâncias, não só na dor, no manejo da dor, mas no manejo do RN como um todo e na diferença que esse cuidado vai fazer ao longo da vida desse bebê e dessa família. E eu acho que você consegue sair dessa parte empírica para realmente alguma coisa mais concreta através do instrumento. Então, você não fica só no eu acho que a criança está com dor. Você tem sinais e números que te dão essa confirmação e nessa questão de comunicar o médico a dor do RN você tem um respaldo maior, um embasamento mais sério para poder se justificar. Eu acho que o respaldo é uma tentativa de informar, mas também de convencer o médico. Porque é difícil convencer o médico. Então, muitas vezes você precisa de algumas informações mais convincentes, mais sérias para que eles te atendam. Uma coisa é você chegar e falar para a médica olha essa criança está com dor, está chorando, está desconfortável, não está bem. Outra coisa é você chegar e falar olha doutora eu apliquei a NIPS na criança e ela apresentou um escore seis, cinco de dor. Eu acho que dá uma seriedade maior para a enfermagem entendeu? Eu acho que não é só oh olha está chorando. Olha está desconfortável, a respiração está assim, os membros estão dessa forma, o choro está desse jeito. Então, você justifica de uma forma que o outro fala bom... eu não vou discutir com uma escala validade eu acho melhor eu providenciar uma analgesia. Então, eu acho que o instrumento ajuda sim a melhorar a analgesia, a melhorar o tratamento, porque se você não tivesse o instrumento como você iria justificar a dor do bebê, né? Querendo ou não esse instrumento foi avaliado, foi estudado né e por meio dele você consegue falar olha esse bebê está com dor. Segundo esse instrumento, a gente avaliou, e o bebê está com dor. As escalas me respaldam a chegar para o médico e comunicar a dor. Porque é diferente você chegar para o médico e falar olha eu acho que está com dor, ele está agitado e você chegar e falar olha, pela avaliação da dor, deu um escore alto de dor. É diferente, então eles já ficam assustados, né? Nossa... o que é isso de escore? De escala de dor? Então, acho que isso, é um respaldo sim. Então, isso veio (instrumento) a estar respaldando mais a estar no sentido assim é... provando com fatos escritos de que aquilo (dor) estava acontecendo. Foi exatamente assim... não o descaso acho que não é essa a palavra, mas o descrédito que os médicos tinham em relação à dor do RN que levou a gente a buscar a implantação da escala. Então, foi mais para provar para ele (médico) que realmente esse bebê tinha dor e que havia a necessidade de um analgésico. Em relação à NIPS não existe

subjetividade. Porque ela é oito ou 80. Testa franzida ou face tranqüila. Então não tem como você negar uma testa franzida. Está chorando ou não. Você não tem como negar uma face tranqüila. Faz careta ou não faz careta. Está com os braços fletidos ou hiperestendidos. É muito pá-pum. São colunas né e a gente trabalha com zero, um e dois. Ela (NIPS) é muito objetiva. Eu acho que ela dá uma condição mais objetiva para você. Então se eu tenho um escore, se eu tenho onde me basear. Se eu tenho uma coisa numérica, perceptiva, mas que é transformada em números eu não tenho o que discutir. Eu posso não estar bem hoje (emocionalmente), mas eu vou ali e vejo os bracinhos fletidos dou pontuação, vejo as perninhas fletidas dou pontuação, vejo expressão facial testinha franzida porque tem toda essa descrição para fazer, eu dou pontuação. É matemática. Eu somei aquilo que eu observei. Porque não tem meio termo, ou ele (RN) está com a testinha franzida ou ele está com o semblante calmo. Ele está chorando ou ele está calmo. Então, você não fica dependendo do seu estado de humor para dizer ah...ele (RN) está tão calminho hoje ou ah... esse menino chato que não para de chorar, que está infernizando a minha cabeça, ele está com dor. A avaliação fica mais objetiva, o cuidado fica mais objetivo. Para mim o instrumento eu acho que o significado é muito isso. É você trazer uma coisa de percepção, mais empírica, uma coisa que não é tão palpável e transformar em um número, em dados mais concretos. Eu acho que é trazer uma coisa relativa, porque a forma que eu posso ver não é a forma que o outro vê. Então, é mudar de uma coisa subjetiva para uma coisa um pouco mais concreta. Então você detectou sinais concretos, sinais físicos que aquela criança está apresentando e pontuou para poder justificar. Mas eu acho que a NIPS foi à escala mais tranqüila assim para a gente utilizar e que toda equipe conseguia assim aplicar de forma bem tranqüila. E lá na unidade neonatal a gente em um primeiro momento instituiu ao uso da NIPS, né? Que foi a escala que a gente achou que num primeiro momento realmente seria mais fácil de ser utilizada por todo mundo porque a gente sabe que tem uma série de dificuldades e a NIPS é uma escala que não precisa de cálculos, não precisa de grandes observações. O instrumento é fácil de lidar. Ela (NIPS) não é de alta complexidade. Escolhemos a NIPS porque era um instrumento que tinha uma boa aceitação, é um instrumento de fácil acesso para os técnicos que também iam passar a utilizar essa escala porque era uma escala que tinham uns horários, então conforme eles iam é... tendo... é... era de 6/ 6 horas. Então, muitas vezes a enfermeira não tinha condições de estar verificando isso diretamente, então era de melhor entendimento para eles (técnicos de enfermagem), uma escala mais fácil e que é tinha condição de estar colocando o médico prontamente a par, fazendo logo uma analgesia se fosse necessário. Então, na verdade nós escolhemos essa escala porque essa escala era mais fácil para os técnicos, era mais fácil para toda a equipe na verdade de estar caracterizando aqueles sinais e decodificando e já colocando o pediatra prontamente a disposição para fazer alguma intervenção farmacológica ou não farmacológica. Ela acaba mostrando mais a intensidade da dor né. E isso acaba norteando assim se realmente é necessária a analgesia. Eu acho que não influência na prática, não atrapalha, não faz a gente perder tempo além do que a gente perderia principalmente porque a NIPS é uma escala rápida, você passa os olhos no bebê e você consegue fazer a pontuação todo mundo tem acesso a escala, consegue fazer e entender porque ela é muito simples, ela é muito clara.. A CRIES como gente tem muitos bebês cirúrgicos e ela é uma escala pro pós- operatório então, por isso a gente acabou ficando com essas escalas. Eu acho que os instrumentos não dificultam em nenhum aspecto na avaliação. É muito fácil utilizar as escalas. Então, como eu te falei desde que eu entrei elas (as escalas) já eram utilizadas né e por elas serem de mais fácil Nós temos como aplicar depois do tratamento e saber se o bebê melhorou ou não daquele processo doloroso e a. A chefe médica foi vendo um instrumento que fosse de fácil acesso para toda a equipe e que a equipe conseguisse definir rapidamente os sinais que caracterizariam a dor. Era fácil fazer a avaliação da dor com o instrumento porque a criança mostra, ela tem um não verbal muito forte. E o prematuro ele tem a face dele... já demonstra, o esboço dele, a forma dele já esboça o que ele está sentindo naquele momento. Porque ela é um pouco mais fácil de você estar vendo os parâmetros. Porque as outras elas são um pouco mais complexas. E que a priori íamos ter um pouco mais de dificuldade. Eu acho o instrumento muito fácil de ser aplicado. Qualquer funcionário pode usar o NIPS. Quanto à escala NIPS nós não temos dificuldades. Eu acho que todas conseguem aplicar a escala, né? Depois da experiência com a NIPS que melhorou bastante o conceito da dor no RN. Os instrumentos foram bem aceito pela equipe médica e de enfermagem. Na verdade o berçário como ele é uma

unidade pequena, né? A gente teve uma ótima aceitação. A equipe médica do berçário foi bem tranqüila, não teve nenhuma resistência. A gente tinha um relacionamento tranqüilo para implementar a avaliação a gente realmente não teve problema. Todas elas (enfermeiras) entendem a importância do instrumento, né? Pelo que eu vejo as enfermeiras, a maioria delas sempre faz a escala. Uma das prioridades é a avaliação da dor para nós”.

Existem vários relatos disponíveis na literatura, justificando que uma das maiores dificuldades ao avaliar a dor do neonato é justamente o fato dos mesmos não disporem do relato verbal para se comunicarem^(26,73).

No entanto, já se discutem cientificamente formas de decifrar a linguagem da dor no recém-nascido por meio de uma série de parâmetros fisiológicos e comportamentais que se modificam diante do estímulo doloroso, como a frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, até movimento corporal, mímica facial e o choro⁽²⁶⁾.

Nesse contexto, fica evidente no DSC acima o quanto o instrumento de avaliação da dor facilita o profissional de enfermagem a detectar tais sinais e propor um cuidado efetivo ao neonato em situação de dor.

Outro dado que ressalta no discurso, é que embasada na utilização do instrumento, a enfermeira consegue realizar uma avaliação da dor mais objetiva e concreta e, com isso, percebe obter maior respaldo médico.

Achados em outra pesquisa identificou a experiência da enfermeira frente à avaliação da dor na criança. No estudo, o instrumento de avaliação foi percebido pela enfermeira como importante por auxiliá-la na mensuração da intensidade da dor, além de considerá-lo prático, rápido e confiável⁽⁵⁶⁾.

Em contrapartida, outro estudo que tinha o objetivo de descrever como os profissionais de enfermagem compreendem a avaliação e manejo da dor do recém-nascido em cuidado intensivo e que também utilizam um instrumento de avaliação da dor, teve como resultado pouco conhecimento dos profissionais a respeito do correto manuseio do instrumento, não considerando-o eficaz⁽⁴⁷⁾.

14. DSC. Investindo na formação dos profissionais sobre a avaliação de dor em neonatos

“... quando eu fiz a pós-graduação, que eu fui aprimoranda eu cheguei a fazer um estudo também com a NIPS. E começamos a estudar as escalas disponíveis, os artigos que a gente tinha, as validações, as recomendações de uso de cada escala, né. Então, começamos a estudar para cada unidade qual seria a escala mais viável para a avaliação da dor. A gente tem uma facilidade aqui na avaliação e tratamento da dor porque as pessoas ouvem falar muito da dor né. Então, quer dizer a chefe médica faz todo um processo de orientação com esses residentes, né? Eles tem aulas específicas para dor em RN. Eles sabem que vão ser cobrados em relação a isso quando ela (chefe médica) passa as visitas e etc. Então, assim, tudo isso é muito bem fundamentado. Então, eu acho que para você conseguir convencer alguém e derrubar mitos é preciso você fundamentar. Então, nesse sentido as grandes produções científicas são da chefe médica, né? Ou estão sobre a orientação dela. Então, acho que isso tem um peso muito grande dentro do local onde ela é a chefe médica. Você não ter um padrão desse de utilização de analgésico é inadmissível, né? Não são todos os meses que a chefe médica passa direto, assim...às vezes ela passa uma vez por semana, mas tem mês que ela passa todos os dias. Nesses meses eu acho que de tanto ela falar com os residente sobre a dor, eles ficam mais atentos, como se fosse uma cobrança dela com os residente. Eu acho que da mesma forma que eu falei que para a enfermagem tem que ter uma educação permanente dentro da unidade todo dia e não só esperar o grupo da educação continuada agendar as aulas. Eu acho que é uma questão do dia a dia mesmo eu acho que para os residentes também. Então eu acho que assim, quando você tem um profissional que produz, em termos científicos dentro da questão da dor, se você tem um chefe que apóia aquilo. E se você tem uma pessoa voltada e preocupada com isso, que encabeça a equipe então isso torna profissional a discussão. Então, eu diria que o patamar que a gente se encontra hoje é esse. É um patamar profissional da discussão da dor. Onde não interessa se você já foi entubada, se você já passou sonda ou não. Não fica nessa coisa caseira de discussão. Ah mas você já não viveu isso e não doeu em você então não vai doer nele (RN) também. Não. Eu passo a discutir profissionalmente. Olha eu tenho um escore aqui que eu observo tais reações e a partir desse escore está aqui oh ele tem dor sim. A literatura científica tem ajudado a sensibilizar os médicos principalmente para a dor do RN. Nossa chefe médica tem estudos sobre dor, ela também tem muitos trabalhos sobre dor. Então eu acho que elas tentam buscar de alguma forma através da literatura da própria escala que tem uma repercussão dinâmica e tudo mais. A equipe médica e de enfermagem. A equipe como um todo, né? Todo mundo sabe dos artigos que ela (chefe médica) escreve dos trabalhos que ela desenvolve. Eu acredito que sem dúvida nenhuma ter uma chefe médica na linha de frente significa um apoio e isso facilita a avaliação e tratamento da dor. Eu acho que ter apoio médico interfere na avaliação da dor e é muito importante. Porque com certeza é a chefe médica passa isso para os residentes, para eles estarem aplicando (a escala) na prática. Eu acho que agora a mentalidade dos médicos também desde a faculdade e da especialização entender que o RN tem dor está mudando. Eu acho um absurdo há um tempo atrás as pessoas não acreditarem que o RN sente dor. Eu lembro na faculdade no primeiro estágio de neonatologia você olha para uma criança com dor, você fala nossa gente alguma coisa está errada. Não é possível. Mas eu acho que hoje em dia os médicos com a educação deles mais voltada para esse tipo de coisa eu acho que a tendência é melhorar e diminuir essas coisas, mas ainda demora, ainda tem tempo. Para os profissionais a gente fazia bastante treinamento tanto nos plantões quanto um treinamento geral para a equipe. E para enfermagem também... eu acho que assim, o trabalho de enfermagem é uma educação contínua sempre. Não é só aquela educação permanente no setor de educação continuada. É a educação da enfermeira todos os dias, todos os momentos. Então, eu acho que o que a gente tem percebido é isso, que tem momentos que a enfermeira precisa chamar, conversar, explicar (para o funcionário) nem que seja um a um, não precisa ser nada de expor ninguém, de fazer uma reunião para expor ninguém. Eu acho que uma orientação do dia a dia mesmo de explicar a importância de cada procedimento. Acho que ultimamente nem tem acontecido tanto. Os profissionais sempre tinham treinamento para se atualizarem e para realmente fixar que eles precisavam avaliar a dor e para saber a

importância disso. Era um treinamento periódico. Então, o treinamento era uma aula de uma a uma hora e meia. E a gente passava aspectos básicos de fisiopatologia da dor até para tirar aquela crença de que o bebê não sente dor e a gente não precisa se preocupar com isso, né? Falava um pouco dos sinais, dos indicadores de dor que o bebê apresentava, fisiológicos e comportamentais e mostrávamos a escala. Daí a gente fez um treinamento voltado para escala para que todo mundo interpretasse choro ausente, resmungo, choro forte, para que todo mundo interpretasse mais ou menos da mesma maneira. Então, a gente fez um treinamento para que as pessoas soubessem mais ou menos o que a gente considerava como uma respiração regular, uma respiração irregular, movimentação presente ausente. A gente (enfermeiras) fez um treinamento para todo mundo falar a mesma linguagem na escala. Então elas ficavam animadas em estar aprendendo e de estar fazendo uma coisa melhor para o bebê. E daí, a gente acabou treinando os funcionários para que eles detectem se a criança está com dor ou não e aí a gente vai e faz a avaliação para ver se realmente o RN está com dor. O treinamento é feito pela manhã quando o funcionário entra. Primeiro o funcionário fica um mês de manhã treinando e depois ele vai para a tarde e a tarde a gente orienta também porque às vezes tem muita coisa que eles não aprenderam de manhã e a tarde eles aprendem porque a rotina da tarde é diferente da rotina da manhã. Eu uso o treinamento como estratégia para evitar o esquecimento da aplicação da escala. A gente treina os funcionários para a anotação do impresso né. Porque tem o impresso que nós temos que tem essa avaliação da dor e a gente orienta o funcionário para o preenchimento desse impresso. Então, para eles não esquecerem o impresso já lembra a pessoa de anotar a avaliação da dor. O NIPS como ele é muito simples a gente não tem muita dificuldade na orientação da escala. Na explicação do instrumento a gente não tem muita dificuldade. Então, sempre que o funcionário é admitido já inicia como um sinal vital. Então a gente explica para o funcionário que a gente acrescenta no nosso controle a dor e a visita do familiar. A dor entra nessa forma do treinamento com a mesma importância que você tem que ver a temperatura, frequência, você vai ver se a criança está com dor ou não. Então, é muito mais fácil quando no início do treinamento, quando a pessoa está aprendendo a trabalhar na nossa UTI neonatal a escala já entra como parte de um treinamento. Dificilmente a gente precisa fazer alguma coisa separado - agora nós vamos falar de dor. A gente tenta trazer de uma forma mais natural possível e cotidiana. Então, é uma coisa que você tem que fazer todo dia no seu plantão. E principalmente porque o treinamento começa com aquelas crianças mais tranquilas, de médio risco, crianças de baixo risco. Então, a gente mostra olha a criança está bem, se nós conseguimos conhecer muito bem a normalidade então quando pegarmos uma criança com dor aquilo vai te chamar a atenção, porque aquilo é diferente do normal. Então, a gente tenta trazer de uma forma muito mais simples. O nosso treinamento é sempre baseado nisso quanto mais você conhece o RN normal, e esse normal que a gente diz é por que a gente pega os mal formados, a gente pega os prematuros e eles não estão naquela normalidade. Então, é muito complicado você definir o que é normal, mas é aquele RN sadio, a termo que de repente entrou na UTI porque a mãe não pode receber ou qualquer outra coisa que sair dessa normalidade. Então a gente trabalha muito com isso, né? De conhecer o que é normal porque depois o que não é normal as alterações elas saltam aos olhos, né? Elas chamam muito a atenção. Então, o bebê relaxado, um bebê sem dor, aquilo é normal. Agora uma franzidinha na testa, uma carinha de choro, um membro fletido, estendido. Qualquer coisa que pontue nessa escala tem que chamar a atenção. O estado desconfortável tem que chamar a atenção. O estado desconfortável daquela criança tem que te chamar a atenção. Você não pode trabalhar como se isso fosse o normal. Mas de qualquer forma é o corpo a corpo e é a orientação que faz a pessoa perceber que se ela não tiver algo que embase a observação dela não adianta ela observar. Eu acho que assim nos últimos anos nos tivemos uma maior humanização das unidades de UTI, mas algumas ainda são resistentes. Agora nem tanto porque a gente faz sempre cursos em relação a isso. A dor é discutida em todos eles. Mas antes não era uma coisa que dava muita ênfase, né? Principalmente em neonatal. É preciso educação continuada sempre. Não só a educação continuada, mas da enfermeira todo dia detectando um problema já chamando a atenção. Não é chamar a atenção de bronca. É o chamar a atenção mesmo de preste a atenção nisso porque é importante por causa disso, disso e disso e justificar. Então da mesma forma que você vai educadamente conversar com o médico e pedir a analgesia é dessa forma que você vai cobrar o trabalho da sua equipe.

Então essa educação permanente tem que estar voltada também para isso. Eu vou chamar o funcionário, eu vou explicar o que está acontecendo. Ter um chefe que conhece e cobra a avaliação e o tratamento da dor é fundamental, tanto chefe da enfermagem, como chefe médico e chefe da fisioterapia. E um tem que fazer a supervisão do outro.

No discurso da enfermeira, notamos claramente a ênfase que é concedida por ela no treinamento dispensado à equipe de enfermagem em relação à abordagem da temática dor neonatal. Na sua prática em relação à avaliação da dor, a enfermeira considera essencial que a equipe de enfermagem atualize-se e saiba da importância de avaliar a dor do neonato.

A enfermeira acredita que, para ser efetivo, o treinamento deve ser permanente e constante. Nesse treinamento, aborda temas como fisiopatologia da dor, alterações comportamentais e fisiológicas do neonato em situação de dor, assim como a apresentação do instrumento de avaliação da dor e seu funcionamento.

Para ela, o conhecimento adquirido sobre a avaliação da dor respalda o profissional de enfermagem para argumentar com o médico sobre a dor do neonato de forma fundamentada.

Como mostra a literatura, uma das barreiras encontradas pela enfermeira no alívio da dor é a cooperação insuficiente de médicos e a inadequação da prescrição de analgesia⁽²⁷⁾; outras barreiras evidenciadas em outros estudos e que prejudicam a implementação de um controle adequado da dor é o déficit de conhecimento do profissional e a avaliação inadequada da dor⁽⁸¹⁾.

Outro dado importante que ressalta na análise do discurso acima, é a percepção da enfermeira frente ao início de uma mudança no comportamento da equipe médica, em razão dos conteúdos sobre a dor neonatal que já começam a ser abordados na graduação e na pós-graduação desses profissionais.

Um ponto a ser destacado, que ressalta do DSC e merece ser discutido, é o fato da enfermeira relatar sentir-se apoiada pela chefia médica, desenvolvendo pesquisas na temática dor e empenhada em abordar o assunto com os residentes da unidade. O fato é percebido pela enfermeira

como de extrema importância, à medida que ela percebe uma maior facilidade, tanto na avaliação da dor como sobretudo no tratamento da dor do neonato.

15. DSC Tendo um olhar diferente da avaliação da dor do neonato, conforme a experiência profissional

“Então, a gente aqui dentro, na verdade a gente tenta cuidar desses bebês, não como se fossem nossos, mas a gente tenta ver pelo lado mãe. Um certo cuidado maior a gente se dedica aos bebês. Principalmente, os neurológicos que já têm aquele choro neurológico deles mesmo, mas que você consegue perceber que mesmo com o choro neurológico ele (RN) está sentindo dor. Isso a gente aprendeu no dia a dia da assistência avaliando, eles dão para gente e a gente dá de volta para eles como se fosse um retorno, uma troca de que eu tenho que conhecer o bebê, saber o que ele está sentindo e referir. A gente se apega aos bebês, a gente se sente um pouco mãe deles, né? Mãe no sentido figurado de defender, de brigar por eles. Porque na verdade eles não têm boca para falar nada, quem tem que realmente falar somos nós. Então, assim quando você começa a criar empatia, a desenvolver *feeling*, e pensar e identificar com o seu paciente daí você começa a perceber que um simples trocar de cama não é uma coisa tão simples, sem importância na vida daquele bebê. E daí você começa a perceber que o “banhozinho” não é tão gostoso como você dizia que é, que trocar a fralda também não é tão gostoso assim, porque o xixi ainda está quentinho, então ele (RN) não está incomodado. Você é que diz que tem que trocar a fralda dele, mas ele ainda não pediu para ser trocado. São coisas que são respeitadas quando o bebê está em casa. Quando o bebê está com a família. Porque você só vai trocar ele quando ele chora. Você só vai trocar a cama dele uma vez por semana o lençolzinho, ou quando ele vomitou e sujou. Você não tem o hábito de trocar todos os dias. Você não vai acordar ele para trocar o lençol. É diferente. Então, o respeito por aquele paciente...aí você enxerga ele com um indivíduo hospitalizado. Porque o hospital para você é um incomodo. Deus me livre eu ser hospitalizada um dia na minha vida. Ninguém deseja ah... eu queria tanto passar uma temporada no hospital. Eu queria tanto ser internada a semana que vem, ah... do jeito que você deseja uma viagem como ah eu queria tanto ir para a praia a semana que vem. Você não fala ah eu queria tanto ser hospitalizada a semana que vem. Porque? Porque você sabe que a hospitalização é incomoda. Mas você acha que para o RN estar no hospital porque ele precisa é ótimo. Ah eu sou a melhor pessoa do mundo para cuidar dele. Daí você vai falar assim ah, mas a pessoa ali não podia ser mais humana e sentir com aquele paciente. E daí eu te digo, depende da empatia. O ser humano para ele sentir pelo outro ele precisa se empatizar com o outro, se identificar no outro e daí a coisa fica muito informal. Então, quer dizer no dia que eu estou mais sensível ou mais sensibilizada eu consigo sentir a dor do outro. No momento que eu não estou... Eu acho assim que a equipe tem que trabalhar muito a empatia. Então,... para tudo. Desde a hora que você prepara uma cama para o RN, que você faz as medicações. A gente sempre coloca para as meninas muito a questão do se colocar no lugar do outro. Eu acho também que a sensibilidade para a dor é uma coisa muito pessoal. Conforme a pessoa que está aplicando ela vai ter um olhar, não só da pessoa, mas também a experiência que ela tem com o RN. A experiência clínica muitas vezes ela confere ao profissional é uma condição de estar verificando com maior facilidade, com maior efetividade algumas características que o RN está apresentando anormais e diferenciar das normais. Por exemplo, um choro de um bebê que está irritado porque ele está dentro de uma incubadora, ele está irritado porque ele não consegue ainda se virar e aquele lado está muito desconfortável para ele. De certa forma ele está sentindo dor. Ele não está organizado, então isso dá a ele um desconforto. Então, se o profissional não está, não é só sensível, mas afastado para estar verificando isso, para ter esse domínio ele não vai verificar. Então, a avaliação vai muito do que você conhece sobre o bebê, das características, do comportamento dele, do dia a dia dele. Então, se você o conhece, você entende a diferença entre dor e desconforto. Então, assim você tem esses graus de percepção que eles variam de acordo com a experiência do profissional. O tempo que o profissional atua dentro da unidade. Profissionais que estão a pouco tempo eles se incomodam menos com essa alteração ambiental (choro) que o bebê acaba causando. Então, assim às vezes ele acha que bebê chora mesmo né? Não, bebê não chora mesmo. Bebê chora mesmo, mas, ele chora mesmo por uma situação anormal. Este bebê ele pode estar chorando por uma situação anormal. O bebê que chora em situação normal você trocou e deu comida ele para. Se ele está chorando além do trocar e dar comida é porque ele tem alguma outra coisa que está desajustada nele né. Seja no

ambiente dele, ou seja, no próprio estado emocional dele. Então, assim está muito relacionado ao tempo em que essa pessoa atua dentro da unidade. Pessoas que atuam há mais tempo, tem um pouquinho mais de visão sensibilizada para perceber que aquele bebê não está no ambiente dele. Que aquilo não é um estado normal de um bebê e que aquele bebê precisa ser cuidado em relação a essa dor emocional ou uma dor até física mesmo que ele possa estar sentindo. Pessoas que atuam há mais tempo tem uma visão mais sensibilizada para perceber que aquele bebê precisa ser compensado por aquela dor. Acho que eles os médicos amadureceram um pouco mais para a dor do RN. São mais os R4 e R5 que tem essa maturidade, já os R1, R2 e R3 têm, mas não é tanto igual aos R4 e R5. Eu acho que a experiência do profissional interfere na avaliação da dor quando é usado o instrumento porque se ele tem mais tempo, se ele lida mais tempo com o RN, ele tem mais habilidade de reconhecer o bebê com dor. Se ele está há pouco tempo, ele pode até achar que o bebê está com dor, mas ele não tem a total certeza que o bebê está com dor. Muitas vezes eles têm procurado a gente da enfermagem para confirmar se é dor ou não. Eu acho que o tempo de trabalho profissional te dá conhecimento e experiência e eu acho que interfere sim. A pessoa que atua há mais tempo no setor é que vai propor mais cuidado e intervenção na dor assim como atuar em cima disso. Porque elas têm autonomia para atuar. Então assim... quanto mais experiência esse profissional tem, mais condições ele vai ter de cuidar e dar assistência que é uma assistência que vai muito do feeling do profissional. Então acho que assim essa parte não farmacológica é uma questão de feeling mesmo, de você olhar para o paciente e saber o que ele está pedindo para você. E saber como você vai contornar aquela situação. Talvez seria até uma questão de "maternagem". Então vai além do cuidado profissional. Às vezes eu realmente reparo que assim a aplicação da medida não farmacológica nem sempre está voltada a criança. Muitas vezes ela está voltada ao próprio profissional. Então, assim é uma coisa meio subjetiva. Dependendo da formação do profissional eles não dão valor para o instrumento e para a avaliação da dor. Eu acho que a formação profissional interfere muito na avaliação da dor. Na minha formação a gente sempre fazia escala de dor, nos pacientes adultos, na UTI de adulto, na emergência tudo. Eu não sei, eu não conheço nenhuma colega minha que não de atenção a isso, né? Eu acredito que tenha faculdades que não dão valor a escala de dor não. Eu acredito que tenha profissionais que nem conheçam as escalas de dor. Não são todos os profissionais ... uma das coisas que a gente aprende na enfermagem é que a gente tem vários níveis de instrução. Então, você tem a enfermeira que fez faculdade, você tem aquela que fez faculdade mas que era auxiliar de enfermagem. Então, ainda mantém uma postura muito técnica e não do conhecimento em si. Você tem auxiliares ou técnicos ótimos que vão atrás de conhecimento científico, pretendendo ou não fazer um curso superior, mas eles sabem a importância do trabalho deles e vão atrás de artigos, de livros e tudo mais. Porque a gente vê a repercussão total da dor no bebê, aumento de frequência cardíaca, o bebê chora o tempo todo e mesmo consolando ele não tem jeito e a gente sabe que é realmente dor né. Porque quem fica no leito 24 horas é a enfermagem não tem jeito. Então, a enfermagem sabe quando o bebê está com dor".

Evidencia-se a partir da análise do discurso que a percepção do profissional para dor do neonato é diretamente proporcional a sua experiência profissional. Para enfermeira, quanto maior for a experiência do profissional, mais sensibilizado e maior autonomia para atuar na avaliação e alívio da dor ele dispensará.

De acordo com resultados de pesquisa, a experiência da enfermeira influencia no tipo de tratamento que será oferecido da mesma forma que a responsabilidade, o conhecimento teórico e a sensibilidade dela em relação

ao episódio doloroso podem efetivamente facilitar ou dificultar a intervenção para diminuir a dor⁽⁹⁰⁾.

Outro resultado de estudo, portanto evidencia que sexo, idade e experiência profissional aparentemente não têm influência sobre a avaliação da intensidade da dor⁽⁶⁵⁾. No entanto, a profissão parece ser considerada um fator influente na avaliação da dor, visto que os enfermeiros tendem a achar os procedimentos como mais dolorosos em relação ao médico^(65,91).

Sabe-se que o manejo da dor pode ser afetado por diferentes fatores, tais como conhecimentos, crenças além da competência técnica do profissional de saúde⁽⁹²⁻⁹³⁾.

Conforme a percepção da enfermeira relatada no DSC, parece bastante provável que a formação profissional interfira na avaliação da dor do neonato. Na área da enfermagem dispomos de vários tipos de profissionais: as enfermeiras graduadas que anteriormente eram auxiliares de enfermagem e conforme o discurso acima ainda possuem uma postura muito técnica, os técnicos e os auxiliares de enfermagem que buscam conhecimento científico e tem a pretensão de fazer o curso superior e aquele funcionário que não busca por conhecimento e crescimento profissional.

No entanto, a percepção da enfermeira no DSC é semelhante a estudos que evidenciam que o conhecimento da dor e a formação especializada de profissional têm uma influência sobre o manejo da mesma^(29,94).

Outro fato que merece destaque na análise do DSC é em relação a sensibilização do profissional para a dor do neonato. Para enfermeira o colocar-se no lugar do outro se torna essencial, pois para ela à medida que o profissional começa a desenvolver empatia e *feeling* pelo neonato, ela se torna mais sensível para o cuidar.

Esse achado é semelhante a outro na literatura o qual relata que a sensibilização do profissional na avaliação da dor é a questão primordial para que a enfermeira comprometa-se com o alívio da dor. Todas as experiências vividas pela enfermeira e os sentimentos associados não terão

representação, se não houver sensibilização por parte do profissional que vivenciou a experiência⁽⁵⁷⁾.

*“A mente que se abre para uma nova idéia jamais
voltará ao seu tamanho original”*

Albert Einstein

CONSIDERAÇÕES FINAIS

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo torna-se relevante, conforme proporcionou conhecer a experiência da enfermeira que trabalha em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no uso do instrumento para avaliar a dor com base em suas percepções, atitudes, crenças e sentimentos frente às dificuldades e facilidades encontradas, diante da utilização do instrumento que norteia sua prática.

Os relatos da enfermeira indicam que o uso do instrumento facilita a avaliação da dor do neonato, mas observa-se a impossibilidade de ser usado em algumas situações clínicas e patológicas quando apresenta disfunções neurológicas ou se encontra sedado, sendo uma ocorrência predominante na prática das enfermeiras.

Outra barreira encontrada pela enfermeira no uso do instrumento de avaliação no contexto da UTIN foi o acúmulo de atividades e poucos recursos humanos. Evidencia-se que os instrumentos, geralmente, são aplicados somente pela enfermeira, sobrecarregando-a diante de uma série de outras atividades assistenciais e burocráticas a serem cumpridas, impedindo-a de aplicá-lo em todos os neonatos e oferecer um cuidado de excelência.

Observamos que a avaliação da dor está totalmente centralizada no papel da enfermeira, excluindo a participação de todos os outros membros da equipe de enfermagem o que impede um controle eficiente da dor neonatal. Diante do exposto, a capacitação do profissional de enfermagem para aplicação do instrumento torna-se medida urgente, visando a um controle eficaz da dor para todos os neonatos.

Neste estudo, a enfermeira percebe o treinamento da avaliação da dor pela equipe de enfermagem sob duas vertentes contraditórias. Ao mesmo tempo em que diz possibilitar um treinamento permanente e constante, também, ficou evidente em uma amostra significativa de relatos

que o treinamento é realizado informalmente à medida que o funcionário passa a ser admitido na UTIN.

Para que haja comprometimento da equipe de enfermagem com a aplicação do instrumento de avaliação da dor, torna-se essencial que o profissional tenha conhecimento e habilidade em sua utilização, e compreenda a importância de seu uso, o que só será possível com base na capacitação e na conscientização profissional.

Embora o conhecimento da dor neonatal venha sendo difundido na literatura há algum tempo, relatos das enfermeiras deixam transparecer que alguns colegas de trabalho não detêm consciência e conhecimento da importância do uso do instrumento para avaliar a dor do neonato. Tal fato reflete em seu emprego de forma descomprometida, mecanizada e colocado em segundo plano e, muitas vezes, esquecido.

Outro fato que merece destaque e que surge com frequência nos discursos analisados é a necessidade da enfermeira usar a terapia farmacológica para alcançar o alívio da dor neonatal. No entanto, nem sempre a aplicação do instrumento é marcado pela prescrição do analgésico o que provoca na enfermeira sentimentos de revolta, indignação e frustração. Dessa forma, a situação leva a equipe de enfermagem a questionar sobre a real importância do instrumento.

Nos discursos da enfermeira, percebe-se existir uma forte crença de que a terapia farmacológica seja um fator primordial no que tange o alcance do alívio da dor. No entanto, podemos disponibilizar de todo um arsenal de medidas não farmacológicas capazes de proporcionar conforto e diminuir o estresse do neonato.

A dificuldade da enfermeira em garantir a analgesia, após o uso do instrumento e a percepção de que as medidas não farmacológicas nem sempre são suficientes para aliviar a dor do neonato, confere-lhe um sentimento de dependência em relação à equipe médica para poder dar

continuidade ao cuidado que lhe será dispensado em situação de dor, além de falta de domínio sobre a situação.

Para a enfermeira, a resistência médica em relação ao analgésico ocorre de forma frequente, pois a medicação parece não fazer parte da rotina da equipe médica. Dificuldade maior é percebida ainda em relação ao cirurgião, que demonstra um cuidado voltado apenas ao procedimento em si.

Ao perceber-se sem domínio da situação pela falta da prescrição médica, a enfermeira sente-se triste, revoltada, sem autonomia e impotente para fazer algo pelo neonato.

No discurso da enfermeira, transparece a resistência médica em prescrever o analgésico, talvez, pelo medo dos efeitos colaterais, sobretudo, da síndrome de abstinência e aumento do tempo de internação, pela necessidade de desmame dos opioides. Isto vem reforçar ainda mais a necessidade de futuras pesquisas que abordem o tema em questão.

A prática da enfermeira para o uso do instrumento verifica-se apoiada em uma padronização a que corresponde a regras preestabelecidas de horários, intervalo de tempo e forma de aplicação do instrumento, o que norteia as ações da equipe de enfermagem para a avaliação da dor. Nesse processo, a dor neonatal passa a ser considerada como o quinto sinal vital.

No entanto, embora haja um movimento da enfermeira na busca de sistematizar a aplicação do instrumento na avaliação da dor, em nenhum momento percebem-se o mesmo movimento em busca de um protocolo de seu tratamento, tornando-se essencial frente à resistência médica para prescrição do analgésico.

Uma das facilidades relatadas na experiência da enfermeira, ao utilizar o instrumento de avaliação, foi a crença de que ele auxilia o processo de sensibilização e conscientização da equipe de enfermagem e médica em relação à dor neonatal.

Outra facilidade importante talvez seja a enfermeira conseguir, com base no uso do instrumento, percebê-lo direcionando sua assistência para facilitar a detecção da melhor terapia a ser utilizada para o alívio da dor do neonato.

A enfermeira confere, também, ao instrumento a possibilidade de gerar mudança de conduta do profissional quanto ao cuidado do neonato. De acordo com os relatos, após a utilização do instrumento, a equipe de enfermagem passa a desenvolver atitudes, antes desconsiderada.

Além disso, tem a percepção de que a terapia farmacológica não é a única alternativa disponível para promoção do conforto, diminuição da dor e de estresse do neonato. Assim, a terapia não farmacológica tão discutida na literatura, como desconhecida ou pouco utilizada, passa a ser valorizada e disponibilizada como prática efetiva para confortar e aliviar o estresse e a dor do neonato na UTIN.

Para enfermeira, aplicar o instrumento significa obter uma avaliação mais objetiva e concreta, facilitando maior respaldo médico. O instrumento é visto como rápido, simples, claro, objetivo e de fácil utilização pela equipe de enfermagem.

Outro aspecto a ser destacado foi a facilidade da enfermeira de dispor do apoio da chefia médica que desenvolve pesquisas na temática e exige dos residentes a valorização da avaliação e, sobretudo, do tratamento da dor neonatal.

A enfermeira considera que fatos como experiência, formação e sensibilização interferem no sucesso do profissional, ao avaliar a dor, pois ele proporcionara maior autonomia no desenvolvimento das ações que aliviem a dor do neonato.

Pelos objetivos do presente estudo, concluiu-se que embora tenha sido identificada uma série de dificuldades na utilização do instrumento este torna-se essencial conforme facilita alertar a equipe de saúde e gerar uma

mudança de cuidado na utilização de medidas não farmacológicas que busquem oferecer conforto e diminuição da dor e do estresse do neonato.

Neste sentido, este estudo é um desafio para a pesquisa de enfermagem, uma estratégia importante na prática de excelência em neonatologia que deverá ser retomada sob outro viés.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Kenner C. Enfermagem Neonatal. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores; 2001. Avaliação do neonato; p.30-72.
2. Ramos JLA. O recém-nascido normal. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y, coordenadores. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 34-46.
3. Bueno M, Toma E, Berti ER. Percepção do enfermeiro assistencial acerca da dor aguda no recém-nascido. Rev Dor. 2003;4(2):71-80.
4. Chermont AG, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? J Pediatr (Rio J). 2003;79(3):265-72.
5. Pulter ME, Madureira VSF. Dor no recém-nascido: percepções da equipe de enfermagem. Ciênc Cuid Saúde. 2003;2(2):139-46.
6. Lago P, Guadagni A, Merazzi D, Ancora G, Belliene CV, Cavazza A. Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. Paediatr Anaesth. 2005;15(11):925-31.
7. Prestes AC, Guinsburg R, Balda RC, Marba ST, Rugolo LM, Pachi PR et al. The frequency of pharmacological pain relief in university neonatal intensive care units. J Pediatr (Rio J). 2005;81(5):405-10.
8. Barbosa FS, Valle IN. Pain in newborns: a descriptive study about assessment and non-pharmacological treatment at a NICU. Online Braz J Nurs [periodico na internet]. 2006[citado 2008 ago. 19];5(2). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/337/76>.
9. Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Dor em cuidados intensivos neonatais. Acta Pediatr Port. 2007;38(4):144-51.

10. Nóbrega FS, Sakai L, Krebs VLJ. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Med (São Paulo)*. 2007;86(4):201-6.
11. Neves FAM, Corrêa DAM. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. *Cienc Cuid Saúde*. 2008;7(4):461-7.
12. Rocha MCP, Rossato LM. Dor em neonatos: uma revisão da literatura no período de 1998 a 2008. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. 2008[citado 2009 mar. 12];7(3). Disponível em: <http://WWW.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/viewArticle/j.1676-4285.2008.1668/399>.
13. Jorgensen KM. Pain assessment and management in the newborn infant. *J Perianesth Nurs*. 1999;14(6):349-56.
14. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn, Committee on Drugs, Section on Anesthesiology, Section on Surgery and Canadian Paediatric Society, Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics*. 2000;105(2):454-61.
15. Johnston CC, Stevens BJ. Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. *Pediatrics*. 1996;98(5):925-30.
16. Barbosa SMM, Dias MHP, Santos E, Zapata A, Sapienza AJ, Primo E. A criança e a dor: considerações sobre o tratamento da dor em pediatria. *Rev Dor*. 2000;2(1):13-8.
17. Stevens BJ, Johnston CC, Horton L. Multidimensional pain assessment in premature neonates: a pilot study. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 1993;22(6):531-41.
18. Merskey H. IASP Pain Terminology [texto na Internet]. Seattle: IAPS Press; 2001. [citado 2007 jan. 24]. Available from: <http://www.iasp-ain.org/AM/Template.cfm?>

Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728.

19. International Association for the Study of Pain. Task force on taxonomy. announcement: modification of pain definition. IASP Newsletter. 2001; 2:2
20. Guinsburg R, Kopelman BI, Almeida MFB, Miyoshi MH. A dor no recém-nascido prematuro submetido à ventilação mecânica através da cânula traqueal. J Pediatr (Rio J). 1994;70(2):82-90.
21. Gaíva MAM, Dias NS. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. Rev Paul Enferm. 2002;21(3):234-9.
22. Dittz E, Malloy-Diniz LF. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. REME Rev Min Enferm. 2006;10(3):266-70.
23. Franck LS, Greenberg CS, Stevens B. Pain assessment in infants and children. Pediatr Clin North Am. 2000;47(3):487-512.
24. Anand KJ, International Evidence-Based Group for Neonatal Pain. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001;155(2):173-80.
25. Simons SH, Tibboel D. Pain perception development and maturation. Semin Fetal Neonatal Med. 2006;11(4):227-31.
26. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr (Rio J). 1999;75(3):149-60.
27. Van Niekerk LM, Martin F. The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. Pain Manag Nurs. 2003;4(1):3-10.
28. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. JAMA. 2008;300(1):60-70.

29. Stevens B, Gibbins S, Frank LS. Treatment of pain in the neonatal intensive care unit. *Pediatr Clin North Am.* 2000;47(3):633-50.
30. Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas LS, Pileggi SO. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Acta Paul Enferm.* 2001;14(1):9-16.
31. Franck LS. Some pain, some gain: reflections on the past two decades of neonatal pain research and treatment. *Neonatal Netw.* 2002;21(5):37-41.
32. Mathew PJ, Mathew JL. Assessment and management of pain in newborns. *Postgrad Med J.* 2003;79(934):438-43.
33. Balda XCR, Guinsburg R. Avaliação da dor no período neonatal. In: Kopelma IB. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia.* São Paulo: Atheneu; 2004. p. 577-85.
34. Branco A, Fekete SMW, Rugolo LMSS. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. *Rev Paul Pediatr.* 2006;24(3):270-4.
35. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. *REME Rev Min Enferm.* 2006;10(2):118-24.
36. Craig KD, Whitfield MF, Grunau RV, Linton J, Hadjistavrosopoulos HD. Pain in the preterm neonate: behavioural and physiological indices. *Pain.* 1993;52(3):287-99.
37. Lawrence J, Alcock D, McGrath P, Kay J, MacMurray SB, Dueberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw.* 1993;12(6):59-66.
38. Stevens BJ, Johnston CC, Grunau RV. Issues of assessment of pain and discomfort in neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1995;24(9):849-55.

39. Guinsburg R. A linguagem da dor no recém-nascido. *Diagn Trat.* 1996;1(2):37-44.
40. Johnston CC, Stevens BL, Yang F, Horton L. Differential response to pain by very premature neonates. *Pain.* 1995;61:471-9.
41. McGrath PJ. Behavioral measures of pain. In: Finley GA, McGrath PJ, editors. *Measurement of pain in infants and children.* Seattle: IASP Press; 1998. p. 83-102.
42. Grunau RVE, Johnston CC, Craig KD. Neonatal facial responses to invasive and non-invasive procedures. *Pain.* 1990;42(3):295-305.
43. Abu-Saad HH, Bours GJ, Stevens B, Hamers JP. Assessment of pain in the neonate. *Semin Perinatol.* 1998;22:402-16.
44. Duhn LJ, Medvez JM. A systematic integrative review of infant pain assessment tools. *Adv Neonatal Care.* 2004;4:126-40.
45. Debillon T, Bureau V, Savagner C, Zupan-Simunek V, Carbajal R. Pain management in French neonatal intensive care units. *Acta Paediatr.* 2002;91(7):822-6.
46. Dodds E. Neonatal procedural pain: a survey of nursing staff. *Paediatr Nurs.* 2003; 15(5): 18-21.
47. Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MC de C, Leite AM. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de Enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto, SP, Brasil. *Rev Bras Enferm.* 2006;59(2):188-94.
48. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev Eletr Enf [periódico na internet].* 2009[citado 2009 dez 10];11(1):64-9. Disponível em:
<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>.

49. Grunau RVE, Craig KD. Pain expression in neonates: facial action and cry. *Pain*. 1987;28(3):395-410.
50. Debillon T, Zupan V, Ravanault N, Magny JF, Dehan M. Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2001;85:36-1.
51. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial setting of validity and reliability. *Paediatr Anaesth*. 1995;5(1):53-61.
52. Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. *Clin J Pain*. 1996;12(1):13-22.
53. Hudson-Barr D, Capper-Michel B, Lambert S, Palermo TM, Morbeto K, Lombardo S. Validation of the Pain Assessment in Neonates (PAIN) Scale with the Neonatal Infant Pain Scale (NIPS). *Neonatal Netw*. 2002;21(6):15-21.
54. Academia Americana de Pediatria, Sociedade Americana da Dor. Avaliação e terapêutica da dor em lactente, crianças e adolescente. *Pediatrics* (ed. Port.). 2001;9:463-7.
55. Aymar CLG, Coutinho SB. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008;20(4):405-10.
56. Viana LD. Sensibilizando-se para o cuidar: a experiência da enfermeira frente à avaliação da dor na criança [dissertação]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 2004.
57. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria (São Paulo)*. 2006;28(4):251-61.
58. Silva YP, Gomes RS, Máximo TA, Silva ACS e. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol*. 2007;57(5):565-74.

59. Gallo AM. The fifth vital sign: implementation of the neonatal infant pain scale. *JOGNN*. 2003;32(2):199-206.
60. Guimarães ALO, Vieira MRR. Conhecimentos e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. *Arq Ciênc Saúde*. 2008;15(1):9-12.
61. Elias LS, Guinsburg R, Peres CA, Balda RC, Santos AM. Disagreement between parents and professionals regarding pain intensity in critically ill neonates. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84(1):35-40.
62. Balda RC, Guinsburg R. Perceptions of neonatal pain. *Neuronews*. 2007;8:533-42.
63. Pillai Riddell RR, Craig KD. Judgments of infant pain: impact of caregiver identity and infant age. *J Pediatr Psychol*. 2007;32:501-11.
64. Halimaa S. Pain management in nursing procedures on premature babies. *J Adv Nurs*. 2003;42:587-97.
65. Cignacco E, Hamers FPH, Stoffel L, Ligen RAV, Schiitz N, Miller R, et al. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. *Swiss Med WKLY*. 2008;138(33-34):484-91.
66. Bogdan RC, Biklen SK. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução a teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora; 1994.
67. Polit DF, Hungler BP *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
68. Field PA, Morse LM. *Nursing research: the application of qualitative approaches*. Maryland: Aspen Rublishes; 1985.
69. Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: ArtMed; 2005.

70. Minayo MC de S. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
71. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2ª ed. Caxias do Sul: Educ; 2005.
72. Christoffel MM, Santos RS. A dor no recém-nascido e na criança. Rev. Bras Enferm. 2001; 54:27-33.
73. Bueno M. Dor no período neonatal. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital. São Paulo (SP): Livraria e Editora Martinari; 2007.p.227-50.
74. Lobello F. Enfermeiras realizam estudos sobre a dor. Rev Prática Hospitalar. 2001; 17: 29-31.
75. Simons JM, Macdonald LM. Pain assessment tools: children's nurses' views. Journal of child health care. 2004; 8(4): 264-78.
76. Sousa BBB, Santos MH, Souza FGM de, Gonçalves APF, Paiva S de S. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascido pré termo. Texto & contexto enferm. 2006; 15 (n.esp): 88-96.
77. Van de Velde M, Jani J, De Buck F, Deprest J. Fetal pain perception and pain management. Semin Fetal Neonatal Med. 2006; 11(4):232-6.
78. Guinsburg R, Balda RCX, Berenguel R.C, Almeida MFB, Tonelloto J, Santos AMN, Kopelman BI. Aplicação das escalas comportamentais para a avaliação da dor em recém-nascidos. J. pediatr. (Rio J.).1997; 73(6): 411-8
79. Guinsburg R, Almeida MFB de, Peres C de A, Shinzato AR, Kopelman BI. Reliability of two behavioral tools to assess pain in preterm neonates. São Paulo med. j. 2003; 121(2):72-6

80. Spence K, Gillies D, Harrison D, Johnston L, Nagy S. A reliable pain assessment tool for clinical assessment in the neonatal intensive care unit. *J. obstet. gynecol. neonatal nurs.* 2005; 33(5): 80-6.
- 81 Zhang CH, Lily Hsu, Zou BR, Zhu XP. A Survey of pain management in clinical nurses. *Chin J Nurs Sci* 2006;21(10):6-9.
82. Stevens B, Johnston CC, Franck L, Petryshen P, Jack A, Foster G. The efficacy of developmentally sensitive interventions and sucrose for procedural pain in very low birth weight neonates. *Nursing Research* 1999;48(1): 35-3.
83. Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn undergoing painful procedures. In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001.
84. Leite AM. Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta de sangue para o teste do pezinho [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP; 2005.
- 85- Stevens B. Pain management in newborns: how far have we progressed in research and practice? *Birth.* 1996; 23(4): 229-35.
86. Anand KSS. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. *Biol. Neonate.* 1998;73:1-9
87. Blass EM, Watt LB. Suckling-and sucrose- induced analgesia in human newborns. *Pain.* 1999; 83:611-23.
88. Byers, JF. Care and the evidence for their use in the NICU. Components of developmental. *MCN Am. J. Matern. Child Nurs.* 2003; 28(3):175-80.
89. Johnston CC, Stevens B, Yang F, Horton L. Development response to heelstick in preterm infants: A prospective cohort study. *Develop. Med. Child. Neorol.* 1996; 38:438-45.

90. Sparks L. Talking the “ouch” out of injections for children: using distraction to decrease pain. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2001; 26:72-8.
91. Simons S, Van Dijk M, Anand R, Roothoof D, Van Lingen R, Tibboel D. Do we still hurt newborn babies? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003; 157: 1058-64.
92. Hamill-Ruth RJ, Marohn ML. Evaluation of pain in the critically ill patient. *J Crit Car.* 1999; 15:35-54.
93. Loveman E, Gale A. Factors influencing nurses’ inferences about patient pain. *Br J Nurs.* 2000; 9:334-7
94. Rond de M, Wit de R, Dam van F, Muller M. A pain monitoring program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain.* 2000;89:25-38.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO 1

QUADRO 1. Instrumentos unidimensionais aplicados em recém-nascidos nos testes de avaliação de dor por indicadores comportamentais e fisiológicos

Instrumento	Doente/População	Tipo de dor	Indicadores
Riley Infant Pain Scale (RIPS)	Recém-nascidos a termo	Pós-operatória	Expressão facial, movimento corporal, sono, sonorização verbal/vocal, consolabilidade, resposta a movimento/toque
Neonatal Facial Coding System (NFCS)	A termo	Procedimento	Expressões faciais: protuberância da sobrancelha, olhos apertados, sulco nasolabial aprofundado, lábios abertos, boca esticada no sentido vertical, boca esticada no sentido horizontal, franzimento dos lábios, língua tensa, tremor no queixo, protrusão da língua
Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX)	A termo	Procedimento	Movimentos faciais usados para identificar emoção e expressões entre a testa/sobrancelha/base do nariz, olhos/nariz/bochecha e boca/lábios/queixo
Infant Body Coding System (IBCS)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Movimentos de mão, pé, braços, pernas, cabeça e torço
Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né (EDIN)	Pré-termo	Prolongada	Atividade facial, movimento corporal, qualidade do sono, qualidade do contato com enfermeiras e consolabilidade
Modified Postoperative Comfort Score (PCS)	Pré-Termo	Pós-operatória	Sono, expressão facial, sucção, hiperreatividade, agitação, hipertonicidade, movimentos dos dedos do pé e da mão, consolabilidade
Behavioral Pain Score ⁴⁹ (BPS)	Pré-Termo	Procedimento	Expressão facial, movimentos, respostas ao manuseio, consolabilidade, rigidez dos membros e do corpo
Liverpool Infant Distress Scale (LIDS)	A termo	Pós-operatória	Movimento espontâneo, excitabilidade espontânea, flexão dos dedos dos pés e da mão, tônus, expressão facial, quantidade e qualidade do choro, padrão e total de sono
Baby Facial Action Coding System (Baby FACS)	A termo	Procedimento	44 movimentos faciais discretos
Children's and Infant's Postoperative Pain Scale (CHIPPS)	Recém-nascidos a termo e crianças	Pós-operatória	Choro, expressão facial, postura do tronco, postura das pernas e agitação motora
Douleur Aigue du Nouveau-Né (DAN)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Expressão facial, movimento dos membros e expressão vocal

Oliveira, Tristão, Tomaz, (2008) (Adaptado de Hummel P, van Dijk M e Duhn LJ, Medvez JM)

QUADRO 2. Instrumentos multidimensionais aplicados em recém-nascidos nos testes de avaliação de dor por indicadores comportamentais e fisiológicos

Instrumento	Doente/População	Tipo de dor	Indicadores
Neonatal Pain Assessment Tool (NPAT)	Pré-termo e a termo	Pós-operatória	Estado, choro, atividade, frequência cardíaca, pressão sanguínea, frequência respiratória, saturação de oxigênio
Scale for Use in Newborn (SUN)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Estado do sistema nervoso central, respiração, movimentos, tônus, face, frequência cardíaca e média da pressão sanguínea
Distress Scale for Ventilated Newborn Infants (DSVNI)	Pré-termo e a termo	Prolongada	Expressão facial, movimento corporal, cor, frequência cardíaca, pressão sanguínea, oxigenação e diferenças de temperatura
COMFORT Scale	Pré-termo e a termo	Pós-operatória	Estado de alerta, calma/agitação, resposta respiratória, movimentos físicos, média da pressão arterial, frequência cardíaca, tônus muscular e expressão facial
Crying, requires oxygen, increased, vital signs, expression and Sleepless (CRIES)	Pré-termo e a termo	Pós-operatória	Choro, oxigênio requerido para manter saturação, em pelo menos, 95%, pressão sanguínea, frequência cardíaca, expressão e estado de sono
Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Expressão facial, choro, padrões respiratórios, movimento dos braços, movimento das pernas e estado de atenção.
Pain Assessment in Neonates (PAIN)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Expressão facial, choro, padrões respiratórios, movimentos das extremidades, estado de atenção, oxigênio requerido para manter a saturação maior que 95% e aumento dos sinais vitais em relação à linha de base
Modified Infant Pain Profile (MIPS)	A termo	Cirúrgica	Sono, expressão facial, qualidade do choro, atividade motora espontânea, excitabilidade e responsividade a estimulação, flexão dos dedos das mãos e dos pés, sucção, tônus geral, consolabilidade, sociabilidade, frequência cardíaca, pressão sanguínea e saturação
Premature Infant Pain Profile (PIPP)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Idade gestacional, estado comportamental, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, protuberância da sobrancelha, olhos apertados, sulco nasolabial aprofundado
Bernese Pain Scale for Neonates (BPSN)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Estado de alerta, duração do choro, consolabilidade, cor da pele, protuberância da sobrancelha com comprimir dos olhos, postura, padrões respiratórios, frequência cardíaca e saturação de oxigênio
Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT)	Pré-termo e a termo	Procedimento	Expressão facial, movimentos corporais, cor da pele, saturação de oxigênio, frequência respiratória, frequência cardíaca e percepção das enfermeiras
Pain Assessment Tool (PAT)	Recém-nascido a termo	Procedimento	Tônus, padrão de sono, expressão, cor, choro, respiração, frequência cardíaca, saturações, pressão sanguínea, percepção da enfermeira

Oliveira, Tristão, Tomaz, (2008) (Adaptado de Hummel P, van Djik M e Duhn LJ, Medvez JM)

ANEXO 2

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000

Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548

C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 10 de setembro de 2008.

Ilm.^a Sr.^a

Maria Cristina Pauli da Rocha

Ref.: Processo nº 751/2008/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto **“Dor em neonatos: a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos para avaliação”**, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analizado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 3

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FACULDADE DE MEDICINA
da Universidade de São Paulo

Departamento de Pediatria

PARECER.DOC

PROJETO DE PESQUISA

Título: Dor em Neonatos: a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos de avaliação de dor

PARECER C.P.E. N.º.:795/05/2009

Orientações ao Relator da Comissão de Pesquisa

O relator da Comissão de Pesquisa, ao receber o Projeto de Pesquisa, deverá proceder às seguintes análises:

- Analisar o Projeto do ponto de vista metodológico
- Apresentar a Relatório na Reunião da Comissão de Pesquisa e Ética

RELATOR DA COMISSÃO DE PESQUISA:

▪ Análise Metodológica:

A metodologia qualitativa não pode ser usada adequadamente.

- 1) Faltou especificar como serão recrutados os enfermeiros que não participam da pesquisa como têm o número que não reuniram*
- 2) É necessário adequar o cronograma.*

(X) devolução ao autor

(X) Relator CPE Data: 09/03/2009
Aprovado [X]
Aprovado com exigências []
Reapresentação []

Data: 2/03/2009

Assinatura: Júlio A. Sampaio

Assinatura do relator: Júlio A. Sampaio

▪ Aprovação CPE:

Aprovado

Profa. Magda Maria S. Carneiro Sampaio
Presidente

Comissão de Pesquisa e Ética
Departamento de Pediatria - FMUSP

Data: 13/03/09

* E-mail: rocha.mcp@gmail.com
F. (019) 3411-9360

APROVADO PELO CONSELHO DO
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA.
SÃO PAULO, 27/3/09

[Assinatura]

ANEXO 4

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

São Paulo, 28 de abril de 2009.

À
Sra. Maria Cristina Pauli da Rocha

Ref.: "Dor em neonatos: a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos de avaliação de dor"

Prezada Senhora,

Em atenção a sua solicitação para o desenvolvimento do projeto em referência, junto a esta Instituição, o Comitê de Ética em Pesquisa, por intermédio de seu Coordenador **aprova** as alterações encaminhadas nos termos e métodos previstos, desde que observada a seguinte determinação:

- Manter o Comitê informado sobre o trabalho realizado, encaminhando-lhe relatório de acompanhamento e, ao final, o resultado da pesquisa inserido no contexto do projeto.

Atenciosamente,

Dr. Roberto Alexandre Franken

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa
Sociedade Hospital Samaritano

Rua Conselheiro Brotero, 1486 | Higienópolis | 01232-010
São Paulo | SP | Brasil | Tel. 55 11 3821 5300 | Fax. 55 11 3824 0070

www.samaritano.org.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1

São Paulo, 21 de janeiro de 2009.

À Comissão Científica da Instituição

Vimos solicitar autorização para a aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado, Maria Cristina Pauli da Rocha, orientanda da *Prof.^a Dr.^a Lisabelle Mariano Rossato* do Departamento ENP Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem USP, realizar a coleta de dados para a pesquisa que culminará com sua dissertação de mestrado.

A pesquisa, de caráter qualitativo, tem como objetivo conhecer a experiência da enfermeira que utiliza algum tipo de instrumento para avaliar a dor do neonato na UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal). Para isso, será necessário entrevistar entre 8-10 enfermeiras que utilizam algum tipo de instrumento para avaliar a dor do neonato na UTIN.

Acreditamos que esta Instituição poderá contribuir imensamente para essa pesquisa, uma vez que apresenta as qualidades necessárias para tal, tendo em vista os objetivos citados. Esperamos também que, com essa pesquisa possamos contribuir para a ampliação de conhecimentos desse hospital, o que poderá refletir na melhora da capacitação das enfermeiras e melhor cuidado prestado ao neonato que experiência dor.

Agradecemos desde já pela atenção e estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Maria Cristina Pauli da Rocha – Aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado.

Lisabelle Mariano Rossato – Prof.^a Dr.^a do Departamento ENP da EEUSP.

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro que concordo em participar da pesquisa que tem como objetivo conhecer a experiência das enfermeiras que usam algum tipo de instrumento na avaliação da dor do neonato, que está sendo realizada pela mestrandia Maria Cristina Pauli da Rocha, sob orientação da Prof^a Dr^a Lisabelle Mariano Rossato, da Escola de Enfermagem da USP. Aceito participar da entrevista com a pesquisadora, que será gravada contando para a mesma sobre a minha experiência pessoal na avaliação da dor no neonato mediante o uso de algum tipo de instrumento de avaliação de dor. Foi-me dada a garantia quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do meu nome quanto dos conteúdos fornecidos por mim. Sei que o relatório final do estudo será publicado, sem que meu nome seja mencionado. Sei, também, que não sofrerei risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético, e que tenho a garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa e deixar de participar da mesma, sem qualquer prejuízo a mim, à continuidade do estudo. Não haverá despesas para mim em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à minha participação. Sei que em qualquer etapa da pesquisa a pesquisadora Maria Cristina Pauli da Rocha se coloca à minha disposição para esclarecimento de dúvidas podendo ser contatada pelos telefones (19) 81711787; e-mail: rocha.mcp@gmail.com ou, ainda, com o Comitê de Ética da EEUSP pelo telefone 3061-7548. Sei também que há duas cópias do TCLE, uma será entregue a mim e outra à entrevistadora.

Nome do entrevistado (a): _____

Assinatura do entrevistado: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

São Paulo, ____/____/____

APÊNDICE 3

Caracterização dos sujeitos:

Idade:

Sexo:

Casada:

Nº de filhos:

Tempo de formação:

Tempo no setor da UTIN:

Pós-graduação:

Stricto senso () Mestrado () Doutorado () Em qual área?

Lato senso () Qual?

Curso e congressos nos últimos 3 anos:

Tempo de experiência em neonatologia:

Caracterização das UTINs:

Nº de leitos:

Principais patologias: