U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

A DOR NO RECÉM-NASCIDO NUMA UCI: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

HELENA NASCIMENTO

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2010

HELENA NASCIMENTO

A DOR NO RECÉM-NASCIDO NUMA UCI: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Cândida Pinto

Categoria – Professora Coordenadora

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto

A investigação é uma busca sistemática de uma
resposta a questões sobre factos concretos
e sobre as relações entre esse factos.
Shirley Chater, 1975

Às minhas queridas filhas, Helena Filipa e Maria João, pelos momentos menos presente e, sobretudo, pelo vosso grande amor, carinho e compreensão.

Ao meu marido, Zé Carlos, pelo amor, ajuda e apoio incondicional.

Muito obrigado! Amo-vos muito!

AGRADECIMENTOS

A concretização deste trabalho que tanta satisfação me deu não obstante o empenho, esforço e disponibilidade exigidos, só foi possível graças á participação, apoio e estímulo que de diferentes maneiras me foi proporcionado por diversas pessoas. Este é o momento que relevo para agradecer a todos os que de algum modo, directo ou indirectamente, contribuíram para a sua realização.

Contudo, apesar de todos serem importantes, não posso deixar de realçar alguns agradecimentos para aqueles que estiveram estritamente mais envolvidos no desenvolvimento desta investigação.

Assim começo por agradecer a todos os enfermeiros que se disponibilizaram a participar nesta pesquisa preenchendo os questionários, bem como a todas as enfermeiras chefes que motivaram as respectivas equipas para o seu preenchimento.

À Professora Doutora Cândida Pinto, pela sua disponibilidade, ensinamentos e participação activa, tão preciosos para o meu desempenho.

A todos os professores do Mestrado de Enfermagem pela disponibilidade e conhecimentos partilhados e à Professora Doutora Corália Vicente.

Resta-me agradecer à minha filha mais velha, sempre disponível para ouvir as minhas dúvidas e para me ajudar na resolução dos meus diversos “handicaps”.

RESUMO

O fenómeno da dor é uma experiência complexa, subjectiva, pessoal e portanto muito difícil de definir. Contudo, esta dificuldade não pode interferir na sua valorização, diagnóstico e tratamento. O presente estudo está direccionado para o estudo da problemática da dor no RN numa UCI, visando contribuir para a melhoria da assistência destas crianças e pretende fazer o diagnóstico de situação face à avaliação da dor e à utilização de intervenções não farmacológicas no seu controlo. A abordagem descritiva seleccionada para orientar este estudo relaciona-se com o propósito do estudo que é descrever e explorar a concepção e as práticas dos enfermeiros face à avaliação e controlo da dor no RN numa UCI. A colheita de dados foi feita mediante um questionário. O cenário da pesquisa foi o CHP e a população foi seleccionada de acordo com os objectivos da pesquisa que institui como característica definidora, o exercício de cuidados de enfermagem ao RN numa UCI. A amostra foi assim não aleatória e intencional, constituída por 71 enfermeiros.

Os resultados obtidos revelaram que todos os enfermeiros (100%) têm conhecimento de que o RN não tem menor capacidade de sentir dor do que a criança mais velha. Em relação à avaliação do parâmetro vital dor, 100% dos nossos inquiridos responderam que a sua prescrição é da responsabilidade dos enfermeiros. A avaliação da dor é feita, principalmente, mediante o recurso a parâmetros comportamentais e pelo *score* de dor avaliado pelo uso isolado da escala de EDIN. No que se refere às intervenções não farmacológicas, os dados revelam que é a primeira intervenção usada para controlar/tratar a dor no RN por 78,9% dos investigados. Em relação às intervenções farmacológicas 62% dos entrevistados concebem que a sua utilização não é contra-indicada, mas a sua utilização é restrita a alguns procedimentos. No entanto, 67,6% (n=34) dos indagados afirmam usar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas concomitantemente.

Conclui-se que para 88,7% dos profissionais de saúde a dor no RN é passível de ser previsível, mas para 76,1% a resposta do RN ao estímulo nociceptivo não é bem conhecida. Ainda neste âmbito da concepção dos enfermeiros sobre a dor, 53,5% dos investigados admitem ser fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosa no doente, mas 45,1% reconhecem que não. A equipa demonstra dificuldade em definir com clareza qual o maior obstáculo ao diagnóstico da dor no RN.

Palavras-chave – RN, dor, parâmetros de avaliação de dor, intervenções não farmacológicas.

ABSTRACT

The phenomenon of pain is a complex, subjective and personal experience and, therefore, very difficult to define. However, this difficulty cannot interfere with its valorization, diagnosis and treatment.

This assay is aimed to study the problem of newborn's pain in an ICU, in order to contribute to improve these children's care and to make the diagnosis of the situation of pain's assessment and use of non-pharmacological interventions in its control. The descriptive approach selected to guide this study relates to the purpose of the study, which is to describe and explore the concepts and practices of nurses towards the newborn pain assessment and management in an ICU. The data collection was done through a questionnaire. The research scenario was the CHP and the population was selected according to the research goals, establishing exercise as a defining feature of nursing care in the newborn ICU. The sample was random and not intentional, consisting of 71 nurses.

The results revealed that all nurses (100%) are aware that the newborn hasn't got an inferior ability to feel pain than older children. Concerning the assessment of the vital parameter pain, 100% of our respondents answered that their prescription is nurses' responsibility. Pain assessment is largely performed through behavioral parameters and pain scores evaluated by the use of the EDIN scale. As regards non-pharmacological interventions, our data show that it is the first intervention to control/treat pain in infants by 78,9% of respondents. With gaze at pharmacological interventions, 62% of the respondents conceived that its use is not contraindicated; nevertheless its application is restricted only to certain medical procedures. Conversely, 67,6% (n=34) of the questioned say that they use pharmacological and non-pharmacological interventions simultaneously.

It follows that for 88.7% of health professionals, neonatal pain is likely to be predictable, but 76.1% recognized that newborn's response to noxious stimulation is not well known. Still, in the drafting of nurses about pain, 53.5% of its participants admit to being easy to recognize and evaluate situations painful to the patient, but 45.1% does not recognize that. The team demonstrates the difficulty in defining clearly what is the main barrier to the correct pain diagnosis in infants.

Keywords - Newborn, pain, pain assessment parameters, non-pharmacological interventions.

RÉSUMÉ

Le phénomène de la douleur est une expérience complexe, subjective, personnelle et donc très difficile à définir. Toutefois, cette difficulté ne peut pas interférer avec sa valorisation, le diagnostic et le traitement. Cette étude vise étudier le problème de la douleur dans une unité de soins intensifs neonatale en vue de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de ces enfants et à diagnostiquer la situation en face de l'évaluation de la douleur et l'utilisation des interventions non-pharmacologiques pour la controler. L'approche descriptive choisie pour guider cette étude se rapporte à l'objet de l'étude qui est de décrire et d'explorer les concepts et les pratiques des infirmiers vers l'évaluation et la gestion de la douleur chez un NN aux soins intensifs. On a recueilli des données à partir d'un questionnaire. Le domaine de la recherche a été une centrale de cogénération et la population a été sélectionnée en tenant compte des objectifs de la recherche, établissant l'exercice de soins infirmiers en réanimation néonatale comme une caractéristique déterminante. Donc, l'échantillon a été non aléatoire et intentionnel, et composé de 71 infirmiers.

Les résultats ont révélé que tous les infirmiers (100%) sont conscients que les nouveaux-nés on la même capacité de ressentir la douleur que les enfants plus âgés. En ce qui concerne l'évaluation du paramètre vital douleur, 100% de nos répondants ont déclaré que la prescription est de sa responsabilité. L'évaluation de la douleur est faite, en grande partie, par l'utilisation de paramètres comportementaux et de scores de la douleur, évaluée par l'utilisation séparée de l'échelle EDIN. En ce qui concerne les interventions non pharmacologiques, les données révèlent qu`ils sont la première intervention utilisée pour contrôler / gérer la douleur pour 78,9% des personnes interrogées. En ce qui concerne les interventions pharmacologiques, 62% des répondants pensent que son utilisation n'est pas contre-indiquée, mais son utilisation est limitée seulement à certaines procédures. Cependant 67,6% (n=34) des interrogés ont déclaré qu'ils utilisent simultanément les interventions pharmacologiques et non-pharmacologiques.

Il s'ensuit que, pour 88,7% des professionnels de la santé, la douleur néonatale est susceptible d'être prévisible, mais pour 76,1% la réponse à la stimulation nociceptive du nouveau-né n'est pas bien connue. Considérant encore la perception des infirmiers sur la douleur, 53,5% des participants admettent qu`il est facile de reconnaître et d'évaluer des situations douloureuses chez le patient, mais 45,1% ne le reconnaissent pas. L'équipe démontre la difficulté de définir clairement quel est le plus grand obstacle pour corriger le diagnostic de la douleur chez les nourrissons.

Mots-clés - RN, la douleur, les paramètres d'évaluation de la douleur, des interventions non-pharmacologiques.

ABREVIATURAS E SIGLAS

% – Percentagem

δ – Delta

a.C – Antes de Cristo

AAP – American Academy of Pediatrics

CHEOPS – Children`s Hospital of Easter Ontario Pain Scale

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRIES – Crying, Requires oxigen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness

DAN – Douleur Aiguë du Nouveau-Né

dB – Decibel

DSVNI – Distress Scale for Ventilated Newborn Infants

EDIN – Echelle de Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né

EFIC – The European Federation of IASP Chapters

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Fc – Frequência cardíaca

IASP – Internacional Association for the Study of Pain

NEC – Enterocolite Necrosante

NFCS – Neonatal Facial Coding System

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

O_2 – Oxigénio

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCO_2 – Pressão Parcial de Dióxido de Carbono

PIPP – Premature Infant Pain Profile

PO_2 – Pressão Parcial de Oxigénio

RN – Recém-Nascido

SNC – Sistema Nervoso Central

SNN – Sucção Não Nutritiva

SNP – Sistema Nervoso Periférico

SNS – Sistema Nervoso Simpático

SPSS – Statistical Package for the Social Science

TA – Tensão Arterial

TET – Tubo Endotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....15

PARTE I – FASE CONCEPTUAL

1 – CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE ESTUDO.....22

1.1 – CONCEITO DE DOR.....22
1.2 – FISIOLOGIA DA DOR.....25
1.3 – TEORIAS DE TRANSMISSÃO DA DOR.....27
1.4 – COMPORTAMENTOS DE DOR.....29
1.5 – DOR NA CRIANÇA.....30
1.6 – AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA.....34
1.6.1 – Resposta da criança à dor.....35
1.6.2 – Expressão facial.....37
1.6.3 – Choro.....38
1.6.4 – Escalas de avaliação de dor.....39
1.7 – TRATAMENTO DA DOR.....42
1.8 – INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS.....45

2 – A DOR DO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUMA UCI.....53

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – CONTEXTO OPERACIONAL DA PESQUISA.....58

1.1 – PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....60
1.2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....62
1.3 – TIPO DE ESTUDO.....64
1.4 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....65
1.5 – CENÁRIO.....65
1.6 – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....66
1.7 – VARIÁVEIS.....67
1.8 – CONCIDERAÇÕES ÉTICAS.....67
1.9 – TRATAMENTO DE DADOS.....68

PARTE III – INVESTIGAÇÃO EMPIRICA

1 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....71

1 – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....71
1.2 – CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOR NO RN.....77
1.3 – PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR.....78

2 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....93

CONCLUSÃO.....105

BIBLIOGRAFIA.....110

ANEXOS.....118

Anexo I – Escala *Echelle de Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN)
Anexo II – Escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)
Anexo III – Escala *Neonatal Facial Coding System* modificada (NFCS)
Anexo IV – Escala *Douleur Aiguë du Nouveau-Né* (DAN)
Anexo V – Escala *Crying, Requires oxigen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness* (CRIES)
Anexo VI – Escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP)
Anexo VII – Questionário
Anexo VIII – Autorização do Centro Hospitalar do Porto E.P.E para realização da investigação

INDÍCE DE GRÁFICOS

Página

Gráfico nº 1 – Representação gráfica dos enfermeiros por categoria profissional.....73

Gráfico nº 2 – Representação gráfica dos enfermeiros segundo a especialidade.....74

Gráfico nº 3 – Representação gráfica da utilização das intervenções não farmacológicas perante procedimentos passíveis de causarem dor.....88

Gráfico nº4 – Representação gráfica da utilização das intervenções farmacológicas perante procedimentos passíveis de causarem dor.....89

INDÍCE DE TABELAS

Página

Tabela nº 1 – Caracterização da amostra.....62

Tabela nº 2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a formação específica no manejo da dor.....75

Tabela nº 3 – Distribuição da frequência dos procedimentos relevantes por ordem de prioridade.....76

Tabela nº 4 – Distribuição da frequência das concepções dos enfermeiros sobre a dor.....77

Tabela nº5 – Distribuição da frequência de quem prescreve a avaliação da dor e as intervenções não farmacológicas.....79

Tabela nº6 – Protocolos de intervenção.....80

Tabela nº7 – Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros de avaliação da dor.....81

Tabela nº 8 – Melhor parâmetro para avaliar a dor e dificuldade na interpretação dos meios de avaliação da dor.....82

Tabela nº 9 – Escalas utilizadas na avaliação da dor 83

Tabela nº 10 – Distribuição da frequência do uso de intervenções não farmacológicas no controlo da dor.....84

Tabela nº 11 – Factores que influenciam a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor.....85

Tabela nº 12 – Percepções dos enfermeiros sobre a utilização das intervenções no controlo da dor.....86

Tabela nº13 – Percepções dos enfermeiros sobre a avaliação da eficácia das intervenções no controlo da dor.....86

Tabela nº 14 – Razão do uso concomitante das intervenções não farmacológicas e farmacológicas.....87

Tabela nº 15 – Obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor.....91

INTRODUÇÃO

"A dor acaba por ser um lugar que nenhum de nós
conhece senão quando chegamos lá".
Joan Didion, 2005

A dor é uma experiência emocional e sensorial, influenciada por factores sociais e culturais, que de algum modo é experienciada por todo o ser humano ao longo do seu processo de vida. É uma abstracção pessoal e íntima dos indivíduos. Inerente ao constructo da dor há uma grande subjectividade, pois a dor é percepcionada pelo sujeito que a sofre de acordo com as suas particularidades pessoais. Não distingue género, raça ou etnia, é aquilo que o indivíduo diz que é, e pode ser testemunhado pelos outros. Sendo uma experiência subjectiva, a intensidade, a duração e o significado atribuídos são determinados pelo indivíduo (Kazanowski & Laccetti, 2005).

Convencionalmente, a dor faz parte de um sistema de alarme do corpo, pois teoricamente ela surge quando o corpo está lesado. Contudo, cumprida esta função de sinal de alarme, a dor não tem qualquer outra vantagem fisiológica para o organismo. A prevalência da dor, para além do sofrimento e da redução da qualidade de vida, pode acarretar alterações fisiológicas dos sistemas imunitário, endócrino e nervoso que favorecem o surgimento de morbilidades orgânicas e psicológicas que causam a perpetuação do fenómeno doloroso. Pela sua frequência e potencial para causar diversas incapacidades, a dor emerge como um verdadeiro problema de saúde pública que justifica uma actuação organizada e eficaz. Foi neste âmbito que a European Federacion of IASP Chapters (EFIC) comparou as repercussões socioeconómicas da dor às causadas pelas doenças cardiovasculares ou pelo cancro (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

O fenómeno da dor, independentemente da causa e do seu mecanismo, ostenta as componentes sensório-discriminativa, afectiva, emocional, cognitiva e comportamental, o que reforça a noção de que são muitos os processos de índole psicológica que influenciam a experiência e as manifestações de dor (Metzger, Schwetta, Muller, & Walter, 2002). *A dor é, portanto, um fenómeno complexo, constantemente especulativo nas suas vertentes biofisiológicas, bioquímicas, psicossociais, comportamentais e morais, que importa ser entendida* (Direcção-Geral de Saúde, 2001:5).

Todavia, não existe uma forma satisfatória para definir a dor, uma vez que representa um conjunto de fenómenos, com determinados objectivos que diferem de pessoa para pessoa, depende do contexto em que ocorre e que se caracteriza por um diverso número de critérios, culminando num difícil controlo. Neste contexto, o Programa Nacional de Controlo da Dor (2008), faz alusão aos diversos estudos realizados em países europeus que demonstram a existência de deficiências no controlo da dor aguda no pós-operatório. Este facto não é compreensível, nem facilmente aceite, atendendo ao facto de ser um tipo de dor provocada pelo médico no decurso de uma intervenção terapêutica. É assim que neste mesmo programa, a Direcção Geral de Saúde estabelece que *o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, sendo igualmente um factor decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde* (Direcção-Geral de Saúde, 2008:5).

A dor está inquestionavelmente associada aos processos de saúde/doença. Quando as situações clínicas são críticas, isto é, quando há um risco inerente de vida, impõe-se a admissão em unidades de cuidados intensivos (UCI). Nestas unidades, a dor e a agitação psicomotora constituem um problema demasiado comum, que decorre quer da situação clínica em si, quer dos múltiplos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos a que estão sujeitos. Para além disso, o confronto com o imediatismo da situação, o ambiente altamente sofisticado sob o ponto de vista tecnológico, a separação da família e dos amigos, geram também ansiedade e insegurança que vão potenciar a dor.

Esta conjuntura é ainda mais dramática e preocupante quando as pessoas em questão são crianças, assumindo particular especificidade, aquelas que se encontram numa fase não verbal. A sua inabilidade em expressar a dor leva à necessidade de os profissionais de saúde saberem identificar outras “formas de comunicação” como as alterações fisiológicas e comportamentais que acompanham o processo doloroso. A dor exige uma atenção e tratamento especiais, independentemente da sua causa o que impõe o seu controlo, como uma prioridade na melhoria da qualidade de vida da criança.

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor (2001:6) preconiza que *a dor (...) pode e deve ser tratada, com perspectivas de êxito proporcionais ao entendimento que dela temos e fazemos, à adequação e preparação científica dos serviços e profissionais de saúde envolvidos e ao manejo judicioso de todos os recursos, técnicos e humanos, disponíveis.* A dor é um sintoma que acompanha de forma transversal, a generalidade das situações patológicas que necessitam de cuidados de saúde, sendo a sua avaliação e controlo um

dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que a vivenciam e um acontecimento indispensável à efectiva humanização das unidades de saúde.

No que respeita à criança, há muito tempo que se sabe que o RN, mesmo o grande prematuro, é capaz de sentir dor. Durante os últimos trinta anos, o conhecimento da embriologia e dos mecanismos de transmissão da dor no feto e no RN, bem como as consequências fisiopatológicas do mesmo, conferiram uma verdadeira revolução no manuseamento da dor. Há evidência científica que demonstra a presença de uma base neurobiológica na vida embrionária e fetal, que fundamenta a competência da experiência da dor a partir da segunda metade da gestação (Okada & Malafaia, 2006). O RN pode assim apresentar memória a estímulos sensoriais a que tenha sido submetido ainda no útero materno (Gama, Soares, & Oliveira, 2007). Na UCI, as crianças estão sujeitas a consideráveis agentes endógenos e ambientais, geradores de stress e de dor, para além da dor decorrente do processo de doença, dos procedimentos de diagnóstico e terapêuticas a que são submetidos.

O estímulo doloroso tem repercussões a nível fisiológico e comportamental, que comprometem o bem-estar do RN, conduzindo a um aumento da sua morbilidade e mortalidade. Os efeitos iatrogénicos dos cuidados intensivos só recentemente têm sido considerados. As situações desagradáveis ou dolorosas vivenciadas pelo RN de risco, durante as primeiras horas de vida que necessita de cuidados intensivos vão desde os cuidados mais gerais, até aos procedimentos invasivos de diagnóstico e terapêuticos, que são tanto mais frequentes, quanto a gravidade da sua situação clínica. Diariamente são realizados cerca de 50 a 130 procedimentos a cada criança agudamente doente, sendo muitos deles, presumivelmente dolorosos (Carbajal, et al., 2008).

O recém-nascido experiência dor, tendo no entanto uma forma peculiar de a expressar, que passa por uma série de alterações fisiológicas e comportamentais. No estado actual do conhecimento, a dor não dá origem a qualquer indicador biológico mensurável, devendo por isso, ser dada particular atenção ao controlo da dor dos indivíduos com impossibilidade de comunicação verbal (DGS, 2008). O tratamento e controlo da dor é hoje considerado uma prioridade na prestação de serviços de saúde de qualidade, tendo-se assistido nas últimas décadas a uma importante evolução, no conhecimento do processo fisiopatológico da dor e no desenvolvimento de novos fármacos. No entanto, o controlo da dor não passa exclusivamente pelo recurso a terapêuticas farmacológicas, compreende uma abordagem global, que permita uma humanização dos cuidados recorrendo-se a intervenções não farmacológicas (Johnston, et al., 2002).

Importa também reflectir que o próprio ambiente da UCI, pode desencadear desconforto e dor no RN, sendo preponderante referir o papel relevante que a equipa de saúde em geral, e a equipa de enfermagem em particular têm na minimização dos efeitos deletérios deste contexto. De facto, a evolução científica e tecnológica que ocorreu nos últimos anos na área da neonatologia tem possibilitado a sobrevivência de recém-nascidos mais pequenos e em situação clínica mais crítica. Frequentemente constata-se que estas crianças resistem às adversidades das patologias enfrentando uma longa permanência nas unidades de cuidados intensivos. Cresce assim a necessidade da formação de enfermeiros capacitados e aptos no controlo da dor no RN numa UCI.

Em conformidade com o que foi dito e numa perspectiva de vivência profissional, esta pesquisa será direccionada para o estudo da problemática da dor no RN numa UCI. Vale a pena realçar que a dor envolve-se numa contenda de difícil abordagem por se tratar de um conceito que necessita ser abordado tendo em conta a singularidade da pessoa que a sente, para além da correlatividade da pessoa que cuida. Apesar da crescente tomada de consciência de que o RN sente dor, as discrepâncias entre a teoria e a prática são ainda hoje uma realidade nos serviços de saúde. O recurso a intervenções não farmacológicas é ainda "uma miragem" num ambiente tecnológico de uma UCI. A utilização destas medidas é ainda parca, na prática diária, como método científico no tratamento da dor em cuidados intensivos, razão pela qual se torna necessário investigar.

Neste sentido, o presente estudo visa contribuir para a melhoria da assistência ao RN, ao potenciar uma melhor compreensão do significado da dor para os profissionais de enfermagem que trabalham numa UCI, pelo que será desenvolvido em torno da seguinte temática: ***"A dor no recém-nascido numa UCI: Concepções e práticas de enfermagem".***

A finalidade deste trabalho é: descrever as práticas de enfermagem no que concerne à utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN; contribuir para o desenvolvimento do conhecimento promotor de melhores práticas de enfermagem na gestão da dor no RN. Para o efeito foram estabelecidos os seguintes objectivos:

- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN;
- Identificar os parâmetros de avaliação usados pelos enfermeiros no diagnóstico da dor;
- Identificar as escalas que os enfermeiros utilizam para monitorizar a dor;

- Identificar os procedimentos que os enfermeiros consideram ser mais relevantes no controlo da dor;
- Identificar as intervenções não farmacológicas que os enfermeiros mais utilizam como coadjuvantes no controlo da dor;
- Identificar os procedimentos passíveis da utilização das intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros;
- Identificar os procedimentos susceptíveis do recurso às intervenções farmacológicas por parte dos enfermeiros;
- Identificar os factores intervenientes na utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN;
- Identificar os obstáculos ao diagnóstico e ao tratamento da dor no RN, segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Estamos convictos da pertinência do tema em estudo, a sua utilidade e actualidade pela reconhecida dificuldade em avaliar, quantificar e tratar a dor na criança, nomeadamente no recém-nascido. O recurso por parte dos enfermeiros a medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN de uma forma sistemática e sustentada, irá possibilitar melhores cuidados em saúde, com os potenciais ganhos, na medida em que o tratamento deficitário da dor, leva a um aumento da morbilidade e mortalidade. (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005).

Dada a natureza do tema a investigar, recorremos a uma abordagem quantitativa de carácter exploratório e descritivo, para dar resposta à nossa questão de partida.

A sistematização estrutural deste trabalho compreende três partes. A primeira parte integra a fase conceptual, cuja finalidade é apresentar conceitos baseados na bibliografia que facilitem a compreensão e pertinência do problema em estudo. Neste capítulo de construção do objecto de estudo, pretendemos clarificar conceitos teóricos, relacionados com a dor, fisiologia e teorias de transmissão, bem como os comportamentos de dor, a dor na criança, avaliação e tratamento da dor. Será ainda abordado, o ambiente da UCI e as suas implicações na dor do recém-nascido, para além da sistematização recolhida sobre as evidências científicas no que concerne às intervenções não farmacológicas.

A segunda parte constitui a fase do enquadramento metodológico e descreve o contexto operacional da pesquisa onde expomos a problemática em estudo, os procedimentos metodológicos e o tipo de estudo. Apresentamos também a população, o cenário da

pesquisa, o instrumento de colheita de dados e o tratamento dos mesmos, as variáveis, bem como as considerações éticas.

Na terceira e última parte expomos a investigação empírica, onde abordamos a apresentação e análise de resultados e é, neste capítulo, que reflectimos sobre os resultados do estudo, tendo subjacente o referencial teórico

Terminamos com as principais conclusões da investigação, procurando evidenciar os aspectos que consideramos mais significantes, as suas limitações e ainda as sua implicações para a prática clínica. Fazemos algumas sugestões para futuros estudos, com o objectivo de contribuir positivamente para a melhoria da intervenção dos profissionais no controlo da dor no RN numa UCI.

PARTE I:

FASE CONCEPTUAL

1. CONSTRUÇÃO DO OBJECTO DE INVESTIGAÇÃO

Às dores inventadas prefere as reais.
Doem muito menos ou muito mais...
Alexandre O'Neill

1.1. CONCEITO DE DOR

Tal como o próprio conceito, a necessidade de controlar a dor é provavelmente tão antiga como a existência humana. O sentido da dor tem evoluído ao longo dos tempos e reflecte a influência contínua de diversas orientações filosóficas (Batalha, 2010).

O homem primitivo acreditava que todas as dores tinham origem exterior e a dor foi encarada durante muitos anos como uma entidade divina, conferida por Deuses que tinham a capacidade de punir e de absolver (Almeida & Almeida, 2006). No século VI a.C., Acméon, considerado o "avô da medicina", foi o primeiro a reconhecer o cérebro como o centro de todas as sensações (Filho, 2007).

Mas, foi o filósofo francês, René Decartes, que no século XVII, desferiu a primeira teoria moderna sobre a dor, na qual defendia que um estímulo doloroso aplicado a um indivíduo desenvolveria uma equivalente activação central (Almeida & Almeida, 2006). Nesta concepção a dor é abordada única e exclusivamente como um facto puramente sensorial e não considera a participação do homem na construção da sua dor, isto é, a sua vertente emocional, social e cultural (Batalha, 2010). Só no século XX é que a dor emergiu como um acontecimento maleável, individual e passível de ser tratado (Almeida & Almeida, 2006).

O primeiro registo da palavra *dor* data de 1297, tendo disseminado pela Grã-Bretanha no século XIV. Na língua inglesa, dor é *pain,* com origem na palavra *poena,* que posteriormente evoluiu para *paine, paynee* e finalmente para *pain* (Lemos, 2007). No entanto, *poena* tem origem no latim, que significa pena ou castigo (Finger, 1994, cit in Almeida & Almeida, 2006). No apogeu do Cristianismo, era habitual declarar todos os tipos de dor como um modo de punição de Deus. A incongruência entre a dor proveniente de fora (conspectos sociais) e a dor resultante de dentro (conspectos internos) estará provavelmente relacionada com questões religiosas que sobrelevaram a Idade Média. Segundo Lemos (2007), é por esta razão que o uso da palavra dor no

inglês, não faz distinção entre dor, como estímulo sensorial e dor, como emoção individual. Assim, *I am in pain* , pode ser usado para dizer que *estou a sofrer* ou para dizer *estou a sentir uma dor física.* Em contrapartida, nas línguas de origem latina, há uma clara diferença entre a palavra dor *(dolore* em latim), que significa uma experiência sensorial e o sofrimento (suffere em latim), que significa emoção individual, agregada ou não ao estímulo dolodoso, resultante do meio externo (Lemos, 2007).

Um dos marcos mais importantes no estudo da dor, foi protagonizado por Melzack e Wall em 1965, com a publicação da "Teoria do Controlo do Portão" e por Perl (1971) e Prodacci (1969), com a "Teoria da Especificidade". A teoria do controlo do portão realça a ideia de que a dor é um fenómeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo produtor de sensação dolorosa e sustenta que o pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam a percepção da dor, bem como a resposta à mesma. Estabelece, assim, uma envolvência da mente e do corpo na experiência da dor. A teoria da especificidade sustenta que a dor tem apenas uma componente reactiva que descreve a transmissão dos impulsos dolorosos através de fibras especiais até centros cerebrais específicos da dor (Almeida & Almeida, 2006) .

Segundo a conjectura evolucionista de Spencer e Darwin, ainda prevalente nos nossos dias, a dor favorece a selecção e o crescimento das espécies, constituindo um bem que denuncia um mal orgânico, indicando por sua vez, um mal ainda maior (Encyclopédie Philosophique Universelle, cit in Pinto & Silva, 2008). Neste contexto, a dor é uma experiência necessária e inevitável à continuidade da espécie humana e conforme as teorias sensorio-realistas da dor, esta evolui ao longo do tempo, em conformidade com a evolução humana, científica e tecnológica, tendendo a ajustar-se e a diminuir. Por conseguinte, será através do sinal da dor que o Homem aprende de uma forma reflectida, a defender-se da agressão *(...) a dor, no percurso evolutivo adptativo do homem foi, e é, uma estratégia de sobrevivência* (Pinto & Silva, 2008:39).

Advém assim que apesar de a dor ser uma sensação desagradável provocada por estímulos nocivos, constitui um invulgar mecanismo de defesa que opera segundo a premissa de que o organismo tende a reagir a qualquer estímulo adverso provocador de uma sensação desagradável, no sentido de a minimizar ou mesmo debelar, para protecção do organismo e da própria pessoa. A utilidade biológica da dor subsiste na protecção da integridade do indivíduo que comporta um senão que está relacionado com o mau funcionamento do sistema endógeno do controlo da dor. Este sistema apresenta uma dupla acção, pois pode inibir ou potenciar o fenómeno da dor, revelando-se, assim,

auto-regulável e plástico. A constatação da dor como um sinal vital para uma vida saudável e de boa qualidade salienta-se perante os casos descritos de indivíduos com analgesia congénita e que, portanto, não têm capacidade de sentir dor (Almeida & Almeida, 2006).

A dor é um fenómeno sensorial, expresso por uma comoção desagradável, que informa acerca de uma lesão tecidular e que vai permitir que o indíviduo reaja para remover o estímulo doloroso actuando no sentido da sua defesa (Guyton & Hall, 2006). É um sentimento desaprazível que pode surgir com intensidade variável, como resultado de doença ou distúrbio emocional. É uma experiência subjectiva, geralmente mencionada de modo a impelir uma causa orgânica na sua origem, embora possa ou não ser comprovado. Os factores sociopsicológicos são extremamente importantes no contexto da dor, devido ao envolvimento emocional presente em todas as experiências dolorosas (Lemos, 2007).

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a dor *é um tipo de sensação com as caracteristicas específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva do sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tónus muscular, variação da apatia à rigidez, tratamento autoprotector, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades...* (ICN, 2006).

Por sua vez, a International Association for the Study of Pain (IASP, 1994) define a dor como uma experiência sensitiva e emocional, desagradável aliada a danos reais ou latentes nos tecidos corporais, decorrente ou descrita em termos de tais lesões (Almeida & Almeida, 2006; Teixeira, 2006). Esta definição oficial inclui vários conceitos que necessitam de ser especificados, apesar de poderem coexistir e de onde se infere que a dor pode ser: *uma experiência sensorial proveniente do corpo; uma experiência subjectiva associada à experiência sensorial; um sintoma não correlacionado com evidência de dano tecidual; um sintoma não correlacionado com evidência de dano tecidual, mas correlacionado com perfil epidemiológico para desordens conversivas somatofórmicas* (Lemos, 2007).

Contudo, a dor é sempre uma sensação pessoal, uma experiência exclusiva, que cada indivíduo aprende, mediante a vivência de experiências dolorosas, que ocorrem desde o início da vida. Nesta prespectiva, assistimos a uma diferenciação entre uma experiência sensorial de toque, pautada por um estímulo ou uma transmissão nervosa, e uma experiência emocional tocante, descrita como uma percepção mental. Indubitavelmente, a dor é uma sensação corporal, mas também uma experiência afectiva, onde a percepção dolorosa, constitui tudo aquilo que é dito pelo indivíduo, está presente quando ele diz que está e quando dá sinais neste sentido.

Apesar de todos os seres humanos serem confrontados com a dor física, a construção desta dor envolve atributos, significados, características e comportamentos que variam com a culturalidade. A experiência da dor é influenciada pela cultura de cada indivíduo, que interfere na forma de manifestação da própria dor (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002). O modo como a pessoa se comporta perante a dor depende do seu “backgroud” cultural.

Neste cenário, o homem sofre a sua história em todo o seu ser, não existindo dor sem ruptura da harmonia normal com o mundo, atendendo ao facto de a saúde ser um estado transitório. A dor, qualquer que ela seja, tem repercussões muito abrangentes, que vão para lá do sofrimento físico, pois quebram a evidência da relação da pessoa com o mundo, alterando o curso da vida e a relação com os outros. Todo o ser humano reage de modo diferente à experiência da dor, no entanto, há que ter sempre presente factores como a idade, o sexo, a condição social, a história pessoal, a personalidade, as experiências anteriores em relação à dor, a condição biológica e psíquica, os valores e os modelos culturais. Emerge assim o cariz multidimencional da dor, que justifica a dificuldade da abordagem desta temática.

1.2. FISIOLOGIA DA DOR

Bear, Connors e Paradiso (2008) remetem-nos para a eventualidade de uma vida miserável se não existisse a dor, pois ela é vital ao ser humano. A dor ensina as pessoas a acautelar condições nocivas, através de respostas reflexas de retirada do corpo dos estímulos dolorosos e induz ao repouso de uma parte afectada do mesmo.

Um bom exemplo de como a dor constitui um benefício funcional para o ser humano é o caso das pessoas que não têm a capacidade de sentir dor e, portanto, estão em

constante perigo de auto-destruição, pois não têm o sistema de defesa natural, que é a dor, para os avisar de que estão a sofrer lesão. Com isto deparamo-nos com a constatação de que *a vida sem dor não é uma benção* (Bear, Connors, & Paradiso, 2008:409). A dor é um mecanismo protector, pois ocorre sempre que qualquer tecido é lesado, fazendo com que o indivíduo reaja para remover o estímulo doloroso (Guyton & Hall, 2006).

Da história evolutiva emana que a sobrevivência de qualquer organismo depende da sua capacidade de se adaptar a variações no seu ambiente, o que só é possivel, se os estímulos de origem física ou bioquímica forem capazes de determinar uma resposta funcional ou comportamental, quando necessário. Durante a evolução da espécie humana, desenvolveu-se uma complicada rede de informação, com capacidade de armazenamento de experiências e sensações como padrões de memória sob a forma de conecções nervosas entre neurónios e órgãos alvo, fenómenos hormonais, receptores de membrana e células de armazenamento especializadas (Fauci, et al., 2008).

O conhecimento da fisiopatologia da dor, os receptores e tipos de fibras nervosas aferentes, assim como a modulação a que esta está sujeita na sua ascenção até ao cérebro e a influência das substâncias cerebrais endógenas, as endorfinas, fazem com que a percepção dolorosa seja diferente de indivíduo para indivíduo e seja também influenciada por factores ambientais. A sensação de dor resulta do envolvimento do sistema nervoso central (SNC) e do sistema nervoso periférico (SNP), constituindo um sinal de aviso, para evitar a lesão (Kazanowski & Laccetti, 2005).

As estruturas especializadas do SNP que convertem os acontecimentos físicos ou químicos em potenciais de acção nos eferentes primários são designados de receptores (Teixeira, 2006). Os receptores dos estímulos dolorosos são terminações nervosas livres que se encontram distribuidas por todo o corpo, principalmente nas camadas mais superficiais da pele e em tecidos internos como o periósteo, paredes arteriais, superfícies articulares, foice e tentório na abóbada craniana (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005; Guyton & Hall, 2006; Lemos, 2007).

Estas terminações nervosas livres ou nociceptores localizam-se na extremidade das fibras amielínicas do tipo C e das fibras mielínicas A-delta (δ), que transmitem a sensação de dor até ao SNC mediante duas vias separadas, relacionadas com o tipo de dor (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005; Golianu, Krane, Seybold, Almgren, & Anand, 2007; Lemos 2007). Os sinais dolorosos ocasionais/rápidos são desencadeados

por estímulos mecânicos ou térmicos que são transmitidos dos nervos periféricos para a medula espinal através de fibras Aδ com velocidade de condução entre 6 e 30m/s. Os estímulos químicos e, por vezes, os estímulos mecânicos e térmicos persistentes são responsáveis pela dor lenta/crónica que é transmitida para a medula espinal através da fibra C com velocidade de condução entre 0,5 e 2m/s (Guyton & Hall, 2006; Teixeira, 2006).

Perante uma lesão, as células nervosas libertam mediadores químicos, como no caso das prostaglandinas, que provocam a estimulação dos nociceptores e que por sua vez, transportam o impulso doloroso ao longo de fibras nervosas, até à medula espinhal. Todavia, a dor não é transmitida directamente da medula espinal para o SNC, pois segundo a teoria do portão para controlo da dor, existe uma estrutura nervosa complexa nos cornos dorsais da medula espinal, que pode inibir a transmissão da mensagem dolorosa até ao cérebro. Estes portões actuam por intermédio de vários neurotransmissores, como são a substancia P e a somatostatina, que ao impedirem a transmissão até ao cérebro, bloqueiam o reconhecimento da dor. Deste modo, a lesão é evitada reflexivamente, a origem do estímulo desagradavel é eliminada, pois o estímulo só se transforma em dor, se for percebido pelo cérebro (Kazanowski & Lacceti, 2005; Lemos, 2007).

Será pertinente realçar que a nocicepção e a dor não são congéneres*. A dor é a sensação ou a percepção de sensações tão diversas como irritação, inflamação, fisgada, ardência, latejo ou sensações insuportáveis que surgem de uma parte do corpo, e a nocicepção é o processo sensorial que fornece os sinais que desencadeiam a experiência da dor* (Bear, Connors, & Paradiso, 2008:408). A nocicepção está estritamente relacionada com as transformações bioquímicas e nervosas que se produzem como resposta a estímulos nocivos. É uma resposta relativamente uniforme de pessoa para pessoa, em oposição ao fenómeno da dor, que difere de indivíduo para indivíduo, sendo exclusivo do sujeito que o vivência. O processo da nocicepção envolve processos individuais de transdução, transmissão, modulação e percepção da dor (Suchdev, 2004; Lemos, 2007).

1.3. TEORIAS DE TRANSMISSÃO DA DOR

Existem duas teorias ancestrais para explicar a transmissão periférica da dor que são a Teoria da Especificidade e a Teoria da Intensidade. A Teoria da Especificidade redundou

de uma longa evolução histórica que concebe a dor como uma sensação específica, com um aparelho sensorial próprio e diferenciado de outras formas de sensibilidade. Os pioneiros desta teoria foram Galeno, Avicena e Descartes, sendo a versão mais precisa de 1864, levada a cabo por Schiff com uma proposta baseada na experimentação animal e a versão mais recente desta teoria surgiu em 1967 pela mão de Kaplan (Lemos, 2007).

Nesta conjuntura, a sensação de dor resulta de impulsos nervosos em nociceptores, que são conduzidos directamente à medula espinal ao longo de fibras especializadas, que excitam células específicas, as quais são projectadas para o centro da dor através dos tratos espinotalâmicos. Actualmente, esta teoria é considerada inadequada, pois com a descoberta dos mecanismos modulatórios, os cientistas admitem que a tramsmissão da dor seja regulada por mecânismos centrais, mesmo quando a sensação dolorosa está limitada à periferia. Nesta teoria, os mecanismos centrais tinham pouca importância, pois eram considerados intermediários de um sistema de propagação do sinal doloroso para o córtex, ou seja, serviam apenas para conduzir as informações geradas nas fibras sensoriais periféricas (Ibidem).

A teoria da Intensidade, também conhecida como a teoria da soma dos estímulos, sugere que a dor resulta de uma estimulação gradual da sensibiliadade periférica e foi proposta por Darwin. Esta teoria preconiza que cada estímulo sensorial pode tornar-se doloroso, desde que seja suficientemente persistente e de intensiade constante. (Ibidem).

Mais recentemente, no final do século XIX, surgiu a Teoria do Portão da responsabilidade de Head, onde propõe que a dor seja consequência da desinibição periférica ou por inactivação de controlos neurológicos a nível central. Esta teoria foi formalmente proposta por Melzack e Wall em 1965. Muitas têm sido as propostas de evolução desta teoria, que desde o seu surgimento têm sido exaustivamente examinada, revista e reeditada, à medida que aumenta e evolui o conhecimento científico sobre o funcionamento da dor (Lemos, 2007). Basicamente, esta teoria admite a existência de um mecanismo neuronal, porta ou portão, localizado nos cornos posteriores da medula espinal que permite a passagem ou não do fluxo de impulsos elétricos, a partir das fibras aferentes primárias até ao SNC. O mecanismo de acção é determinado por fibras que libertam neurotransmissores, abrindo por acção dos de excitação e fechando por acção dos de inibição. Perante a passagem pelo portão de um nível específico de informação, são activadas zonas neurais responsáveis pela experiência dolorosa e sua reacção (Batalha, 2010).

A confirmação da existência de mecanismos centrais fez emergir uma nova prespectiva para se avaliar as influências ambientais no controlo da dor. O sistema de tansmissão da dor e a sua conexão com o córtex e o subcórtex criam uma ligação directa entre um estímulo corporal e processos cognitivos tendentes para a percepção do meio ambiente. Constatando-se a existência de neurônios associados ao significado da dor e à memória de vivências anteriores, a coexistência de estados afectivos e culturais, adquirem relevância no controlo da dor. Contudo, o entendimento do mecanismo de transmissão da dor, não passa só pelo conhecimento da funcionalidade dos sistemas centrais, mas também pela pesquisa da qualidade dos factores que promovem a percepção da dor, independentemente da sua origem (Lemos, 2007).

As pesquisas recentes sobre o assunto dão relevância simultânea aos mecanismos periféricos e centrais, responsáveis pela produção e transmissão das sensações dolorosas.

1.4. COMPORTAMENTOS DE DOR

Segundo Portnoi (2006), a dor é um fenómeno complexo que seria incompreensível ou inacessível se não pudesse ser transmitido por meio de comportamentos de dor.

Os comportamentos de dor são manifestações ou exteriorizações demonstradas pelos indivíduos durante a vivência da experiência dolorosa. As reacções à dor, por parte dos indivíduos, ocorrem de forma integrada, envolvendo as necessidades individuais de expressão e as indigências sociais de experiência e percepção. Isto resulta da noção de que as reacções à dor não são só reacções irreflectidas resultantes das manifestações neurovegetativas e reflexas, mas também das reacções voluntárias consequentes do esforço empregue no afastamento da causa de dor (Portnoi, 2006).

Existe um vasto encadeamento de comportamentos, através dos quais os indivíduos transmitem a sua sensação dolorosa. Da observação empírica dos comportamentos de dor, resulta a constatação da existência de comportamentos e expressões não verbais, para além dos frequentes comportamentos verbais da experiência de dor. O carácter inconsistente dos comportamentos verbais e não verbais da dor brota numa discrepância entre o que os indivíduos dizem e o que fazem (Ibidem).

Por comportamentos verbais entende-se as queixas verbais apresentadas pelos indivíduos, que incluem os gemidos, os suspiros e a comunicação escrita. Estas manifestações dependem de processos estruturados, pois compreendem a utilização de indicativos orais e/ou sinais abstractos que demonstrem a presença da impressão dolorosa. Os comportamentos não verbais são manifestações comportamentais observáveis que abarcam mudanças posturais, gestuais e faciais, diferem de pessoa para pessoa, mesmo em presença de uma mesma doença (Portnoi, 2006).

Contudo, os comportamentos surgem envoltos em subjectividade, podendo a sua mensagem ser adulterada devido à influência de diversos factores e dependendo da forma de comunicação. Importa por isso destacar, que a avaliação dos comportamentos é uma estratégia necessária, mas não suficiente para avaliar com o máximo de exactidão e imparcialidade a dor na criança, devendo portanto ser utilizados outros recursos (Ibidem).

1.5. DOR NA CRIANÇA

Tradicionalmente, a dor no neonato foi tratada de forma insuficiente. Prevalecia a convicção de que a incapacidade destas crianças para verbalizar as sua sensações e a sua dor era sinónimo de incapacidade para sentir e recordar a experiência da dor (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). Durante muito tempo, a dor na criança, particularmente no RN prematuro e de termo, foi desprezada ou até ignorada. Até à decada de 70, o RN era considerado insensível à dor e vários procedimentos médicos invasivos, como fazer um desbribamento da pele para inseção de um cateter central ou até mesmo algumas cirurgias, eram cometidas sem o cuidado de usar analgesia (Branco, Fekete, & Rugolo, 2006). Acreditava-se que as vias nervosas do RN não eram suficientemente integradas para interpretar ou recordar as experiências dolorosas e que o risco de anestesia e ou qualquer medida de sedação era demasiado elevado para justificar qualquer benefício possível de controlo da dor (Hockenberry, 2006). O excessivo zelo em salvar vidas em desmedido risco, vedou a noção de que também é possível debelar a dor conjuntamente.

Foi nas últimas decadas que a questão ganhou importância, por intermédio dos profissionais de saúde da área da pediatria e também por refutação às inquietações dos pais que “sentiam” que os filhos tinham dor. Os avanços verificados no cuidado ao RN revelaram-se cruciais na valorização da importância do tratamento da dor (Vidal,

Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). A discussão a respeito da capacidade do RN sentir dor começou nos anos sessenta, quando se descobriu que a mielinização não é imprescindível para a propagação dos impulsos nociceptivos pelo trajecto sensorial (Balda & Guinsburg, 2004). Todavia, a temática assumiu especial relevo, durante a década de setenda, altura em que a neonatologia experimentou um exponencial desenvolvimento, dando origem à proliferação das unidades de cuidados intensivos. Conhecimentos mais específicos e profundos na área da neonatologia em comunhão com novas tecnologias e terapias, como o surfactante, a eritropoetina, a ventilação e as práticas dialíticas têm permitido a sobrevivência de um maior número de crianças de muito baixo peso, prematuras e gravemente doentes. No entanto, toda esta inquestionável evolução, trouxe consigo um aumento significativo de situações clínicas, de técnicas e procedimentos que potenciam situações de dor/sofrimento nas crianças.

Assim, a UCI é conjuntamente, um local de cuidado e recuperação de crianças desmesuradamente doentes e com necessidades especiais, mas também um local gerador de desconforto, desgaste físico e dor. Apesar do seu objectivo ser a manutenção e a preservação da vida, envolve procedimentos de diagnóstico e de tratamento, frequentemente muito invasivos, geradores de dor e que provocam alterações fisiológicas e comportamentais nas crianças. Cabajal et al (2008), no seu trabalho sobre dor no RN, chama atenção para o facto de uma criança com doença aguda ser sujeita a cerca de 50 a 130 procedimentos por dia. Pela sua patologia e tratamentos necessários, a criança é manipulada imensas vezes ao dia, com interrupção do sono e repouso para ser exposta a intevenções causadoras de dor e de stress (Balda & Guinsburg, 2004). Estas situações foram de algum modo negligenciadas ao longo do tempo, alicerçando-se essa omissão na crença que os recém-nascidos não sentem dor e pela sua incapacidade em a expressar, de modo compreensível para os adultos que dela cuidavam.

Contudo, hoje não restam dúvidas quanto à capacidade de resposta, das vias nociceptivas, que embora imaturas, dão origem a reacções globais particularmente desaprazíveis para o RN e que podem ser classificadas como dores. É de conhecimento geral, que os componentes do SNC, necessários à emissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, encontram-se patentes no RN de termo e em prematuros com idade gestacional de 24 semanas, apesar do amadurecimento e estruturação desta estrutura continuar durante a vida pós-natal (Balda & Guinsburg, 2004; Okada & Malafaia, 2006). Está corroborado que as vias da dor, os centros corticais e subcorticais imprescindíveis para a percepção da dor e os sistemas neuroquímicos associados com a transmissão e modulação da dor estão intactos e operantes no neonato. A velocidade mais lenta de

condução das fibras não-mielinizadas é compensada pela menor distância que o impulso tem de percorrer (Soares, 2001; Askin & Wilson, 2006).

Jorge Biscaia (1995), no seu estudo sobre a dor no bebé assegura que o feto tem aptidão para responder a estímulos visuais, auditivos e nociceptivos, apresenta um sono estruturado e a noção de dor está presente e funcional a partir do segundo trimestre de gestação. Estudos recentes demonstraram que o feto reage a estímulos dolorosos in utero e o RN apresenta alterações hormonais, nas cirurgias, que podem ser evitadas mediante a utilização de narcóticos e de anestesia geral (Askin & Wilson, 2006).

No princípio do desenvolvimento, terminações nervosas aglomeradas criam redes locais de grande excitabilidade, permitindo que até mesmo estímulos de baixa intensidade consigam produzir uma resposta exasperada à dor (Marter & Pryor, 2005). É na sexta-semana de gestação que se estabelecem as conexões entre neurónios sensoriais e células do corno dorsal da medula espinal (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). A percepção sensorial cutânea propaga-se pela cara, mãos, pés e tronco, às 7 semanas de gestação e às porções proximais das extremidades, às 15 semanas. Às 20 semanas, existe percepção sensorial em todas as superficies cutâneas e mucosas do feto e está desenvolvido o número final de neurónios. Quatro semanas depois completam-se as conecções sinápticas entre a medula, o tronco cerebral, o tálamo e o cortex (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). Como as terminações nervosas sensitivas estão presentes em toda a superfície corporal entre as 22 e as 29 semanas de gestação, o feto é capaz de sentir dor e de organizar uma resposta à dor e ao stress a partir da 23ª semana de gestação, aproximadamente. Porém, a resposta da criança pré-termo é menos competente que a resposta da criança de termo, o que torna menos confíaveis, os sinais clássicos de stress resultantes dos estímulos dolorosos. Para além disso, a persistência dos estímulos dolorosos durante horas ou dias, diminui ou torna inactiva a resposta do sistema nervoso simpático, disfarçando os sinais de dor ou desconforto (Marter & Pryor, 2005).

A partir das 30 semanas, todas as células do corno dorsal da medula espinal encontram-se desenvolvidas (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). O mesmo não se verifica em relação à mielinização dos nervos e das fibras sensitivas, que permanece incompleta no momento do nascimento, o que constituiu a principal justificação para a falta de percepção dolorosa por parte das crianças pequenas.

O processo de mielinização tem início às 22 semanas de gestação, com início nas fibras nervosas da medula espinal e do tronco cerebral, terminando no SNC, durante o terceiro trimestre. O córtex cerebral do feto começa a desenvolver-se às 8 semanas de gestação, com a proliferação dos neurónios pelas áreas ventricular e sub-ventricular e posterior migração para as diversas zonas do cortex cerebral (Desparmet-Sheridan, 1995; Marter & Pryor, 2005). Na 10ª semana de gestação, o sistema nervoso do feto contem a substancia P que é um neuromodulador associado às vias nociceptivas e os opiáceos endógenos estão presentes às 22 semanas, ocorrendo a sua libertação no momento do nascimento e em resposta ao sofrimento fetal. Os níveis das endorfinas diminuem gradualmente nas primeiras 24 horas de vida, até alcançar os níveis dos adultos ao fim de 5 dias (Desparmet-Sheridan, 1995).

Todavia, apesar da comprovação científica a respeito da presença da dor no RN, observa-se ainda dificuldade na operacionalização das intervenções mais adequadas ao seu controlo. Este facto talvez ocorra, devido à dificuldade em caracterizar e avaliar a dor na criança pré-verbal. Se reflectirmos na definição dada por McCaffery (1989), que diz que a dor *é tudo aquilo que a pessoa que a vive diz que é, e existe da forma que a pessoa diz que existe,* ou ainda na definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor que preconiza que a dor *é uma experiência sensorial e emocional complexa desagradável associada a lesões tecidulares reais ou possíveis ou expressa como se essas lesões existissem,* percebemos o quão difícil é conceituar e avaliar a dor nas crianças pequenas, nos detentores de deficiência mental e neurológica, nos doentes em coma e nas pessoas com dificuldade na expressão verbal. Ao reflectirmos em qualquer uma das definições supracitadas, verificámos que qualquer definição de dor evidencia o carácter verbal e subjectivo do fenómeno doloroso o que dificulta a avaliação na população neonatal.

Como nos diz Okada e Malafaia (2006), o processamento nociceptivo e supressor da dor apresenta algumas modificações nos períodos: pré-natal, neo-natal, pós-natal e durante os primeiros anos de vida. As crianças podem sentir dor, sem um traumatismo convincente ou não sentir dor perante lesões traumáticas. As características biológicas, experiências anteriores e condições psicológicas modificam a manifestação da sensação dolorosa, para além dos factores ambientais poderem comprometer o desempenho da criança.

Eventos ou estímulos que interfiram com a acomodação comprometem e dificultam o processo de controlo da dor. Em relação ao RN, estímulos demarcados como a luz e o

barulho podem exacerbar as respostas perante a dor. Do mesmo modo que os estímulos organizados, como o cheiro do álcool etílico ou a visão de agulhas, podem provocar ansiedade e agravar a dor, em crianças maiores (Okada & Malafaia, 2006).

1.6. AVALIAÇÃO DA DOR NA CRIANÇA

A importancia da avaliação da dor reside no facto de que todo o tratamento deve ser baseado na sua avaliação e corroboração (Paula, 2006). Como já foi mencionado, a especificidade do fenómeno dor é a razão principal para a comprovada dificuldade na elaboração de um método único de avaliação, fácilmente aplicável na prática clínica.

Em relação ao RN, essa dificuldade é acrescida pela carência de métodos que sejam conjuntamente específicos, sensíveis e válidos para a avaliação da dor no doente pré-verbal. Devemos ter presente que a dor não é uma simples inferência directa e obrigatória de uma lesão tecidular, uma vez que é influenciada por factores relacionados com o desenvolvimento físico e cognitivo, bem como pelas condições comportamentais, contextuais, emocionais, étnicas, etárias e familiares.

A prevalência da dor e as suas repercussões na população pediátrica ainda é pouco conhecida, não obstante a escassez de dados relacionados com os prejuízos e incapacidades da mesma no RN (Okada & Malafaia, 2006). Todavia, sabe-se que a exposição das crianças a situações de dor produz efeitos indesejáveis, tais como: hipóxia, hipercapnia, acidose, hiperglicemia, polipneia e pneumotórax. As respostas vagais desenvolvidas em consequência da dor após procedimentos invasivos, precipitam eventos hipoxémicos, alterações no transporte de oxigênio e no volume sanguíneo cerebral.

Marter e Pryor (2005) referem os estudos comportamentais e neurológicos feitos a crianças com 18 meses de idade corrigida, sujeitos a variadíssimos procedimentos dolorosos e estímulos nocivos, logo após o nascimento e que revelam uma diminuição da susceptibilidade aos estímulos nervosos. Contudo, a avaliação da intensidade da dor média destas crianças por volta dos 8 a 10 anos, apresentou um valor superior comparativamente aos seus pares que nasceram de termo. Isto leva a concluir que a longo prazo, a dor neonatal e o stress influenciam o desenvolvimento e as percepções a estímulos dolorosos. Esta constatação deu origem a um avanço considerável nos estudos relacionados com a determinação de indicadores de dor, legitimação de

instrumentos para a avaliação da dor e mensuração de respostas de dor em recém-nascidos prematuros e de termo (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

1.6.1. Resposta da criança à dor

O RN apresenta uma série de distintas manifestações e reacções que são sugestivas da vivência de sensações dolorosas, pelo que, a sua observação deve ser precisa e continuada para uma avaliação certa e eficaz das demonstrações de dor. Sob o ponto de vista fisiológico, o RN reage aos estímulos dolorosos, evidenciando alterações nos parâmetros cardiovasculares no PO_2 transcutâneo, na sudorese palmar, bem como o aumento das hormonas de stress como as catecolaminas, a aldosterona, o cortisol, o glucagón e a insulina. Também se observam alterações da conduta dos recém-nascidos perante a dor, que variam desde as respostas motoras, com gritos e gesticulações, até transformações das expressões faciais (Marter & Pryor, 2005).

Balda e Guinsgurg (2004) remetem-nos para a evidência científica da subsistência de uma forma própria, do RN expressar a sua dor. A admissão e a comprovação desta forma muito própria de expressão do neonato, por parte da equipa de saúde, é primordial para a avaliação apropriada do fenómeno da dor e para o planeamento das intervenções adequadas à sua prevenção e controlo. Perante um estímulo doloroso ou incómodo o RN responde, apresentando alterações do comportamento, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas. A maioria das alterações fisiológicas podem ser quantificadas sem recurso a métodos invasivos. As alterações bioquímicas parecem ser os parâmetros quantificáveis mais sensíveis, contudo apresentam o inconveniente de necessitarem de metodos invasivos (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005).

De um modo geral, para combater ou demarcar a experiência da dor, o neonato gasta uma substancial quantia de energia, alterando os seus parâmetros fisiológicos e modificando o seu comportamento, exibindo movimentos activos de retirada do membro da origem da agressão, choro e expressões faciais características de dor. Perante a persistência da experiência dolorosa, de modo descontínuo ou ininterrupto, o RN preserva a energia e torna-se pouco reactivo à dor, o que pode provocar manifestações de irritabilidade, redução da atenção, adulteração do padrão do sono, recusa alimentar e interferência na relação mãe-filho, com possíveis repercussões desenvolvimentais (Balda & Guinsburg, 2004).

De facto, estudos recentes mostram que o neonato exposto ao fenómeno doloroso por tempo prolongado, experimenta o aumento da sensibilidade à dor, com hipersensibilidade a estímulos dolorosos e aos não dolorosos, presumivelmente por aumento das disseminações nervosas e diminuição do limiar da dor. Sugerem também, que a repetição de experiências dolorosas pode alterar a resposta fisiológica, comportamental e psicológica do RN, com prováveis mudanças nos mecanismos neurobiológicos de regulação e modulação do sistema neurológico de resposta à experiência da dor. Considera-se que a prolongada exposição ao fenómeno da dor seja responsável pelo surgimento de problemas cognitivos, défices de atenção e concentração durante a vida escolar (Balda & Guinsburg, 2004; Askin & Wilson, 2006).

Todos estes pressupostos vêm reforçar a ideia de que o processo de avaliação da dor na criança pré-verbal, especilmente no neonato, não é facil, pois não é possível usar o indicador mais confiável da dor, protagonizado pelo auto-relato. Neste contexto, sobrevém que a avaliação da dor no RN é feita através das alterações dos parâmetros fisiológicos e comportamentais, reconhecidas antes, durante e após um estímulo potencialmente doloroso (Hockenberry, 2006). Assim sendo, os elementos-chave para a avaliação e o tratamento da dor na criança são a sua identificação e quantificação, o que representa um verdadeiro desafio para os profisionais de saúde que trabalham em pediatria.

As respostas fisiológicas à dor compreendem a activação do sistema nervoso e as mais comuns são: o aumento da frequência cardíaca, a diminuição do tônus vagal e da saturação de oxigénio, a alteração da pressão sanguínea, bem como outras alterações da função do sistema nervoso autônomo (variações da cor da pele, nauseas, vômitos, dilatação pupilar) e alterações hormonais associadas à resposta endocrina e metabólica ao stress (Neves & Corrêa, 2008). As respostas comportamentais da dor englobam a expressão facial, o choro, o padrão de sono e a vigília, os movimentos corporais e a qualidade desses comportamentos depende da maturidade do RN, bem como da sua idade gestacional (Hockenberry, 2006; Noronha, 2007; Neves & Corrêa, 2008). Estes indicadores têm obviamente níveis de subjectividade, dada a distinta singularidade da criança, mas também do avaliador.

Os indicadores de dor usados nos recém-nascidos a partir das 28 semanas de gestação, estão relacionados com as mudanças na actividade facial, associadas aos estados comportamentais de vigília e sono, para além dos índices fisiológicos. A avaliação da dor no RN deve ser multidimensional, mediante o uso de medidas fisiológicas e

comportamentais, compreendendo assim diferentes parâmetros (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

1.6.2. Expressão Facial

Dos diversos processsos de comunicar, emerge a comunicação não verbal, que cobre um grande leque de expressões corporais e comportamentais, que transcedem, acompanham e suportam ou não, as relações verbais entre as pessoas e contribuem para a sua significância.

A percepção de que a criança é um ser social, altamente comunicativo permite estabelecer uma correspondência entre os movimentos expressivos e o seu estado interno. A literatura existente aponta para o reconhecimento de movimentos faciais como um dos indicadores de consciência, juntamente com outros movimentos expressivos, reacções fisiológicas e expressões verbais (Balda & Guinsburg, 2004)

Existe um vocabulário facial de sinais emocionais, que traduzem as emoções básicas da tristeza, alegria, desconforto e dor que leva a pensar numa face humana que fala uma linguagem universal. Desde o nascimento que a criança é um comunicador nato, pois é capaz de produzir quase todas as expressões faciais de emoção características do adulto. No estudo da expressão da dor no RN, as alterações da mímica facial constituem um dos eixos essenciais à sua percepção (Ibidem).

Entre todas as manifestações de emoções, as mais básicas são o prazer e o desconforto, sendo a manifestação de dor uma das mais intensas e mais relevantes em termos de eficácia comunicativa. A avaliação da sensação de dor no RN é feita, muito à custa das expressões faciais e posturais. Os profissionais de saúde que cuidam directamente de crianças sabem bem da importância deste assunto. A análise dos movimentos faciais e físicos demonstram um padrão consistente de resposta associado a estímulos nocivos indicando, portanto, a presença de dor.

A expressão facial constitui um referêncial de informação, preponderante sobre a constatação da presença de dor, pois prescinde de equipamentos específicos. Todos os indivíduos apresentam expressões faciais de dor, que podem variar muito, contudo assumem especial relevância na avaliação da dor nas crianças pequenas. A avaliação facial é peculiarmente importante, pois existem expressões, tais como: fronte saliente,

tremor do queixo, arqueamento das sobrançelhas, boca aberta e língua tensa entre outras, que dão mais informações sobre a dor e o sofrimentro da pessoa, do que a sua própria condição orgânica (Portnoi, 2006).

Algumas das escalas de avaliação de dor avaliam sistematicamente as expressões faciais tais como a contracção dos olhos, o arqueamento das sobrançelhas e a abertura da boca. No entanto, há que ter em linha de conta a singularidade das resposta à dor, atendendo ao facto de que muitas crianças respondem à dor com o aumento dos movimentos corporais e que o RN pode apresentar dor mesmo quando está de olhos fechados e quieto.

1.6.3. Choro

No RN, o choro é definido como um fenómeno complexo que ocorre durante a fase expiratória da respiração. A acção sinérgica dos músculos supralaríngeos, laríngeos, respiratórios, faciais, faríngeos, da boca e do tronco, com os nervos e estruturas são os responsáveis pelo choro. O seu controlo decorre do sistema nervoso que garante a estabilidade e coordenação da laríngе (Branco, Fekete, Rugolo, & Rehder, 2006). O choro constitui uma forma de comunicação e manifestação das crianças e é considerado um parâmetro importante na avaliação da dor. No entanto, em 2000, a *American Academy of Pediatrics* e a *Canadian Paediatric Society,* na discussão sobre a prevenção e o manejo da dor, bem como do stress do RN, realçaram o facto de que a ausência de respostas comportamentais, nomeadamente o choro e os movimentos, não significa, necessariamente, que não exista dor. O choro, apesar de ser um bom indicativo, não é específico, nem patognomónico da dor (Aymar & Coutinho, 2008). Para além disto, o som produzido pelo choro pode ser descrito como fome, raiva, dor e pedido de atenção (Hockenberry, 2006).

Porém, mediante um estímulo doloroso, a expressão de dor no RN pode ser caracterizada pela emissão do choro. Num estudo sobre o valor da frequência e variações acústicas dos diferentes tipos de choro apresentado pelo RN, Branco, Fekete, Rugolo, e Rehder (2006), aferiram haver alterações de valor e frequência na acústica do choro, resultante de estímulos dolorosos. Assim concluiram que o RN comunica a sua dor através do choro. Perante um procedimento doloroso, o RN emite um choro tenso e estridente, com frequência fundamentalmente aguda e apresenta alterações no traçado espectrográfico. Este estudo permite avançar com a certeza de que o choro constitui um

importante parâmetro na avaliação da dor do RN durante um procedimento e consequente escolha de técnicas mais apropriadas ao controlo da dor. Porém, há que saber diferenciar o tipo de choro, pois é uma das formas de comunicação da criança pequena.

1.6.4. Escalas de avaliação de dor

Apesar da existência de alguns métodos para medir e avaliar a dor no RN, nenhum parece ser suficientemente perfeito. Todavia, estão disponíveis várias escalas validadas e confiáveis para avaliação da dor no neonato, mediante indicadores comportamentais, fisiológicos e uma combinação de ambos (Balda & Guinsburg, 2004; Marter & Pryor, 2005; Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). A selecção do instrumento de avaliação da dor no RN depende da idade gestacional da criança e de outros factores clínicos, como a gravidade da doença. Entre as diversas escalas de hetero-avaliação que existem, iremos aludir as mais usadas pela sua simplicidade e/ou utilidade clínica.

Escala Echelle de Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né – EDIN

A escala comportamental de avaliação de dor Echelle Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) foi desenvolvida em França para avaliar a dor dos RN em UCIN e validada para o população portuguesa (Batalha, Santos, & Guimarães, 2003). Esta escala é utilizada nos recém-nascidos de termo ou prematuros internados com dor persistente associada a patologia prolongada ou à repetição de cuidados dolorosos e requer uma observação prolongada da criança de quatro a oito horas (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002). No caso de crianças entubadas o choro silencioso pode ser detectedo pelo movimento óbvio facial com esboço de choro. Esta escala apresenta uma fiabilidade inter-avaliador de 0,69 (Rocha, et al., 2004). (Anexo I)

Escala Neonatal Infant Pain Scale – NIPS

Esta escala foi elaborada com base na *Children`s Hospital of Easter Ontario Pain Scale* (CHEOPS) composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um indicador fisiológico (Balda & Guinsburg, 2004; Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005; Guimarães & Vieira, 2008). Os parâmetros avaliados são a expressão facial, o

choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília. Os indicadores são medidos de zero a um, exceptuando o choro que é medido de zero a dois pontos. É uma escala que se tem revelado consistente na avaliação da dor em RN a partir das 24 semanas de gestação (Batalha, 2010; Silva & Silva, 2010). Os estudos realizados por Guinsburg (2001) revelaram que esta escala permite diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos é facil de aplicar e pode ser usada por diferentes profissionais. Segundo a autora, a grande desvantagem desta escala é ter apenas uma variável fisiológica que é a frequência respiratória, um dado de interpretação duvidosa no contexto da dor no RN. No caso de crianças ventiladas, a avaliação do parâmetro choro está compromotida, valorizando-se a mímica facial de choro e assim a mímica facial é pontuada a dobrar. (Anexo II)

Escala Neonatal Facial Coding System (modificada) – NFCS

O Sistema de Codificação da Actividade Facial Neonatal é uma medida descritiva baseada na expressão facial que avalia a dor do RN prematuro e de termo. Resulta da observação das diferentes expressões faciais pelo que pode apresentar variações individuais substanciais na expressão e no vigor das respostas. Compõe-se de quatro parâmetros quantificados com zero ou um, em que o escore máximo é de quatro pontos. É considerado indicação para recurso a uma intervenção farmacológica desde que o escore seja igual ou superior a um. Escala muito difundida nas unidades de cuidados intensivos neonatais, pela sua fácil apicablidade e que avalia a dor aguda provocada por procedimentos tais como: punção do calcanhar e venosa, entubação, aspiração gástrica, aspiração de secreções no TET e inserção de cateter venoso (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005; Guimarães & Vieira, 2008; Batalha, 2010; Silva & Silva, 2010). (Anexo III)

Escala *Douleur Aiguë du Nouveau-Né* (DAN)

Escala unidimensional comportamental desenvolvida para avaliar a dor durante procedimentos dolorosos no RN. É uma escala recente, limitada pois ainda não foi validada para o RN prematuro, para além de não avaliar a dor prolongada. A expressão facial, movimento dos membros e expressão vocal são os indicadores usados nesta escala que podem variar de zero a três, exceptuando o primeiro que vai de zero a quatro (Batalha, 2010). (Anexo IV)

Escala Crying, Requires oxigen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness – CRIES

A avaliação da dor do RN prematuro ou de termo internado numa UCI em contexto de pós-opertório pode ser realizada mediante a utilização da escala de CRIES, que contempla cinco indicadores fisiológicos e comportamentais. A sua nomenclatura é um acrónimo que estimula a memória dos profissionais: Choro, Requerimento de mais oxigénio (para saturações de 95%), Incremento dos sinais vitais (Fc e TA), Expressão facial e periodos de Sono (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). Tem uma avaliação máxima de 10 pontos e cada parâmetro tem uma avaliação de 0 a 2. A confiabiliadde desta escala foi testada em relação à dor pós-operatória em neonatos com idades entre 32 semanas de gestação e 20 semanas pós-termo. Esta escala distingue a dor de outras sensações desaprazíveis e apresenta uma boa concordância entre observadores, para além de ser prática e fácil de aplicar (Balda & Guinsburg, 2004 ; Askin & Wilson, 2006). (Anexo V)

Escala Premature Infant Pain Profile – PIPP

Outra possibilidade para a avaliação da dor no RN prematuro internado em cuidados intensivos é a utilização do Perfil da Dor no Bébé Prematuro (Premature Infant Pain Profile-PIPP). É uma escala multidimensional desenvolvida para avaliar a dor no RN de térmo e pré-termo. Reflecte bem as diferenças entre estímulos dolorosos e não dolorosos, em toda a faixa etária neonatal. É simples e muito bem aceite, por ter em conta a idade gestacional e o estado de alerta. O indicador “idade gestacional no momento da observação” dá uma maior pontuação de dor a neonatos com menor idade gestacional. Compõe-se de sete parâmetros que incluem indicadores de conduta, desenvolvimento e fisiológicos. Cada indicador é avaliado de 0 a 3. Uma categoria de 21 corresponde a uma idade gestacional menor que 28 semanas e para mais de 36 semanas, a máxima pontuação é de 18. Para todas as idades gestacionais um valor menor ou igual a 6 indica não haver dor ou a presença de uma dor mínima. Valores iguais ou maiores que 12 indicam dor moderada ou intensa. Contudo, para Guinsburg (2001), a sua aplicação restringe-se aos procedimentos dolorosos agudos, quando existe um período anterior e um posterior ao estímulo nociceptivo. Assim, no contexto do RN muito doente, em ventilação mecânica, a utilização da escala é desfavorecida pela constância das medidas terapêuticas e pelas variadas repetições de estímulos dolorosos

(Balda & Guinsburg, 2004; Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005; Askin & Wilson, 2006). (Anexo VI)

Escala Distress Scale for Ventilated Newborn Infants – DSVNI

Entre os métodos multidimensionais de avaliação de dor, existe um instrumento específico para RN com ventilação mecânica que é a escala de desconforto para recém-nascidos ventilados (DSVNI). Esta escala analisa as respostas fisiológicas e comportamentais a procedimentos invasivos únicos ou repetitivos e verifica os resultados das intervenções realizadas em relação ao conforto e à analgesia da criança. Os parâmetros fisiológicos que avalia são a monitorização da frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigénio e temperatura, no estado de repouso, durante o procedimento invasivo, 3 minutos e uma hora após o mesmo. Simultaneamente avalia-se os parâmetros comportamentais que são a mímica facial, o movimento corporal e a cor da pele da criança. Parece um instrumento potencialmente interessante, porém, esta escala ainda não foi validada em termos de conteúdo, critérios e construção. Desta forma para a avaliação da dor no RN ventilado deverá recorrer-se ao uso concomitante de parâmetros fisológicos, comportamentais e alguma das escalas referidas (Batalha, 2010; Silva & Silva, 2010).

1.7. TRATAMENTO DA DOR

A tradicional insuficiência no tratamento da dor resultou de ideias preconcebidas tais como a subjectividade da dor, a imaturidade do SNC e a noção de que a administração de opiáceos pode causar depressão respiratória e dependência (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005).

O processo de manuseamento efectivo da dor é muito mais abrangente que o simples tratamento, devendo envolver aspectos relacionados com a prevenção e a antecipação da dor. O principal objectivo do controlo da dor no RN é a utilização de intervenções que diminuam a intensidade e a duração da dor. Embora a dor seja habitualmente tratada com intervenções farmacológicas, existem métodos adjuvantes e alternativos para reduzir o uso de fármacos e diminuir assim os seus efeitos colaterais que, eventualmente, comprometem o estado fisiológico da criança (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

Para o efeito, podem ser usadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com a circunstância, devendo, contudo, ser avaliadas, no sentido de certificar a efectividade do tratamento administrado. Convém realçar que é sempre de considerar as intervenções farmacológicas nos casos de dor moderada a severa, bem como em determinados procedimentos passíveis de causarem dor como são: o pós-operatório, a ventilação mecânica, a colocação de drenos torácicos, a colocação de cateteres centrais e desbridamentos venosos, as infecções abdominais, a lacerações da pele entre outros. Nas dores consideradas ligeiras devem ser usadas intervenções não farmacológicas (Tamez & Silva, 2009; Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

São muitos os estímulos dolorosos agudos que com frequência recorrente são realizados durante o cuidado ao RN com fins diagnósticos e terapêuticos (colheita de sangue, cateterização de veias, etc.), procedimentos de cuidado (colocação de sondas, mudanças de posição, remoção de adesivos, etc.) e exploratórios (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). O RN que se encontra numa incubadora, para além da capacidade de sentir a dor, é capaz de reconhecer o sofrimento, a ansiedade e o medo, advindo assim a necessidade de tratamento destas crianças, incluindo o prematuro (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005).

O tratamento da dor do RN assenta em atitudes harmonizadas que envolvem as intervenções não farmacológicas e farmacológicas (Noronha, 2007). O processo de tratamento da dor revela-se um constante desafio, pois depende de uma eficaz e correcta avaliação. Os parâmetros de avaliação da dor no RN são particulares e específicos, o que torna muito difícil a sua execução e exige do enfermeiro um raciocínio efectivo e crítico para além de formação contínua na temática (Guimarães & Vieira, 2008). Não é só a falta de opções de diagnóstico e terapêuticas que dificulta o tratamento adequado à dor do RN, mas também a utilização inadequada dos conhecimentos científicos acerca da matéria, por parte dos enfermeiros na sua prática clínica (Guimarães & Vieira, 2008).

As técnicas ambientais e comportamentais na prevenção e tratamento da dor recomendam a manipulação mínima e a minimização dos procedimentos dolorosos ou geradores de stress, que devem ser coordenados com outras intervenções de assistência à criança, ou seja, agrupar as intervenções dolorosas, antes de um evento agradável como, por exemplo, alimentar ou tocar a criança. (Marter & Pryor, 2005). Durante a permanência do RN numa UCI, as medidas a implementar na prevenção da dor passam pelo controlo da incidência da luz forte sobre a criança, diminuição do ruído e racionalização da manipulação, de modo a agrupar os cuidados necessários à criança e

salvaguardar assim, períodos de sono e repouso. As colheitas devem ser agrupadas e racionalizadas para evitar múltiplas punções. Existe a percepção de que as colheitas venosas de sangue são menos dolorosas que a punção do calcanhar, pelo que se deve dar preferencia ao primeiro processo de colheita. (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). Não se deve tirar o RN da incubadora, quando se procede a uma punção. Actualmente, é possivel, por exemplo, avaliar a concentração de PO_2 e de PCO_2 sanguíneos, por meio de um sensor transcutâneo, o que evita muitas das punções a que a criança está sujeita para avaliação dos gases do sangue (Noronha, 2007). Neste contexto, é necessário diminuir a quantidade de adesivos utilizados na fixação de cateteres, drenos, tubos e cânulas, bem como melhorar a qualidade dos mesmos. Também é importante a promoção do uso de cateteres centrais para facilitar a colheita de sangue e evitar as complexas punções na tentativa de cateterização de acesso venoso.

As recomendações da American Academy of Pediatrics (AAP) para o tratamento da dor no RN sugerem a aplicação consistente dos instrumentos de avaliação e das medidas validadas. Preconiza também, a utilização das intervenções farmacológicas e não farmacológicas (comportamentais e ambientais) apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar o stress e a dor dos RN. Defende o desenvolvimento e a implementação de políticas de assistência para avaliar, prevenir e tratar a dor no RN. Recomenda ainda, a formação, com programas específicos para melhorar as habilidades dos profissionais de saúde, no que respeita à avaliação e ao tratamento da dor no RN. Chama a atenção para a necessidade de desenvolver e validar instrumentos de avaliação da dor, que sejam de fácil aplicabilidade na prática clínica. Por fim, enaltece a importância do registo das intervenções realizadas no combate à dor do RN e dos resultados obtidos, para fins de pesquisa, permitindo a síntese estatística de dados e estimativas mais coincidentes com o efeito (Marter & Pryor, 2005).

Como já foi referido anteriormente, a abordagem da dor inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas. Artigos de revisão bibliográfica revelam que de uma forma geral, a analgesia não é prática rotineira nas UCI, apesar dos muitos estudos demonstrando a importância do tema (Aymar & Coutinho, 2008). Todavia, constata-se que já foram ultrapassados os mitos de que a criança, sobretudo a mais pequena não sente dor por imaturidade do sistema nervoso ou que o recurso a opiácios pode levar à depressão respiratória. Mas, dado que a utilização de fármacos por parte da equipa de enfermagem está dependente da prescrição médica, não exploraremos esta vertente do tratamento da dor. Neste contexto, exploraremos mais pormenorizadamente as

intervenções não farmacológicas que se inserem no campo da autonomia da equipa de enfermagem.

1.8. INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

As intervenções não farmacológicas estão indicadas como adjuvantes às intervenções farmacológicas ou como seus substitutos quando apresentam efeitos adversos ou impossibilidade do uso das vias de aplicação apropriadas (Teixeira & Filho, 2006). É indiscutível o benefício comprovado das intervenções não farmacológicas no combate da dor, principalmente quando são associadas diversas medidas em simultâneo. De facto, o recurso a medidas farmacológicas sem as decorrentes alterações ambientais, sem uma adequada planificação de cuidados, levam a uma eficácia analgésica comprometida. A finalidade das intervenções não farmacológicas é prevenir, controlar ou reduzir a intensidade de um processo doloroso leve. Exemplo disto é a redução de estímulos provenientes do ambiente e do simples manuseamento, favorecendo a organização fisiológica e comportamental da criança. É fundamental minimizar as agressões impostas ao RN, durante a sua permanência numa UCI, através de planos simples, como medidas ambientais. É desta forma que valorizadas intervenções não farmacológicas podem ser usadas com o objectivo de minimizar a dor e reduzir o stress do RN (Aymar & Coutinho, 2008).

O manuseamento da dor no RN por meio de intervenções não farmacológicas envolve procedimentos tais como a sucção não nutritiva, as soluções açucaradas, a mudança de decúbitos, o uso de “ninhos”, o recurso ao NIDCAP (Developmental Care and Assessment Program), a preconização da técnica de canguru, o toque terapêutico, a massagem, a musicoterapia e a diminuição da estimulação. São medidas que promovem e proporcionam a organização e auto-regulação do RN, durante os comportamentos dolorosos a que é sujeito (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

Sucção não nutritiva

A sucção não nutritiva, com dedo enluvado ou chupeta não tem propriedades analgésicas intrínsecas e ,portanto, é apenas uma medida coadjuvante para o tratamento da dor no RN, contudo, inibe a hiperactividade, modula a dor e o desconforto do RN. A sua acção tem efeito na inibição da hiperactividade, modulando o desconforto do RN. A

analgesia promovida pela chupeta parece ocorrer somente durante os movimentos ritmados de sucção podendo ocorrer um fenómeno de cansaço de dor na altura da sua interrupção (Guinsburg, 2001).

Apesar de a chupeta não diminuir a dor, melhora a disposição da criança após o estímulo doloroso, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais. Todavia, apesar das controvérsias associadas à utilização da chupeta que surge como causa de abandono da amamentação, a sucção não nutritiva no RN, prematuro ou doente muito manipulado, parece ter grande utilidade na organização neurológica e emocional da criança após o estímulo nocivo (Noronha, 2007).

Soluções açucaradas

O uso de soluções açucaradas, tais como a glicose e a sacarose, surgem frequentemente na literatura da especialidade, como uma intervenção não farmacológica recomendada. O mecanismo de acção destas substâncias está relacionado com a libertação de opióides endógenos, que lhe concede o carácter analgésico durante os procedimentos dolorosos. As recomendações para o seu uso indicam que devem ser aplicadas no terço anterior da língua 1 a 2ml a 12,5% ou 25%, cerca de 1 a 2 minutos antes dos pequenos procedimentos, tais como punções venosas, arteriais e capilares (Guinsburg, 2001).

O uso de soluções açucaradas, nomeadamente a sacarose e a glicose, na prevenção da dor para a execução de procedimentos dolorosos tem sido muito estudado e as conclusões do seu uso, recomendam a utilização do mesmo. No entanto, uma revisão sistemática levada a cabo por Gaspardo, Linhares e Martinez (2005), sobre a eficácia da sacarose no alívo de dor nos neonatos, mostrou que a eficácia da dose única no alívio da dor aguda encontra-se bem documentada na literatura, mas não há conclusões sobre o delineamento de uso da sacarose em doses repetidas.

Um estudo duplo-cego, randomizado sobre a eficácia da analgesia com sacarose para procedimentos durante a primeira semana de vida em RN com idade inferior a 31 semanas de gestação, concluiu que o uso repetido da sacarose pode colocar estas crianças em risco para o desenvolvimento neurocomportamental mais pobre. Este estudo recomenda estudos complementares para determinar a idade mais apropriada e a duração da analgesia com sacarose em prematuros (Johnston, et al., 2002). De realçar,

que a eficácia das soluções açucaradas nos procedimentos invasivos e francamente dolorosos numa UCI ainda não foram completamente estudados e avaliados (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005).

Muitos estudos fizeram a avaliação dos resultados do uso de soluções açucaradas associadas a outras intervenções. Neste âmbito há estudos onde surge a utilização das soluções açucaradas associada à sucção não nutritiva durante os estímulos nocivos e as manipulações (Noronha, 2007). Para alguns profissionais de saúde, a administração de glicose conjuntamente com a sucção não nutritiva, aproximadamente, dois minutos antes do procedimento doloroso em RN de termo e prematuros, revelou-se eficaz na redução de tempo de choro após procedimento doloroso simples e em alguns casos verificaram a diminuição dos indicadores comportamentais e fisiológicos de dor (Neves & Corrêa, 2008).

Também é profícua a utilização coadjuvante das soluções açucaradas com o método canguru. Num estudo feito por Chermont (2009) a 640 recém-nascidos submetidos a vacinação, constatou que a associação da administração de solução glicosada a 25% e o contacto directo da pele da criança com a da mãe, potenciavam uma resposta eficaz como alternativa ao uso de medicamentos. No seu estudo concluiu que a administração de glicose, concomitantemente, com o contacto da pele da criança com a pele da mãe durante o evento doloroso reduziu os indicadores de dor e diminui o tempo de duração de manifestações de dor.

A técnica de canguru

O cuidado canguru ou o contacto pele a pele advém das mães canguru que transportam os seus filhos em contacto pele a pele enquanto eles se desenvolvem. É um método em que o RN é colocado em posição vertical, apenas com fralda, na região torácica da mãe, entre os seios e em contacto directo com a sua pele. A experiência teve inicio em Bogotá, Colômbia, em 1979, devido à falta de incubadoras e à elevada taxa de mortalidade neonatal. Os neonatologistas solicitaram às mães este procedimento com o objectivo de promover uma maior estabilidade térmica e diminuir a morbilidade causadas pela infecções cruzadas resultantes da permanência de mais que um bebé numa mesma incubadora. A intervenção permitiu aos profissionais de saúde constatarem um maior incremento no vínculo afectivo e um melhor desenvolvimento destas crianças. A partir daqui o método tem sido disseminado pela maior parte das unidades e é fortemente

utilizado no caso do RN prematuro. Estudos demonstraram que estas crianças apresentam um ganho de peso mais rápido e apresentavam menos transtornos como apneia e bradicardia (Andrade & Guedes, 2005).

No entanto, a utilização deste procedimento não pode ser realizado de forma leviana, pois o seu início depende da idade gestacional, do peso, gravidade da doença e estabilidade do RN, bem como da disponibilidade da mãe para a sua efectivação. O método canguru não substitui o esquema terapêutico, apenas contribui no processo de recuperação e na melhoria da qualidade de vida do RN. A sua acção reflecte-se: na estimulação do apego entre a mãe e o RN; no aumento da produção de leite materno, favorecendo a lactação e a amamentação, no desenvolvimento físico e emocional do bebé; estimula o sentimento afectivo da mãe e desenvolve na mãe a autoconfiança para cuidar da criança; reduz o stress e o choro do RN, pois estando tão próximo da mãe ele poderá sentir e ouvir o som do seu coração e a voz materna, o que lhe transmite calma e serenidade. O carácter deste método é sobretudo preventivo (Miltersteiner, Miltersteiner, Rech, & Molle, 2003)

Toque

A sensibilidade táctil é o primeiro sistema sensorial a se desenvolver e a amadurecer. O feto apresenta sensibilidade táctil em todo o corpo a partir da 20ª semana de gestação e tem capacidade para sugar o dedo, explorar a cabeça, o tronco, os pés e as superfícies do útero. Ao nascimento é o maior sistema sensorial em funcionamento e pode diferenciar o toque leve do profundo (Guyton & Hall, 2006; Silva, 2007). Assim logo após o nascimento, o toque de pele mãe/RN tem um efeito reconfortante, cujo afecto estender-se-á pelo resto da vida. O tacto é o mais importante sentido da comunicação entre a mãe e o RN e portanto a pele permite-lhe comunicar através do toque.

Actualmente, é bem conhecida a “técnica do canguru” que usa o contacto da pele entre a mãe e o bebé, para melhorar a performance ventilatória, diminuir as apneias e a necessidade de oxigénio, proporcionar ainda estabilidade térmica e diminuir os períodos de choro. São consensuais e indiscutíveis os benefícios do contacto da pele, até porque a pele é o maior de todos os órgãos. No decurso dos primeiros meses de vida, o toque é a melhor linguagem para o RN, pois é através dele que o RN percebe as mensagens que lhe propiciam satisfação ou desconforto.

O toque é uma forma de tratamento complementar que acompanha outros procedimentos (Pacheco, Viegas, & Rosa, 2007). O acto de tocar, para além de ser uma forma de comunicar, é um comportamento que inclui alguns elementos essenciais ao desenvolvimento do ser humano, pois proporciona bem-estar físico e emocional. Através do toque é possível transmitir alguma sensação de tranquilidade. A falta de toque e afecto, por parte de quem cuida, gera danos emocionais que desorganizam a fisiologia e o comportamento das crianças.

Contudo para Silva (2007), numa UCI o manuseamento é muito frequente e o toque relacionado com os procedimentos pode causar respostas adversas, tais como: hipoxia, bradicardia, interrupção do sono, aumento da pressão intra-craniana e até dor. Frequentemente o RN fica a reagir por 5 ou 10 minutos, no fim de um procedimento, mesmo que seja rápido. O autor alerta para o facto do RN a partir das 30 a 35 semanas poder aprender a associar estímulos e antecipar eventos na UCI, a partir de pistas tácteis, visuais e olfactivas. Do mesmo modo demostram que podem ser condicionados, em muito pouco tempo como verificou na experiência realizada em recém-nascidos prematuros com a elevação do pé por 10 segundos antes da punção do calcanhar. Ao fim de 5 dias da experiência os recém-nascidos passaram a apresentar aumento da frequência cardiaca concomitantemente com a elevação do membro inferior.

Assim o toque pode não resultar no efeito desejado e provocar stress, devido à aprendizagem repulsiva que tem está relacionada com os repetidos toques invasivos durante o internamento. Com isto, muitas vezes, podemos começar por não tocar, principalmente na fase aguda da doença, quando o RN pode não tolerar o toque ou outro qualquer estímulo, por mais simples que seja. Nesta altura, o RN está “preocupado” em se manter vivo e utiliza toda a sua energia nesse objectivo e por isso não pode dispôr de nenhuma energia para a interacção (Silva, 2007).

Gradualmente, com a melhoria da situação clínica, o RN começa a apresentar sinais de disponibilidade para receber o toque e assim poder usufruir dos seus benefícios.

A massagem

A massagem é uma terapêutica adjuvante que proporciona bem-estar à pessoa, uma vez que o toque manual repetido, reduz a tensão muscular, propicia melhor circulação sanguínea e linfática, melhora a oxigenação local, o que resulta na diminuição da dor.

Utilizada como intervenção não farmacológica, a massagem é uma técnica simples que não necessita de equipamento especial, proporciona sensação de bem-estar e diminui a dor, pois produz aumento da produção de endorfinas. A utilização da massagem não deve ser considerada como um procedimento de rotina, mas sim como uma técnica holística, tal como é reconhecido por Lazure e Martha Rogers nas suas teorias (Ferreira, Valério, & Tibério, 2004).

Musicoterapia

Como nos diz Estevão, Serafim e Duarte (2007), a utilização da música como forma terapêutica é uma abordagem que remonta à antiguidade. O uso de música é tão antigo como o homem e os papiros médicos egípcios datados de 1500 a.C., já faziam referência ao encantamento da música relacionada com a fertilidade da mulher. Na bíblia, David fazia música curativa para o rei Saúl. A música constituiu para o homem primitivo um meio de comunicação. Os médicos bruxos, nos seus rituais mágicos, usavam canções, sons, danças e expressão corporal, para expulsar os espíritos malignos responsáveis pelas doenças (Neto, 2006).

Ao reflectirmos sobre esta questão, sobrevém, como a música acompanha transversalmente toda a nossa existência, senão pensemos como logo desde cedo, ainda no útero materno, começamos a estar familarizados com os sons e a música que chega até nós. Pela vida fora ouvimos música quando estamos tristes e queremos pensar, quando estamos contentes e dançamos, quando estudamos, trabalhamos e convivemos (Ibidem).

A música em si não é verdadeiramente terapêutica, mas a musicoterapia, que consiste no uso de música para melhorar o funcionamento físico, psicológico, intelectual ou social das pessoas que têm problemas de saúde já se coaduna, como uma intervenção não farmacológica no combate à dor. O campo de acção da musicoterapia é muito abrangente, pois pode ser usado em crianças, adultos e idosos, com diferentes problemas físicos, emocionais, intelectuais e sociais (Neto, 2006). E isto porque o som é tão antigo como a existência humana. É um fenómeno físico que acompanha o ser humano desde a vida intra-uterina, logo no momento da fecundação, com os fenómenos sonoros resultantes das vibrações e movimentos do ovo no seu percurso até ao útero. O feto recebe sons predominantes, como o ritmo repetitivo dos batimentos cardíacos da

mãe, a sonoridade envolvente, a música que a mãe ouve que ele memoriza e que vai influenciar a sua preferência musical após o nascimento (Vale, 2006).

O RN é um ser muito sensível, capaz de ouvir e sentir, o que leva a pensar que os sons e a música o influenciam, para além da constatação da existência de uma causa efeito entre vozes e música. O facto da criança ouvir música traz benefícios a curto prazo, pois melhora a alimentação, diminui o choro e promove o sono. A longo prazo, a música estímula o cérebro para melhorar e aumentar as formas do pensamento. No entanto, as crianças não respondem todas da mesma maneira, aos mesmos sons, uma vez que cada uma responde melhor ao estilo de música a que foi sujeita durante a vida intra-uterina, de um modo repetido (Neto, 2006).

Mudança de decúbito

A mudança de decúbito é variante de técnicas de controlo da dor, cujo objectivo é proporcionar conforto e bem-estar. Esta acção é útil como método adjuvante em casos de dor moderada a intensa ou podem, em algumas situações, ser usada isoladamente quando a dor é leve e quando a dor também advém da permanência prolongada numa mesma posição.

O uso de ninhos

Os ninhos baseiam-se na técnica da contenção facilitada que usa a delicada contenção dos braços e pernas em flexão, posicionados em linha média, proximos do tronco e da face, em decúbito lateral, proporcionando uma contenção firme mas elástica. O resultado desta prática é o envio ao SNC, de um fluxo contínuo de estímulos que podem concorrer com os estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e coadjuvando a auto-regulação em procedimentos dolorosos de pequena intensidade. (Silva, 2007).

Estudos realizados revelaram que uso da contenção em RN prematuros de 25 a 32 semanas de idade gestacional, durante o procedimento de punção no calcanhar, propiciou, mais rapidamente a normalização da frequência cardíaca, menor tempo de desorganização e menor interrupção do sono. Também foi verificado uma significativa redução do escore do PIPP, durante procedimentos de cuidado e durante a aspiração do TET (Ibidem).

O recurso ao NIDCAP

O NIDCAP é o Programa de Avaliação e de Cuidados Individualizados Voltados para o Desenvolvimento do Neonato, desenvolvido por Heidelise Als e a sua equipa, assente numa nova filosofia de cuidar que implica uma revisão em todos os relacionamentos com o recém-nascido. O conceito dos cuidados voltados para o desenvolvimento do RN engloba, além dos aspectos físicos do ambiente, todos os procedimentos de cuidar, bem como os aspectos sociais envolvidos. O objectivo principal é a diminuição dos estímulos nocivos, enquanto o cuidado à criança é individualizado para que ela possa ficar o mais estável, organizada e competente possível (Silva, 2007).

Nesta abordagem, o RN tem um papel activo no seu próprio cuidado, pois o seu comportamento (respostas fisiológicas e comportamentais) proporciona a melhor informação a partir da qual se modela as intervenções a desenvolver. Colaborar com o RN significa entender o que ele precisa e as estratégias que está a utilizar mediante as pistas que dá. Este programa serve de protótipo harmonizado para o cuidado atento e responsivo às pistas do RN, preservando "energia" para um funcionamento mais adaptado (Ibidem).

Este modelo de cuidados não tem somente como objectivo proteger o RN de estímulos inapropriados e procedimentos desnecesários, mas também garantir que cada criança seja cuidadoa por pessoas que a conheçam, ou seja, que conheçam as sua formas de estabelecer contacto, suas competências e dificuldades (Silva, 2007). A grande mudança preconizada por este modelo é passar de *cuidar de...* para *cuidar com...* proporcionando a intervenção e/ou o estímulo mais acomodado, no momento certo e individualizado para cada RN.

No cuidado voltado para o desenvolvimento estabelece-se um canal de comunicação bidireccional, em que o cuidador comunica com o RN e este com o cuidador, no sentido de perceber, a partir de sinais, o que o bebe precisa e assim o cuidador proceder ao ajustamento de cuidados.

2. A DOR NO RECÉM-NASCIDO INTERNADO NUMA UCI

É evidentemente impossível ensinar a impressão da dor,
uma vez que ela só é conhecida daqueles que a
experimentam. Além disso somos ignorantes
de cada tipo de dor até senti-lo.

Galeno, século II

O fenómeno da dor é complexo, abstracto, pessoal e portanto muito difícil de definir, contudo, esta dificuldade não pode interferir na sua valorização, compreensão e no seu controlo. A particularidade e a originalidade de cada indivíduo conferem ao fenómeno dor, um cunho subjectivo e exclusivo que depende da percepção da pessoa, influenciada por factores cognitivos, afectivos, culturais e sociais, para além da percepção dos profissionais de saúde.

A abordagem deste fenómeno no contexto de uma UCI reveste-se de algumas particularidades resultantes do próprio ambiente e da situação clínica dos indivíduos que necessitam deste serviço. De um modo geral, os internamentos numa UCI são prolongados e compreendem sofrimento e stress. Toda a envolvência que caracteriza os cuidados ao RN transforma a problemática da dor num cenário peculiar. Os avanços tecnológicos e científicos, das UCI, permitem a sobrevivência de grandes prematuros e de recém-nascidos de termo gravemente doentes.

O progresso da reanimação neonatal, assim como o melhoramento das técnicas, permitem que crianças nascidas em condições precárias sobrevivam, com menos complicações e sequelas, especialmente neuropsicológicas. A grande maioria destas crianças passa pelo primeiro desenvolvimento, superando as mais temíveis complicações somáticas. Este sucesso ocorre mediante condições artificiais proporcionadas pelas incubadoras, ventiladores, monitores, nutrição parentérica, controlo permanente das principais constantes biológicas, entre outras. A criança é assim colocada num ambiente sofisticado e muito mecanizado, cujas condições particulares exigem uma actuação prioritária, para prevenir consideráveis repercussões psicológicas nefastas.

O ambiente e o cuidado às crianças internadas na UCI, sofreram profundas alterações nas últimas décadas. O uso acrescido de aparelhos, com o som dos seus alarmes e o barulho dos seus motores, tornaram o ambiente muito ruidoso e stressante para os recém-nascidos já por si só fragilizados com a sua patologia.

O RN prematuro ou doente é sujeito a tratamentos cada vez mais invasivos, resultantes da evolução científica e tecnológica, em prol do declínio da mortalidade infantil. Contudo, este desenvolvimento levanta questões cruciais no que respeita ao bem-estar destas crianças. O ambiente sofisticado e contínuo da UCI tem repercussões adversas no RN, causando, muitas vezes, efeitos iatrogénicos com repercussões na sua recuperação e desenvolvimento saudável (Estevão, Serafim, & Duarte, 2007). O desenvolvimento de técnicas e aparelhos mais sofisticados, fizeram aumentar a necessidade de mais pessoas na unidade. Como a equipa necessita de observar as crianças e de visualizar os monitores e aparelhos, o ambiente físico da grande maioria das unidades foi transformado num espaço único, muito iluminado durante a maior parte do dia.

O ambiente das unidades de cuidados intensivos proporciona ao RN uma experiência bem diferente daquela vivida *in útero*. O útero materno acolhe condições únicas ao desenvolvimento harmonioso do feto, permitindo-lhe repouso, alimento e sono profundo, essenciais à sua maturação. Salvo algumas excepções, o ambiente intra-uterino possui características distintas e únicas, ideais para o desenvolvimento e crescimento do bebé (Estevão, Serafim, & Duarte, 2007). As unidades de cuidados intensivos envolvem aspectos físicos e sociais que influenciam de forma directa e indirecta o desenvolvimento do RN.

Neste contexto importa lembrar que a maioria das unidades de cuidados intensivos foi construída sem a preocupação de proporcionar um ambiente sereno, atendendo prioritariamente, ao tradicional aproveitamento do espaço existente, e ao controlo de infecções. Esta conjuntura resultou em unidades ruidosas, devido à falta de espaço, actividade veemente e superfícies muito reverberantes. Como refere Silva (2007), o resultado, são unidades com elevados níveis de ruído, com uma média de 77,4 dB para ruídos de fundo, com picos de ruído com media de 85,8 dB que acresce muito durante momentos de admissão de crianças, emergências e passagens de turno. Ainda segundo o autor, numa observação de 48 horas, numa UCI, foram assinalados 4.994 picos de ruído, 865 entre 65 e 74 dB e 90% estavam relacionados com conspectos da actividade humana. A analise destes valores permite aferir a existência de 104 picos de ruído, por hora, o que dá qualquer coisa como,1,73 picos por minuto.

O ruído próprio da unidade, provocado pelos ventiladores, pela abertura e fecho das portas da incubadora, objectos colocados em cima da incubadora e alarmes diversos, chegam até à criança como um som abafado impossível de distinguir e perturbador. Não menos importante é a poluição sonora provocada pelo pessoal a falar, a rir e pelo barulho

do rádio. O RN doente, apresenta uma tolerância reduzida à estimulação sensorial da vida extra-uterina, retraindo-se, devido às diminuídas capacidades homeostácticas, podendo apresentar-se hipo ou hiperactivo. Os RN doentes e prematuros, são muitas vezes "irritadiços", de difícil consolo, com dificuldade em expressar as suas necessidades, para além de não organizarem as diversas condutas interactivas tão bem como os recém-nascidos de termo.

Devido à grande necessidade de procedimentos de diagnostico e tratamento no cuidado destas crianças, a manipulação é uma constante, verificando-se que um RN numa UCI é manipulado em média todos os 5-20 minutos Carbajal (2008). Os responsáveis são por ordem decrescente, os enfermeiros, os médicos e, por último, os pais. A frequência e a maneira como o RN é manipulado depende da sua situação médica, sendo mais manipulado e sujeito a manobras mais invasivas o que está mais doente e mais instável. Alguns autores sugerem que o RN criticamente doente chegue a ser submetido a três procedimentos invasivos por hora durante a fase de maior instabilidade clínica. Outros referem a realização de cerca de nove procedimentos por semana que cada RN experimenta na fase mais estável da doença e que cada RN prematuro com cerca de 500gramas de peso, pode chegar a receber à volta de 500 procedimentos dolorosos durante a sua permanência numa UCI (Guinsburg, 2001). Temos assim intervenções médicas e de enfermagem quase constantes, sobrepondo-se ao princípio da "manipulação minima".

É assim que emerge a importância da prevenção e do controlo da dor, durante os procedimentos médicos e intervenções dolorosas demasiado frequentes na UCI ao RN. Num estudo epidemiológico, realizado em França, entre 2005 e 2006, pelo doutor Carbajal (2008), sobre a frequência de procedimentos dolorosos e a utilização de meios analgésicos disponíveis, foi constatado que eles são muito frequentes na UCI e que só 60% dos mesmos levam a medidas preventivas contra a dor. Nesta investigação participaram 431 recém-nascidos internados em unidades de cuidados intensivos e no decurso do período de observação foram contabilizados 30161 procedimentos de natureza dolorosa, sendo os mais frequentes: a aspiração da traqueia (33%), as punções de sangue no calcanhar (28%), descolagens cutâneas dos diferentes adesivos (18%), punções vasculares periféricas e colocações de sonda gástrica. Os procedimentos desconfortáveis foram de 30814 e os mais frequentes foram: aspirações nasais, mobilização da criança e aspiração oral. Segundo este estudo, cada criança sofreu em média 70 intervenções dolorosas das quais 60% foram praticadas, com uma analgesia "ad hoc", ou com sedoanalgesia em perfusão.

O estudo coloca em evidência a frequência extraordinariamente exagerada de intervenções dolorosas praticadas na UCI, mas também uma aplicação importante, embora insuficiente de meios analgésicos durante a realização destas intervenções (Carbajal, et al., 2008).

É premente o tratamento e a prevenção da dor durante os procedimentos médicos uma vez que a exposição à dor constitui um dos principais factores prejudiciais ao desenvolvimento cerebral (Gaspardo, Linhares, & Martinez, 2005). O estimulo doloroso agudo tem repercussões bem estabelecidas do ponto de vista fisiológico e comportamental a curto e médio prazo que interferem no bem-estar do RN acabando por aumentar a sua morbilidade e mortalidade (Guinsburg, 2001). Apesar da prioridade das unidades ser a recuperação da criança, existe a consciência da necessidade de promover intervenções que diminuam os efeitos negativos, resultantes da doença e da permanência na UCI. É essencial que os enfermeiros conheçam a fisiologia da dor, as sua formas de manuseamento e principalmente que as saibam utilizar.

A dor neonatal, é uma questão que se destaca no contexto do cuidado humanizado, o que torna iminente a importância da avaliação da dor e a implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, no sentido de a prevenir e controlar. Os processos de combate à dor aumentam a homeostasia e estabilidade dos RN e são fundamentais ao seu cuidado e suporte, para poderem sobreviver ao stresse da UCI. O trabalho dos profissionais de saúde numa UCI neonatal, é um constante, desfio pois requer atenção, habilidade, respeito e sensibilidade, uma vez que o doente em foco, não fala, é extremamente vulnerável, e totalmente dependente da equipa que lhe presta cuidado.

Sobrevém assim, a importância da formação dos enfermeiros, relacionada com a temática da dor no RN, visando diminuir a distância entre os conhecimentos científicos e a prática clínica (Guimarães & Vieira, 2008). A relevância do papel do enfermeiro, cuja preocupação está relacionada com a melhoria da qualidade dos cuidados, compele para uma prestação de cuidados holísticos ao RN e família, visando a sua satisfação, produzindo melhor, definindo o que é desejável e agir em conformidade (Estevão, Serafim, & Duarte, 2007).

PARTE II

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. CONTEXTO OPERACIONAL DA PESQUISA

Uma acumulação de factos não faz a ciência,
tal como um conjunto de pedras não faz uma casa.
Poincaré

Ao longo dos anos, a enfermagem tem procurado conquistar o seu estatuto de ciência, mediante a construção de um corpo próprio de conhecimentos. Numa perspectiva histórica podemos constatar, que a enfermagem foi elaborando os seus princípios e normas, mediante as suas vivências e experiências, no sentido de entrosar o seu conhecimento. Todavia, só nos anos 50 e com maior ênfase na década de 60 é que surgiu a preocupação com aquisição e organização do conhecimento em enfermagem (Fialho, Pagliuca, & Soares, 2002).

Enquanto ciência, a enfermagem procura alcançar uma consistência de saberes, necessitando por isso de uma convenção de conhecimentos cientificamente corroborados. Todavia, é constatável que sendo a enfermagem uma ciência que lida directamente com o ser humano, utilize as outras ciências para se desenvolver e crescer enquanto ciência. Segundo Collière (2003: 107), *embora a prática de cuidados de enfermagem seja a base, a pedra angular da construção de um saber, ela não se poderia privar do esclarecimento das ciências(...) A concepção de um trabalho científico e racional, desde que os princípios científicos invadiram todos os sectores de actividade, interpela também a profissão de enfermagem por vários lados com esta invasão científica.*

Contudo, o caminho encetado pela enfermagem na procura do conhecimento, advém da necessidade intrínseca do desenvolvimento de uma base ideóloga própria, mediante a investigação alargada e rigorosa. *O aceso à investigação assinala (...) uma etapa importante no desenvolvimento de uma profissão. Se nos reportarmos à profissão de enfermagem (...) foi a partir da difusão do 5º Relatório OMS da comissão de peritos dos cuidados em enfermagem que se começou a abrir caminho para uma investigação, não só como algo possível e desejável, mas também recomendado para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da própria profissão* (Collière, 2003: 403).

Claro que a investigação, apesar de ser uma etapa fundamental no desenvolvimento de qualquer profissão, é ainda uma actividade relativamente recente na prática diária da enfermagem. É certo que a investigação entrou no vocabulário corrente de formação nas

escolas, contudo não há essa certeza no que respeita ao exercício profissional hospitalar (Collière, 2003), ou comunitário, pois a investigação é maioritariamente desenvolvida para a obtenção de graus académicos. De qualquer modo, toda e qualquer profissão necessita do contributo da investigação, para poder experienciar um desenvolvimento contínuo (Fortin, 2000).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004: 24), *a pesquisa de enfermagem continua a desenvolver-se em ritmo rápido e aparentemente, florescerá no século XXI.* As autoras remetem-nos para a promoção da excelência da ciência de enfermagem, como prioridade para a pesquisa em enfermagem. Por sua vez, Fortin (1999), refere que a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real no qual nós vivemos. A investigação é um processo metódico, cujo objectivo é corroborar conhecimentos anteriormente adquiridos para conceber novos que, de modo directo ou indirecto vão influenciar a prática. De entre as diversas definições que existem sobre investigação, cabe ao investigador escolher a que melhor se coaduna com os objectivos que persegue, bem como o método mais apropriado para a obtenção de respostas para as questões que estuda. (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Em enfermagem, a investigação constitui um método para clarificar a natureza dos cuidados de enfermagem, não obstante o carácter científico empregue à aquisição de conhecimentos. É um percurso organizado que permite investigar problemas ou fenómenos, cujo objectivo é a obtenção de respostas a questões concretas. O ponto de partida para uma investigação é a constatação de uma situação identificada como problemática, ou causadora de exasperação e que necessita de explicação, ou de um melhor entendimento da conjuntura presenciada (Fortin, 2000). Experimentamos assim uma inquietação que resulta na enumeração de um problema colocado sob a forma de uma pergunta que mediante a pesquisa se busca a resposta (Bisquerra, Sarriera & Martínez, 2004).

Todavia não é fácil definir um problema de investigação e para o sucesso da sua realização é fundamental uma escolha prévia do objecto a investigar (Fortin, 2000). Na orientação da investigação é preponderante definir a problemática em estudo que deve estar relacionada com a pergunta de partida. A problemática constitui a abordagem teórica professada para tratar o problema formulado pela pergunta de partida (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Importa destacar que a investigação em enfermagem, para além de ser uma actividade humana de grande responsabilidade moral, pelas características que a envolvem, é a procura da verdade com a finalidade de contribuir para a interpretação da condição humana, no complexo sistema do universo. No desenvolvimento do processo de investigação, o rigor constitui o atributo indispensável, para além de ser um presuposto decisivo à legitimação do acto de investigar. Segundo Nuno Grande, *a definição do problema a investigar tem que respeitar os objectivos a que a pesquisa se destina, com intransigente respeito pela verdade e pela coerência dos propósitos que a orientam* (Grande, 2000:51).

Assim, para conseguirmos obter uma percepção da realidade acerca da problemática seleccionada nesta pesquisa, elaboramos um enquadramento teórico com o propósito, não só de perspectivar a dimensão do problema, como também consciencializar o importante papel a desenvolver pelos enfermeiros neste campo de acção.

1.1 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

Tendo presente que um dos objectivos das profissões de saúde se relaciona com a melhoria da qualidade dos cuidados, no sentido de garantir a devida eficácia e proficiência, é determinante o constante desenvolvimento de saberes por parte dos enfermeiros, de forma a assegurar a respectiva competência e tornar praticável a elaboração de trabalhos de investigação (Quivy & Campenhoudt, 2003). Ao longo dos tempos, a enfermagem tem sido palco de uma grande evolução, em analogia com o desenvolvimento tecnológico. É através da investigação que se tem afirmado como profissão autónoma, validando os seus conceitos, pesquisando e analisando novos fenómenos, procurando com a aquisição e interacção dos conceitos adquiridos, prestar cuidados de qualidade. É neste cenário que emerge esta pesquisa, cujo propósito é o desenvolvimento de um trabalho de investigação, proficiente para a profissão de enfermagem que numa perspectiva de vivência profissional, será direccionado para o estudo da problemática da dor no recém-nascido internado numa unidade de cuidados intensivos.

Com o desígnio de querer contribuir para a promoção da prestação de cuidados de excelência ao RN com dor, propomo-nos fazer um estudo sobre a problemática da dor no recém-nascido. Nesta linha de pensamento e dada a relevância da equipa de enfermagem, na gestão e controlo da dor, sentimo-nos motivados para a realização deste

estudo subordinado ao tema: ***"A dor no recém-nascido numa UCI:*** "***Concepções e práticas de enfermagem".***

Ao longo da pesquisa efectuada, pudemos verificar que os enfermeiros enquanto profissionais privilegiados pela proximidade e tempo de contacto encontram-se numa posição relevante para intervir activamente na problemática da dor. O contributo dos enfermeiros na implementação das intervenções não farmacológicas no controlo da dor do RN permitir-nos-á sensibilizar os profissionais de saúde para as evidências científicas dessas intervenções. Contudo podemos constatar, como nos refere Noronha (2007), que o maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN resulta da dificuldade em avaliar e quantificar a dor. Advém assim que *a percepção da dor é multidimensional e varia quanto à qualidade, intensidade, duração, localização e imagem simbólica, de acordo com as características individuais de cada ser* (Okada & Malafaia, 2006:438).

A dor reporta os indivíduos para sensações e concepções, cuja consequência é o sofrimento, para além de ser, uma das mais significativas manifestações de doença que afrontam o ser humano, não obstante ser uma das principais causas de incapacidade e de custos na área de assistência à saúde. São imensas as razões que justificam a necessidade de divulgação dos conhecimentos que envolvem a temática da dor. Importa realçar que a prestação de cuidados de enfermagem à população e concretamente aos indivíduos com sofrimento, como é o caso particular da pessoa com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabendo ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, avaliando os resultados das mesmas (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No que respeita à criança, a dor é uma experiência comum e perturbadora que se reveste de evidentes características sensoriais, para além das componentes emocionais e culturais associadas ao próprio fenómeno. Habitualmente resulta de uma estimulação nociva intensa, embora possa ocorrer espontaneamente, sem causa aparente (Pimentel, 2001). O conceito de dor é asssim um conceito complexo, que se reveste de dificuldades acrescidas no que se refere à sua avaliação, prevenção e tratamento na área da neonatologia. O seu controlo, como já foi mencionado, passa pelo recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, de modo a optimizar o conforto e bem-estar integral do recém-nascido.

1.2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Num trabalho de pesquisa, o primeiro problema que sobrevém ao investigador é muito simplesmente o de saber como começar o seu trabalho. Quivy e Campenhoudt (2003) chamam a atenção para a importância crucial desta etapa do procedimento científico e sugerem que o investigador escolha um fio condutor, o mais claro possível, para que o trabalho se inicie estruturado e coerente. Estes autores aconselham a enunciar a investigação na forma de pergunta de partida, por meio da qual, o investigador procura expressar com clareza, o que quer saber, ou comprender melhor. *Uma questão de pesquisa é a declaração de uma indagação específica que o pesquisador deseja responder para abordar o problema de pesquisa* (Polit, Beck, & Hungler, 2004:108).

É a partir de uma questão que emerge a necessidade de investigar, o que exacerba a importancia de uma questão bem redigida, correctamente formulada para poder alcançar uma resposta credível. Uma questão de investigação é um enunciado claro, alusivo a um tema de estudo que se pretende explorar, esmiuçando a população alvo e que alvitra uma investigação empírica. *A questão de investigação deve ser enunciada claramente e reportar-se a factos observáveis e verificáveis* (Fortin, Côté, & Filion, 2009: 81). A pergunta de partida deve assim ser exequível e pertinente, o que convida a uma resposta, para além de ajudar a salientar a ponderação, no tipo de dados fundamentais para a sua concretização (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Em muitas situações, as questões de investigação podem ser a expressão directa das declarações de finalidade, proferidas sob a forma interrogativa no contexto da acção, cujo objectivo é a obtenção de novas informações (Polit, Beck, & Hungler, 2004). Desta forma, sabendo que o conhecimento dos progressos na compreensão da fisiologia, clínica e consequências da dor neonatal, evidencia uma maior atenção para o controlo da dor do RN numa UCI, e assumindo a relevância que os profissionais de saúde em geral, e em particular os profissionais de enfermagem, têm na gestão e controlo da dor na criança, formulamos “a priori” algumas questões de investigação que serão norteadoras do presente estudo:

- Quais as concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN numa UCI?
- Quais os parâmetros mais utilizados pelos enfermeiros para proceder à avaliação da dor no RN?
- Quais as escalas que os enfermeiros utilizam para monitorizar a dor no RN?

- Quais os procedimentos que os enfermeiros consideram mais relevantes no controlo da dor no RN?
- Quais as intervenções não farmacológicas a que os enfermeiros recorrem mais como coadjuvantes ao controlo da dor no RN?
- Quais os obstáculos ao diagnóstico e ao tratamento da dor no RN?
- Quais são os factores intervenientes na utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN?
- Em que procedimentos os enfermeiros utilizam às intervenções não farmacológicas?
- Em que procedimentos os enfermeiros recorrem às intervenções farmacológicas?

Estas questões decorrem de pesquisa e de múltiplas leituras efectuadas para a realização do quadro teórico, mas também da nossa experiência profissional e decorrente motivação para o estudo, tendo sido delineadas para dar resposta à seguinte pergunta de partida: ***Qual a concepção dos enfermeiros sobre as práticas de enfermagem no controlo da dor no RN numa UCI?***

Tendo em conta as questões anteriormente formuladas, pretendemos com o presente estudo contribuir para um melhor conhecimento sobre as questões relacionadas com a avaliação e tratamento da dor na óptica dos profissionais de enfermagem, de modo a potenciar melhor qualidade de cuidados. Deste modo delineamos os seguintes objectivos:

- Identificar as concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN;
- Identificar os parâmetros de avaliação usados pelos enfermeiros no diagnóstico da dor;
- Identificar as escalas que os enfermeiros utilizam para monitorizar a dor;
- Identificar os procedimentos que os enfermeiros consideram ser mais relevantes no controlo da dor;
- Identificar as intervenções não farmacológicas que os enfermeiros mais utilizam como coadjuvantes no controlo da dor;
- Identificar os procedimentos passíveis da utilização das intervenções não farmacológicas por parte dos enfermeiros;
- Identificar os procedimentos susceptíveis do recurso às intervenções farmacológicas por parte dos enfermeiros;
- Identificar os factores intervenientes na utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN;

- Identificar os obstáculos ao diagnóstico e ao tratamento da dor no RN, segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem.

1.3. TIPO DE ESTUDO

De um modo geral, todas as disciplinas utilizam a investigação como meio de aquisição de conhecimentos, contudo, a sua orientação difere de disciplina para disciplina, consoante a filosofia que sustenta o seu campo de acção. *Um fundamento filosófico influência o investigador na forma de adquirir conhecimentos ou de conceber a investigação* (Fortin, Côté, & Filion, 2009:18).

A metodologia adoptada neste trabalho está relacionada com o problema em estudo, com os objectivos definidos e com o contexto da investigação. Assim sendo e em conformidade com a natureza das questões de investigação, optamos por um desenho de investigação, descritivo e exploratório, de natureza quantitativa.

A pesquisa quantitativa refere-se ao conjunto de procedimentos ordenados, disciplinados, mediante uma estratégia sistemática, objectiva e rigorosa com o propósito de obter informações (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007). Este método de pesquisa decorre à luz do paradigma positivista e desfruta de uma situação respeitável, junto dos enfermeiros que pesquisam uma variedade de problemas de enfermagem (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

Mediante a pesquisa exploratória é possivel obter mais informação sobre a problemática das práticas de enfermagem inerentes à dor no recém-nascido, concomitantemente com a pesquisa descritiva que permite registar, analisar, classificar e interpretar os factos sem a interferência do investigador. Segundo Fortin, Côté, & Filion (2009), O desenho descritivo está indicado para identificar as características de um fenómeno, com o objectivo de conseguir uma panorâmica de uma situação ou população. Os estudos descritivos situam-se num primeiro nível de investigação e são, geralmente, baseados em questões de investigação ou objectivos e não em hipóteses.

O contexto desta pesquisa insere-se numa realidade algo conhecida, uma vez que a pesquisa bibliográfica, demonstrou a existência de alguns estudos sobre a dor no RN, mas, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), pode ser novamente estudada, podendo advir novas conjecturas específicas, que suportadas pelas informações existentes,

fornecem maior credibilidade ao novo estudo. Pretende-se descrever as concepções e as práticas de enfermagem relativamenet ao RN com dor numa UCI. O objectivo é adquirir novos conhecimentos sobre o controlo da dor, contribuindo para alterar e esclarecer conceitos e fomentar futuros estudos. A transversalidade do estudo relaciona-se com o momento do tempo em que o fenómeno da dor no RN foi estudado.

1.4. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), a população é o conjunto de todos os indivíduos ou objectos com alguma característica definidora comum. Uma população pode ser largamente delimitada e abranger potencialmente milhões de sujeitos ou estritamente exclusiva para abranger apenas algumas centenas de pessoas. Da população, os investigadores fazem emergir a amostra que constitui a fracção, sobre a qual incide a pesquisa, devendo ser representativa dessa mesma população (Fortin, Côté, & Filion, 2009). Deste modo, a população deste estudo, foi seleccionada de acordo com os objectivos da pesquisa, que apresenta como característica definidora, o exercício de cuidados de enfermagem ao RN em unidade de cuidados intensivos. A amostra foi assim não aleatória e intencional.

Os participantes do estudo são todos os enfermeiros que responderam voluntariamente ao questionário, incluindo os recentemente admitidos, pois têm uma formação académica que lhes concede habilitações técnico-científicas, bem como, um titulo atribuído pela Ordem dos Enfermeiros que lhes reconhece competências para exercer a sua profissão com autonomia técnica e científica.

1.5. CENÁRIO

A pesquisa foi realizada em três unidades de um Centro Hospitalar do Porto, não havendo, porém, a intenção de compará-las mas sim de compreender as concepções dos enfermeiros face às práticas de enfermagem no controlo da dor no RN numa UCI. Deste modo, os dados colhidos foram tratados conjuntamente, sem distinção da unidade pertencente. A escolha destas unidades resultou do facto destes serviços prestarem atendimento a recém-nascidos, portadores de diversas patologias do foro médico e cirúrgico, com necessidade de assistência de alta complexidade. O período de recolha de dados decorreu entre o dia 23 de Fevereiro e o dia 31 de Março de 2010.

1.6. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Não basta conceber um bom instrumento, é preciso ainda pô-lo em prática de forma a obter-se uma proporção de respostas suficiente para que a análise seja válida. As pessoas não estão forçosamente dispostas a responder, excepto se virem nisso alguma vantagem (...) ou se acharem que a sua opinião pode ajudar a fazer avançar as coisas num domínio que consideram importante (Quivy & Campenhoudt, 2003:184).

A natureza do estudo e as condicionantes temporais para a sua elaboração influnciaram a escolha do questionário como instrumento de colheita de dados. Um instrumento estruturado de colheita de dados é apropriado aos estudos em que os investigadores sabem com antecipação o que pretendem saber e podem portanto organizar questões apropriadas à obtenção da informação necessária (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

O questionário é um instrumento de colheita de dados que *tem por objectivo recolher informação factual sobre acontecimentos ou situações conhecidas, sobre atitudes, crenças, conhecimentos, sentimentos e opiniões* (Fortin, Côté, & Filion, 2009:380). Com esta técnica de recolha de dados espera-se reunir a maior quantidade de informação possível, a fim de abranger as diversas concepções dos enfermeiros sobre a avaliação da dor e a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da do no RN.

Na escolha do método, ponderamos as propriedades da investigação, sem esquecer o facto da amostra ser constituída por sujeitos de três unidades e concluímos que a opção pelo questionário permite obter mais informações do conjunto populacional. Esta técnica permite ainda, anular ou reduzir ao mínimo a possibilidade de não respostas, envolve menos tempo e esforço para administrar. Concomitantemente, o questionário, oferece total anonimato, permitindo que os participantes se sintam mais à vontade para exprimir livremente a sua opinião, bem como a garantia de uma completa imparcialidade na reacção de resposta.

O questionário foi organizado com base na revisão bibliográfica sobre o fenómeno da dor, tendo em conta os objectivos do estudo e as questões de investigação. Com a finalidade de avaliar a estrutura do questionário, foi feito um pré-teste a 5 enfermeiros com as características da população em estudo. As questões 16 e 17 revelaram-se pouco objectivas para os inquiridos, pelo que houve necessidade de serem reestruturadas. A versão final é apresentada no anexo VII.

Assim, o questionário foi estruturado em duas partes. A primeira, que inclui as questões de 1 a 5, destina-se a obter dados para a caracterização da amostra, quer em termos sócio demográficos quer profissionais. A segunda parte incorpora questões relacionadas com a temática em estudo: concepções dos enfermeiros acerca da dor no RN; procedimentos de enfermagem relevantes no controlo da dor; parâmetros de avaliação da dor; tipo de escalas utilizadas na monitorização da dor; intervenções não farmacológicas utilizadas; obstáculos no diagnóstico/tratamento da dor. Para quantificar cada asserção recorremos, a questões dicotómicas, a escalas tipo *likert*, assim como questões de resposta curta.

1.7. VARIÁVEIS

Uma variável, como o próprio nome indica, é algo que varia (...), uma variável (...) é toda a qualidade de uma pessoa, grupo ou situação que varia ou assume diferentes valores (Polit, Beck, & Hungler, 2004:46). É pelo facto das pessoas e das condições variarem que a maior parte das pesquisas acontecem. As variáveis podem ser classificadas segundo o papel que exercem numa investigação. Existem variáveis dependentes e variáveis independentes, atributos e estranhas (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Ao realizarmos um estudo descritivo podemos verificar a existência de dois tipos de variáveis: atributo e descritivas. As variáveis de atributo ou de caracterização, permitem-nos conhecer as características dos sujeitos estudados, no sentido de melhor os caracterizar. Este estudo apresenta as seguintes: idade, género, categoria profissional, experiência profissional, experiência em pediatria e formação específica no controlo da dor. Como variáveis descritivas, temos: as concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN; os procedimentos de enfermagem relevantes no controlo da dor; os parâmetros de avaliação da dor; o tipo de escalas utilizadas na monitorização da dor; as intervenções não farmacológicas; os obstáculos no diagnóstico/tratamento da dor, com a finalidade de descrever o fenómeno em estudo.

1.8. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No delineamento desta investigação tivemos em consideração alguns aspectos indispensáveis. Assim, antecipadamente, formulamos o pedido de autorização do estudo, ao departamento de ensino, formação e investigação do Centro Hospitalar escolhido para

o estudo. Após o preenchimento de diversos modelos e de uma *checklist*, conseguimos a autorização para realizar a investigação. (Anexo VIII)

Como a pesquisa envolve apenas o preenchimento de um questionário por parte dos enfermeiros, foi dispensado da análise pela comissão de ética. O processo de distribuição dos questionários foi realizado de modo a não existir entrevista, nem outra forma de contacto entre os investigadores e os participantes do estudo. Para o efeito, solicitou-se a colaboração dos enfermeiros chefes das respectivas unidades, onde decorreu o estudo e foram eles que explicaram e distribuíram os respectivos questionários.

Os questionários foram assim entregues em envelope aos enfermeiros chefes, sendo colocado nas unidades, caixas fechadas, tipo urnas, para a colocação dos questionários preenchidos. A medida teve como objectivo impedir que, após preenchidos os questionários fossem consultados. Deste modo não houve qualquer contacto entre os participantes e o investigador, ficando assegurada a participação voluntária e garantido assim a confidencialidade e anonimato do preenchimento dos questionários. Deduziu-se que desta forma os enfermeiros pudessem expor livremente as suas convicções sobre a temática. Os dados recolhidos foram codificados, salvaguardando assim o anónimato dos participantes.

1.9.TRATAMENTO DE DADOS

O objectivo principal da análise de dados é organiza-los de tal modo que permitam responder ao problema colocado (Bisquerra, Sarriera, & Martínez, 2004). Como nos refere Fortin, Côté e Filion (2009), a análise descritiva dos dados constitui o método usado pelo investigador para simplificar um conjunto de dados brutos, por meio de testes estatísticos. A análise descritiva permite descrever as características da amostra e responder às questões de investigação. Ainda segundo os autores, os dados brutos são organizados, segundo diversos níveis de medida, sendo posteriormente sujeitos a um tratamento estatístico.

É através da estatística que os dados quantitativos ganham sentido e os números deixam de ser um conjunto desordenado. Mediante os procedimentos estatísticos, o pesquisador sintetiza, elabora, explana e participa a informação numérica (Polit, Beck, & Hungler, 2004). O estudo a desenvolver, como já foi referido, é do tipo descritivo, justificando

assim a análise descritiva, a que o mesmo vai ser sujeito. Neste sentido, foi efectuada análise descritiva das frequências absolutas e relativas de todas as variáveis.

PARTE III:

INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Os dados obtidos pela aplicação do instrumento de colheita foram tratados informaticamente pelo sistema SPSS (Statistical Package for the Social Science) versão 18.0. Os dados serão analisados conforme a frequência das respostas, em números inteiros e percentuais.

1.1. CARACETRIZAÇÃO DA AMOSTRA

Tendo em conta a problemática, os objectivos e a finalidade desta investigação, os participantes do nosso estudo foram, como já anteriormente referido, os profissionais de enfermagem que trabalham nas unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos do CHP. A opção por estudar estes profissionais de saúde é justificada pela adopção de uma perspectiva que consideramos relevante, em olhar para o que ocorre na nossa realidade próxima.

Em virtude de sete enfermeiros estarem de atestado médico no período da colheita e de dez não terem respondido ao questionário, a amostra ficou composta por 71 indivíduos, o que representa 80,7% da população. A caracterização dos enfermeiros foi realizada de acordo com o género, idade, categoria profissional, especialidade, experiência profissional e experiência em pediatria.

Como podemos observar na tabela 1, verificamos que a nossa população é constituída maioritariamente por enfermeiros do sexo feminino, num total de 67 (94,4%) e tem apenas 4 enfermeiros do sexo masculino (5,6%). Esta diferença não é surpreendente, pois apesar do crescente número de enfermeiros homens, a enfermagem ainda tem uma identidade consideravelmente feminina e na realidade existem muito mais enfermeiras do que enfermeiros. Os dados estatísticos da Ordem dos enfermeiros revelam que as enfermeiras representam 81,2% da profissão, contra apenas 18,8% dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Actualmente, sob o ponto de vista legal, não há qualquer diferença no que respeita à entrada de homens ou mulheres, na profissão de enfermagem, bem como no mercado de trabalho. Contudo, ainda não conseguimos “descolar” da identidade da enfermagem como sexualmente segregada com o estereótipo de feminilidade que teve inicio no século XIX.

Em relação à idade constatamos que se trata de um grupo jovem, pois mais de 60% dos enfermeiros encontram-se entre os 30 e os 41 anos. Só uma pequena percentagem dos enfermeiros (4,2%) têm idades superiores a 47 anos o que, de algum modo, poderá estar associado à especificidade desta área de trabalho, potenciadora de grande desgaste profissional. A corroborar estes dados temos uma média etária de 35,2 anos.

Tabela nº1 – Caracterização da amostra

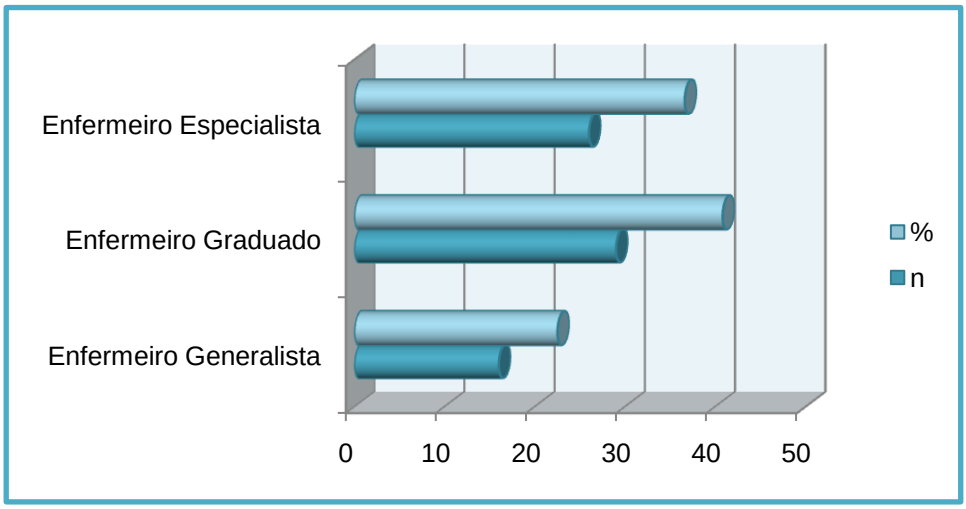
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	n=71	%
Sexo		
Masculino	4	5,6
Feminino	67	94,4
Idade		
≥ 24 e ≤ 29	13	18,3
≥ 30 e ≤ 35	28	39,4
≥ 36 e ≤ 41	18	25,4
≥ 42 e ≤ 46	9	12,7
≥ 47	3	4,2
Experiência Profissional		
< 5anos	4	5,6
De 5 a 10 anos	26	36,6
De 11 a 15 anos	20	28,2
De 16 a 20 anos	11	15,5
De 21 a 25 anos	8	11,3
De 26 a 30 anos	1	1,4
> 30	1	1,4
Experiência em Pediatria		
< 5anos	7	9,9
De 5 a 10 anos	28	39,4
De 11 a 15 anos	14	19,7
De 16 a 20 anos	13	18,3
De 21 a 25 anos	7	9,9
De 26 a 30 anos	1	1,4
> 30	1	1,4

No que diz respeito ao tempo de experiência profissional e tempo de experiência em pediatria, os resultados obtidos revelaram que mais de metade da população tem uma experiência profissional (64,8%) e uma experiência em pediatria (59,1%) entre os 5 e os

15 anos. Só 2 enfermeiro (2,8%) têm mais de 25 anos de experiência profissional e experiência em pediatria. Apenas 4 enfermeiros têm menos de 5 anos de experiência profissional e apenas 7 têm menos de 5 anos de experiência em pediatria. Estes resultados reforçam a ideia da especificidade desta área de cuidados, que exige alguma perícia resultante do conhecimento adquirido com a experiência. O progresso da prática de enfermagem e do desenvolvimento da ciência de enfermagem estão intimamente ligados aos conhecimentos incluídos na perícia (Benner, 2001).

Quanto à categoria profissional a maioria dos inquiridos possui a categoria de enfermeiro graduado (40,8%), logo seguido dos enfermeiros especialistas que constituem 36,6% da amostra. (Gráfico 1)

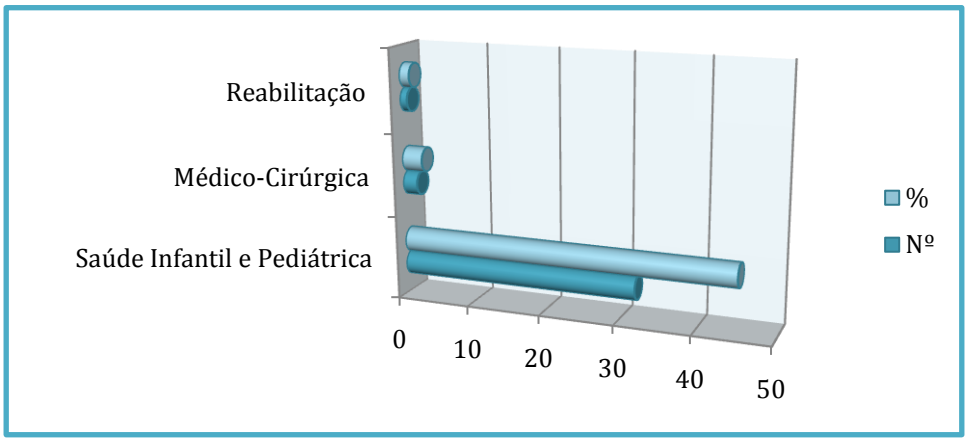
Gráfico nº1 – Representação gráfica dos enfermeiros por categoria profissional



Os resultados mostram a tendência para a especialização de todos os enfermeiros, dando resposta à promoção do desenvolvimento dos enfermeiros e da disciplina de enfermagem, mediante um percurso de desenvolvimento profissional de modo a que o cidadão seja atendido por profissionais reconhecidos pelo elevado nível de adequação dos cuidados prestados às necessidades de cada pessoa. Fruto do seu conhecimento e experiência clínica o enfermeiro especialista ajuda a encontrar soluções para problemas de saúde complexos a todos os níveis. Durante muito tempo a especialização esteve associada à progressão na carreira pois para ascender à categoria de Enfermeiro-chefe era necessário ser especialista. A OE preconiza a especialização de todos os enfermeiros e que as especialidades sejam estruturadas segundo o ciclo vital do ser humano. (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

No que se refere à área da especialidade apuramos ser a especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica a formação mais referida pelos nossos inquiridos, como podemos observar no gráfico 2.

Gráfico nº2 – Representação gráfica dos enfermeiros segundo a especialidade



Este resultado não surpreende, atendendo ao facto de serem unidades específicas de pediatria que requerem competência especializada e adequada às necessidades específicas do RN, com vista aos cuidados individualizados de enfermagem com qualidade. Segundo Alegre (2006) a meta da OE e da Comissão de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é garantir o maior número possível de especialistas na área clínica, pois é onde são necessários. Dados da OE revelam que nos últimos dez anos ocorreu um acréscimo de cerca de 55% de enfermeiros ESIP: passámos de 961 enfermeiros em 2000, para 1498 no final de 2009 (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Ainda no contexto da caracterização da amostra, elaboramos uma questão sobre a realização de formação específica no âmbito da temática da dor. A relevância da problemática em estudo é bem evidente nas respostas obtidas, pois a maioria, deu uma afirmação positiva, como se verifica na tabela 2. Os dados são reveladores da importância que os inquiridos dão à formação no sentido do seu aperfeiçoamento, com a finalidade de contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Tabela nº2 – Distribuição dos enfermeiros segundo a formação específica no manejo da dor

FORMAÇÃO ESPECÍFICA	Respostas	
	N	%
Sim	63	88,7
Não	7	9,9
N/Responderam	1	1,4
Total	71	100,0

Estes resultados reforçam a noção de que a enfermagem tem vindo a afirmar-se como uma disciplina do conhecimento autónoma, cujo objectivo de estudo *não é a doença em si, mas a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como às transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida* (d`Espiney, 2004:7). Importa realçar que a formação deve ser progressiva e contínua pois como se sabe, a evolução científica e tecnológica permite afirmar que uma certeza hoje, pode não o ser amanhã. É consensual que a consolidação do processo de qualidade depende dos esforços e desempenho individual e colectivo, mediante a participação, formação e envolvimento dos profissionais da instituição. Deste modo as instituições podem emergir como entidades formadoras para os profissionais (Margato, 2006).

Ainda nesta questão, face a uma resposta positiva, era solicitado aos inquiridos que indicassem 3 procedimentos, por ordem de prioridade que segundo a opinião de cada um fosse relevante para o controlo da dor do RN. Dos 88,7% enfermeiros que responderam que tiveram formação nesta área, 83% deram respostas tão diversificadas que durante a sua análise, achamos propício alargar para 4 os procedimentos referidos a divulgar e que apresentamos na tabela 3.

A análise dos dados revelou que a avaliação da dor é o procedimento mais relevante no controlo da dor, contudo, só foi referido por 24 dos inquiridos (33,8%). O recurso às intervenções não farmacológicas é o procedimento mais referido em segundo lugar de relevância e por último verificámos ser o uso das intervenções farmacológicas. Estes resultados, apesar de não apresentarem uma consistência generalizada, revelam que os inquiridos consideram a avaliação da dor, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas, os três procedimentos mais relevantes.

Tabela nº3 - Distribuição da frequência dos procedimentos relevantes por ordem de prioridade

PROCEDIMENTOS	Ordem de Prioridade					
	1º	%	2º	%	3º	%
Avaliação da dor	24	33,8				
Posicionamento/Conforto	9	12,7				
Escalas de avaliação da dor	7	9,9				
Intervenções farmacológicas	5	7,0				
Intervenções não farmacológicas			15	21,1		
Sacarose			9	12,7		
Intervenções farmacológicas			7	9,9		
Sucção não nutritiva			6	8,5		
Intervenções farmacológicas					13	18,3
Sacarose					9	12,9
Avaliação dos resultados					8	11,3
Intervenções não farmacológicas					5	7,0

Segundo o Programa Nacional de Controlo da Dor, o controlo da dor constitui uma prioridade no contexto da prestação de cuidados humanizados e de qualidade (Direcção-Geral de Saúde, 2008). Entre os principios orientadores para o controlo da dor perconizados pelo programa, advém a avaliação e o registo da intensidade da dor como norma de boa prática, não obstante o facto da dor ser o 5º sinal vital, como vem expresso na Circular Normativa da Direcção-Geral de Saúde. Ainda neste contexto, cabe aos profissionais de saúde adoptarem estratégias de prevenção e controlo da dor dos indivíduos ao seu cuidado, mediante intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Direcção-Geral de Saúde, 2001).

Importa realçar que seria de esperar maior frequência de resposta em relação ao procedimento referente à avaliação dos resultados pois dele depende a optimização das intervenções instituídas e a instituir de modo a dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualiadde de vida dos doentes (Direcção-Geral de Saúde, 2003).

1.2. CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS SOBRE A DOR NO RN

A forma como é conhecida a dor no RN numa UCI foi feita através da análise das respostas de concordância ou não de algumas questões relacionadas com a concepção que os nossos enfermeiros têm sobre o assunto. Os resultados das respostas a este bloco de questões podem ser visualizados na tabela 4.

Tabela nº4 – Distribuição da frequência das concepções dos enfermeiros sobre a dor

CONCEPÇÕES DOS ENFERMEIROS	Respostas					
	Sim	%	Não	%	N/R	%
Menor capacidade do RN sentir dor em relação à criança mais velha			71	100,0		
Menor capacidade do RN prematuro sentir dor em relação ao RN de termo	1	1,4	70	98,6		
A dor no RN é passível de ser previsível	63	88,7	6	8,5	2	2,8
É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN	38	53,5	32	45,1	1	1,4
A resposta do RN ao estímulo nociceptivo é bem conhecida	16	22,5	54	76,1	1	1,4
As intervenções farmacológicas são pouco eficazes no RN devido à imaturidade sensorial	3	4,2	68	95,8		

Pela observação dos resultados verificámos que toda a população inquirida (100%), reconhece que o recém-nascido tem a mesma capacidade para sentir dor que a criança mais velha. Este resultado é revelador do conhecimento dos enfermeiros acerca da fisiologia neuronal do RN e dos mecanismos pelos quais ocorre a nocicepção . Ocorreu uma só resposta concordante sobre a menor capacidade do RN prematuro sentir dor em relação ao RN de termo, que poderá ter ocorrido por engano do inquirido a responder.

Ainda neste assunto uma percentagem significativa da população (88,7%) admite que a dor no RN é passível de ser previsível, o que presumivelmente estará relacionado com a percepção individual dos enfermeiros sobre os procedimentos passíveis de causarem dor.

No entanto, uma significativa parcela da amostra (76,1%) considera que a resposta do RN ao estímulo doloroso não é bem conhecida pelos profissionais de saúde. Poderá colocar-se com hipótese que este resultado expressa a dificuldade em objectivar os indicadores de dor no RN. Esta questão revela-se, no entanto, crucial, pois está intimamente ligada à avaliação da dor no RN, indispensável à actuação dos profissionais de saúde, no seu controlo. Isto reforça a ideia da dificuldade que existe em provar a presença de dor no RN, patente na generalidade da bibliografia sobre o assunto.

Apenas um pouco mais de metade da população (53,5%) é que considera ser fácil reconhecer as situações dolorosas no RN, o que de alguma forma poderá estar relacionado com a percentagem de enfermeiros detentores da especialidade em saúde infantil e pediátrica, o que confere uma formação particular no tema.

Em relação ao uso de intervenções farmacológicas, a maioria da população indagada (95,8%) partilha da concepção que a imaturidade sensorial do RN não interfere na sua eficácia, todavia, quando se pergunta aos enfermeiros se a administração de terapêutica analgésica é contra-indicada, apenas 62% dos inquiridos responderam que não e 38% pensam que sim e justificam a resposta com a imprevisibilidade dos efeitos colaterais da medicação, imaturidade dos órgãos e sistemas, patologia associada, falta de conhecimento e de estudos. Estes resultados podem ser explicados por diversos factores que o presente estudo não esclarece, dado que o foco do estudo está direccionado para o recurso a intervenções não farmacológicas.

1.3. PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NO CONTROLO DA DOR

O conhecimento sobre as práticas de enfermagem no controlo da dor no RN foi feito através da análise das respostas às questões sobre os protocolos de intervenção e à prescrição da avaliação do parâmetro dor, bem como das intervenções não farmacológicas. O grupo de questões sobre os parâmetros utilizados na avaliação da dor, as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na sua utilização, o tipo de escalas utilizadas na avaliação da dor, as intervenções não farmacológicas utilizadas e ainda os obstáculos para o correcto diagnóstico e tratamento da dor no RN também vão ser utilizados para descrever a prática do fenómeno em estudo.

Protocolos de intervenção

No que se refere à prescrição da avaliação do parâmetro vital dor, a totalidade da população (100%) respondeu que é avaliado por prescrição dos enfermeiros como podemos verificar na tabela 5. Este facto remete-nos para a reflexão sobre a norma de avaliação da dor, instituída pela Direcção-Geral de Saúde (2003), onde refere que a avaliação e registo da intensidade da dor, deve ser contínua e regular à semelhança dos outros sinais vitais, devendo ser realizada pelos profissionais de saúde. Constatámos assim, que os enfermeiros são os profissionais de saúde que já interiorizaram plenamente a importância da prescrição da avaliação deste sinal vital com o objectivo de melhorar a qualidade de vida dos recém-nascidos doentes.

Tabela nº5 – Distribuição da frequência de quem prescreve a avaliação da dor e as intervenções não farmacológicas

AVALIAÇÃO DO SINAL VITAL DOR	Respostas	
	N	%
Prescrição de enfermagem	71	100,0
INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS		
Prescrição de enfermagem	61	86,0
Prescrição médica e de enfermagem	10	14,0

Em relação à prescrição das intervenções não farmacológicas, 61 enfermeiros (86%) responderam que são os enfermeiros que as prescrevem e 10 enfermeiros (14%) responderam que são prescritas por médicos e enfermeiros, como podemos verificar na tabela 5. Estes resultados, sem serem surpreendentes, acabam por ser satisfatórios, pois evidenciam a interiorização dos enfermeiros sobre o significado das intervenções autónomas de cuidados de enfermagem (Ministério da Saúde, 1996). As intervenções não farmacológicas pertencem à esfera das intervenções autónomas de cuidados de enfermagem e, portanto, são da exclusiva responsabilidade dos enfermeiros, ou seja, o enfermeiro assume a responsabilidade pela sua prescrição, execução e avaliação (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Contudo, da analise dos resultados infere-se a necessidade de continuar a investigar no sentido de comprovar a relevância das intervenções não farmacológicas no controlo da dor.

No âmbito específico dos protocolos, 69 enfermeiros (97,2%) referem que a avaliação da dor no RN está protocolado mas só 53 enfermeiros (74,6%) responderam que têm protocolos de intervenções não farmacológicas. (Tabela 6)

Tabela nº 6 – Protocolos de Intervenção

PROTOCOLOS DE INTERVENÇÃO	Respostas			
	Sim	%	Não	%
Protocolo de avaliação da Dor	69		2	2,8
Protocolos de intervenções não farmacológicas	53		18	25,4

A observação destes resultados revela que os objectivos do Programa Nacional de Controlo da Dor ainda não foram plenamente atingidos. No contexto desde programa surge a directiva a instituir que o controlo da dor depende, fundamentalmente, da existência e adequada aplicação de protocolos de actuação na prevenção da dor (Direcção-Geral de Saúde, 2008).

Parâmetros utilizados na avaliação da dor no RN

O grupo de questões sobre os parâmetros utilizados na avaliação da dor usados pelos enfermeiros, correspondem a uma escala de Lickert. As hipóteses de resposta incluíam: “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. Os parâmetros utilizados pelos enfermeiros para avaliar a dor no RN estão apresentados na tabela 7.

De entre os parâmetros mais citados pelos enfermeiros para a avaliação da dor prevalecem as alterações comportamentais que incluíram: o *score* de dor, a expressão facial e corporal, seguidos da postura e agitação; as alterações fisiológicas, nomeadamente o sono; e ainda os parâmetros utilizados nas escalas de dor. Constata-se assim que a presença de dor no RN é identificada pelos enfermeiros deste estudo por meio de alterações dos parâmetros comportamentais, fisiológicos e principalmente pelo escore das escalas.

Tabela nº7 – Distribuição da frequência de utilização dos parâmetros de avaliação da dor

PARÂMETROS COMPORTAMENTAIS	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Expressão facial	56	10	2	1	
Choro	41	23	4		
Agitação	51	18	1		
Expressão corporal	55	13	1		
Tónus muscular	47	15	6		
Alterações clínicas	23	31	12		
Postura	55	9	5		
Score de Dor	61	6	1	1	
Estado de consciência	13	12	24	9	6
PARÂMETROS FISIOLÓGICOS					
Alteração de sinais vitais	38	21	8	0	0
Parâmetros fisiológicos	28	28	7	2	1
Sono	51	11	7	1	0
ESCALAS					
	60	11	0	0	0

Na prática, os indicadores fisiológicos são úteis para avaliar a dor, não obstante serem de fácil aplicação e disponíveis em praticamente todas as UCI, contudo, não podem ser usados de forma isolada para decidir se o RN apresenta dor, principalmente na situação de crianças sedadas. Os indicadores comportamentais parecem ser consistentes para avaliar a dor, no entanto, alguns parâmetros perdem o seu potencial, perante situações específicas como no caso do choro em RN ventilados.

A observação da expressão facial e motora parecem ser indicadores sensíveis de dor, para além de constituírem um método não invasivo. Todavia, o carácter subjectivo da dor carece do uso de métodos multidimensionais de avaliação de dor, pois só deste modo é possível o máximo de informações acerca das respostas individuais à dor e da interacção com o ambiente (Guinsburg, 2001). Neste contexto, verificamos que a maioria dos integrantes deste estudo, 84,5%, utiliza a escala da dor para detectar a dor no RN. As escalas de dor são instrumentos que proporcionam a interacção e comunicação entre os

membros da equipa de saúde, permitindo uma avaliação individual e personalizada de cada criança, bem como verificar a resposta, frente às intervenções utilizadas.

Ainda neste âmbito dos indicadores de dor, quisemos saber qual é, para a nossa população, o melhor parâmetro para avaliar a dor no RN no sentido de identificar a frequência de recurso a esse mesmo parâmetro. Pretendemos ainda auscultar a opinião dos inquiridos no que se reporta à dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor no RN. Os resultados a estas questões podem ser visualizados na tabela 8, onde se pode inferir que a expressão facial é o parâmetro a que os inquiridos recorrem mais para avaliar a dor, seguido da postura e do choro. Sobre a interpretação dos meios de avaliação da dor no RN, constatamos que 64,8% (n=46), apresenta às vezes dificuldade na interpretação dos meios de avaliação da dor.

Tabela nº8 – Melhor parâmetro para avaliar a dor e dificuldade na interpretação dos meios de avaliação da dor

MELHOR PARÂMETRO PARA AVALIAR A DOR	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Frequência cardíaca	30	17	17	3	0
Frequência respiratória	7	30	23	6	0
Pressão arterial	8	12	31	14	1
Choro	33	21	13	0	0
Expressão facial	52	17	2		
Postura	48	17	2		
DIFICULDADE NA INTERPRETAÇÃO DOS MEIOS DE AVALIAÇÃO DA DOR					
			46	22	3

A expressão facial é um indicador, muito sensível e sobejamente utilizado pelos profissionais de saúde na avaliação da dor no RN de termo e pré-termo. A importância deste parâmetro está patente nas diversas escalas desenvolvidas sobre a avaliação da expressão facial que foram concebidas para o estudo objectivo da dor e os resultados da nossa investigação vão de encontro a esta constatação (Guinsburg, 2001). Em relação à dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor, os resultados são consonantes com a percepção da nossa população que admite não ser fácil reconhecer e avaliar as

situações dolorosas no RN, bem como aceitam que a resposta do RN ao estímulo nociceptivo não é bem conhecida como já foi referido anteriormente.

No que se refere às escalas de avaliação de dor, a nossa população usa maioritariamente a escala de EDIN, como podemos verificar na tabela 9.

Tabela nº9– Escalas utilizadas na avaliação da dor

ESCALAS USADAS	Respostas	
	N	%
EDIN	68	95,8
NIPS	1	1,4
CRIES	1	1,4
PIPP	1	1,4

A resposta obtida prende-se com o facto de a instituição onde o estudo decorreu ter protocolada a referida escala para a avaliação e controlo da dor na criança dos zero aos três meses de idade. A literatura consultada aponta para o uso preferencial de uma só escala na avaliação da dor em cada serviço, para alcançar o consenso e fiabilidade intra-equipa no controlo da dor. Contudo, pode haver necessidade de incluir outras escalas, considerando o estado e a patologia da criança (Crescêncio, Zanelato, & Leventhal, 2009). Há situações clínicas em que é difícil utilizar uma só escala como é o caso das crianças com sedação, restrição de movimentos e com entubação traqueal. Como uma das unidades deste campo de investigação recebe crianças do foro cirúrgico acreditamos que seria útil o recurso a escalas mais apropriadas às circunstâncias, como por exemplo a CRIES. Como já foi referido é uma escala multidimensional desenvolvida para avaliar a dor no pós-operatório de RN prematuros e de termo, com idade gestacional entre as 32 e 60 semanas (Batalha, 2010; Silva & Silva, 2010).

Percepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas usadas no controlo da dor no RN

O grupo de questões relacionadas com as concepções dos enfermeiros sobre as intervenções não farmacológicas e farmacológicas utilizadas no controlo da dor no RN,

corresponde também a uma escala de Lickert, solicitando-se aos enfermeiros para indicarem com que frequência utilizam as diferentes intervenções no controlo da dor no RN. As hipóteses de resposta incluíam: “Sempre”, “Quase Sempre”, “Às vezes”, “Raramente” e “Nunca”. Podemos observar na tabela 10 as intervenções não farmacológicas usadas pelos enfermeiros do nosso estudo, no controlo da dor no RN.

Tabela nº10 – Distribuição da frequência do uso de intervenções não farmacológicas no controlo da dor

Intervenções não Farmacológicas	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Mudança de Decúbito	42	17	11		
Sucção Não Nutritiva	52	14	5		
Soluções Açucaradas	21	24	24	1	
Toque Terapêutico	34	20	12	1	3
Massagem	12	32	17	5	2
NIDCAP	4	18	17	8	10
Método Canguru	6	8	51	3	2
Musicoterapia		5	7	29	24
Manipulação Mínima	45	17	9		
Uso de Ninhos	44	17	9		
Associação de Procedimentos	53	13	4		
Diminuição da luminosidade	50	18	2		

Os resultados obtidos comprovam a importância que os enfermeiros dão às intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN. Podemos constatar que a associação de procedimentos é a estratégia mais usada por 75,7%, logo seguido da sucção não nutritiva, 73,2% e diminuição da luminosidade, para 71,4% dos inquiridos. Verificamos ainda, que a manipulação mínima é usada “Sempre” por 63,4% (n=45) da amostra, o uso de ninhos é usado “Sempre” por 62,9% (n=44) dos inquiridos e finalmente surge a mudança de decúbito usada “Sempre”, por 60% (n=42) enfermeiros. Com estes resultados podemos inferir que a nossa população reconhece a utilidade prática destas intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN.

Importa ainda realçar que o método canguru foi o referido por 72,9% (n=51) dos inquiridos, como a intervenção não farmacológica mais usada “Às vezes” no controlo da dor. Este resultado surge em conformidade com a indicação de utilização do método que

exige algumas condições clínicas do RN para poder ser utilizado. A OMS define o método canguru como o cuidado ao RN, após estabilização inicial, de contacto pele a pele com a mãe, desenvolvido precocemente e mantido de forma contínua e prolongada (Cardoso, Romiti, Ramos, Issler, Grassiotto, & Sanches, 2006).

Interessa salientar a fraca utilização da musicoterapia e do NIDCAP, provavelmente relacionados com a falta de recursos para a sua viabilização e também algum desconhecimento sobre a utilidade destas técnicas. O NIDCAP é um método ainda pouco difundido na maioria das unidades, apesar dos enfermeiros usarem as intervenções que integram este modelo de cuidados voltados para o desenvolvimento dos RN pré-termo e extensível aos RN de termo (Silva R. N., 2007).

Ainda no âmbito das intervenções não farmacológicas podemos observar na tabela 11 os factores que na perspectiva dos enfermeiros inquiridos, influenciam o recurso a estas intervenções.

Tabela nº11 – Factores que influenciam a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor

Factores que influenciam a utilização das intervenções	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Situação Clínica do RN	37	25	5	2	0
Falta de Protocolos	8	8	27	14	8
Motivação	23	20	17	5	3
Recursos	10	10	13	25	7
Conhecimento	20	15	24	9	1

Quando questionados sobre os factores que influenciam a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo da dor no RN 89,9% dos enfermeiros reportam-se à situação clínica do RN como “Sempre” ou “Quase sempre”. Este resultado estará provavelmente relacionado com a avaliação da dor no RN, que é tanto mais difícil quanto a gravidade da situação clínica do RN. A motivação foi o factor referido “Sempre” e “Quase sempre” por 63,2% dos inquiridos.

Em relação à tomada de decisão dos enfermeiros sobre o recurso a intervenções não farmacológicas e farmacológicas, perante uma situação em que se configura a necessidade de controlar a dor, ou tratar a dor num RN, quisemos saber, qual seria a primeira opção sobre as intervenções atrás referidas, isto é farmacológicas ou não farmacológicas. As respostas obtidas numa escala de lickert confrontam-nos com uma primeira opção, por parte dos inquiridos (78,9%) pelas medidas não farmacológicas, como se pode constatar na tabela 12.

Tabela nº12 – Percepções dos enfermeiros sobre a utilização das intervenções no controlo da dor

Primeira intervenção no controlo/ tratamento da dor no RN	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Intervenção Farmacológica	5	12	31	9	1
Intervenção N/Farmacológica	56	6	5	0	0

Por sua vez, quando questionados sobre a avaliação da eficácia das intervenções (Tabela 13), verificamos que 49,3% o faz sempre quanto às intervenções farmacológicas, e cerca de 62% em relação às intervenções não farmacológicas. Apesar da relevância destes dados, há que referir que haverá situações, que embora em termos numéricos serão residuais, em que essa avaliação não será feita, o que é comprometedor da qualidade de cuidados.

Tabela nº13 – Percepções dos enfermeiros sobre a avaliação da eficácia das intervenções no controlo da dor

Avaliação da eficácia das estratégias utilizadas no controlo da dor	Respostas (N)				
	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Intervenção Farmacológica	35	30	3	2	0
Intervenção N/Farmacológica	44	17	8	1	0

Inquirimos ainda sobre o uso concomitante das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, tendo-se verificado que 67,6% (n=34) dos enfermeiros inquiridos referem fazer “Sempre” e “Quase sempre”, o que de algum modo expressa o reconhecimento da accção potenciadora da eficácia analgésica, quando usados em simultâneo. Na

continuidade desta questão foi pedido aos enfermeiros para justificarem a sua resposta. Só 47,9% da nossa amostra respondeu a esta parte da questão. Os resultados e as frases redigidas pelos nossos inquiridos podem ser analisados na tabela 14.

Tabela nº14– Razão do uso concomitante das intervenções não farmacológicas e farmacológicas

RAZÃO PARA O USO CONCOMITANTE DAS INTERVENÇÕES N/FARMACOLÓGICAS E FARMACOLÓGICAS	RESPOSTAS	
	N	%
São complementares	22	64,7
As intervenções farmacológicas podem ser eficazes isoladamente	1	2,9
As intervenções não farmacológicas podem ser eficazes isoladamente	4	11,8
As intervenções farmacológicas são mais eficazes	1	2,9
As intervenções não farmacológicas nem sempre são eficazes	3	8,8
Quando as intervenções não farmacológicas não são eficazes	1	2,9
Depende do estado clínico do RN	1	2,9
As intervenções não farmacológicas são distintas das intervenções farmacológicas	1	2,9

Apesar de 64,7% dos indagados citarem que o uso concomitante das intervenções não farmacológicas e farmacológicas se deve ao facto de serem complementares, na globalidade, as razões do mesmo foram tão diversificadas que não é possível fazer qualquer tipo de ilação conjectural para além do campo de validade deste estudo.

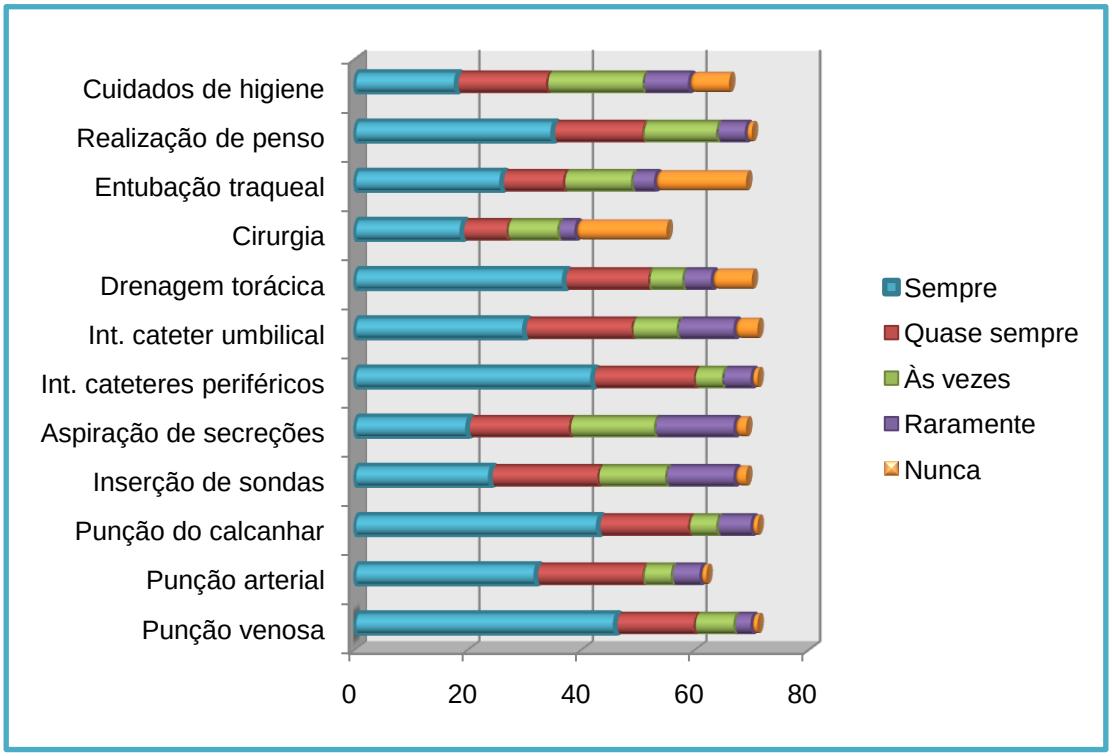
Intervenções usadas nos procedimentos passíveis de causarem dor

Tendo em conta os procedimentos passíveis de causarem dor mais usados numa UCI, quisemos auscultar os sujeitos da amostra, sobre o recurso a intervenções não farmacológicas e farmacológicas antes desses mesmos procedimentos. Recorremos

igualmente a uma escala de Lickert com as mesmas hipóteses de resposta das anteriores.

Os resultados em relação à utilização das intervenções não farmacológicas nos procedimentos passíveis de causarem dor, podem ser observados no Gráfico 3.

Gráfico nº3 – Representação gráfica da utilização das intervenções não farmacológicas perante procedimentos passíveis de causarem dor

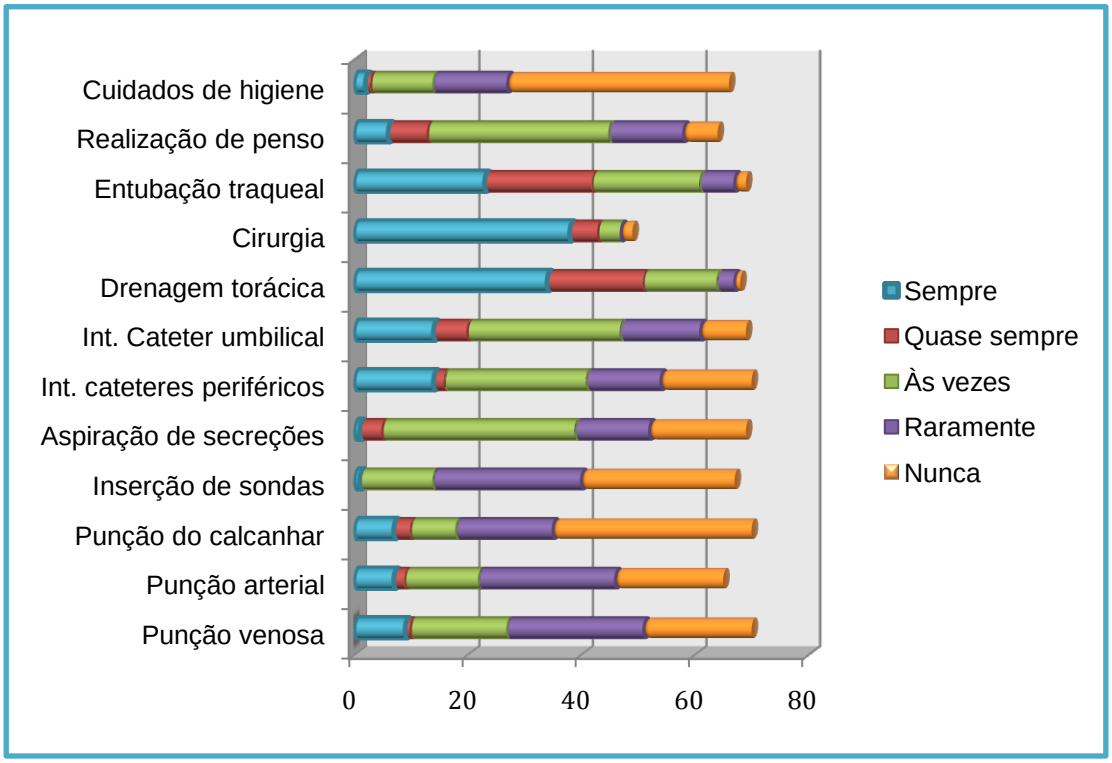


Os dados encontrados revelam que na globalidade, os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas perante os procedimentos passíveis de causarem dor no RN. Pela observação do gráfico constatamos que os procedimentos sugestivos de maior frequência de utilização das intervenções não farmacológicas são: a punção venosa, arterial e do calcanhar; introdução de cateteres periféricos e realização de penso que, curiosamente, constituem procedimentos realizados pelos enfermeiros. A drenagem torácica surge como o procedimento médico em que os enfermeiros utilizam as intervenções não farmacológicas com maior frequência, seguido da introdução de cateter umbilical. De salientar que o procedimento cirúrgico é aquele em que os enfermeiros usam com menor frequência as intervenções não farmacológicas. A ambiguidade deste resultado poderá estar relacionada com alguma falta de clareza na questão, pois o

objectivo era saber se usavam as intervenções não farmacológicas no pós-operatório e perante pequenas cirurgias realizadas na unidade, como por exemplo: o encerramento do canal arterial, a colocação de cateter peritoneal e a remoção cirúrgica de alguns cateteres centrais, o que de facto não era expresso no questionário.

Tendo por base as mesmas situações anteriores, questionamos sobre o recurso a medidas farmacológicas . Os resultados obtidos podem ser observados no Gráfico 4.

Gráfico nº4 – Representação gráfica da utilização das intervenções farmacológicas perante procedimentos passíveis de causarem dor



A análise do gráfico volta a levantar o “fantasma” da utilização, sem restrições, das intervenções farmacológicas nos procedimentos passíveis de causarem dor. Os resultados revelam que os enfermeiros usam “Sempre” e “Quase sempre”, as intervenções farmacológicas nos procedimentos médicos passíveis de causarem dor, tais como cirurgia, mencionado por 87,7% da amostra; drenagem torácica, referido por 71% dos enfermeiros inquiridos; e entubação traqueal, para 60,9% dos nossos enfermeiros. Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de nestas situações estar protocolado o tratamento farmacológico, ou poderem ser resultado da prescrição médica

no momento da intervenção. As intervenções farmacológicas integram-se nas acções interdependentes realizadas pelos enfermeiros e que, portanto, dependem da prescrição médica.

Ainda neste âmbito, podemos também verificar que a nossa população, na generalidade, usa "Às vezes", "Raramente" ou "Nunca" as intervenções farmacológicas, numa quantidade significativa de procedimentos de enfermagem passíveis de causarem dor como são a punção venosa, arterial e do calcanhar, inserção de sondas, cuidados de higiene e aspiração de secreções. Estes resultados estarão relacionados com as orientações emanadas para analgesia segundo os consensos nacionais de neonatologia, nos quais se aponta como primeiro recurso nestes procedimentos o uso de chupeta com sacarose (Rocha, et al., 2004).

Obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN

Para conhecermos a opinião dos nossos pesquisados, em relação aos obstáculos ao diagnóstico e tratamento adequado da dor no RN numa UCI, formulamos um grupo de frases, construídas com base no quadro teórico e solicitamos aos inquiridos que escolhessem uma só opção que fosse de encontro às suas concepções sobre o assunto. Os resultados podem ser observados na tabela 15.

A análise dos resultados a este último grupo de perguntas revelou-se algo surpreendente, uma vez que as respostas dos enfermeiros à questão sobre qual consideravam ser o maior obstáculo ao diagnóstico, foram completamente distribuídas pelas 5 hipóteses de resposta, com excepção para opção "estado pré-verbal da criança". De algum modo estes dados poderão estar relacionados com a dificuldade objectiva de proceder ao diagnóstico da dor em crianças tão pequenas. Se eventualmente não tivesse sido solicitado aos inquiridos para assinalarem uma só opção, seriamos provavelmente confrontados com concordância generalizável de todos os indicadores sugeridos.

Tabela nº15– Obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor

MAIOR OBSTÁCULO AO DIAGNÓSTICO DA DOR NO RN	Respostas	
	N	%
Estado pré-verbal da criança	2	2,8
Ausência de indicadores específicos	19	26,8
A grande variabilidade das respostas à Dor	15	21,1
Compreender a diferença entre Dor e desconforto	17	23,9
Avaliação e quantificação da Dor	18	25,4
MAIOR OBSTÁCULO AO TRATAMENTO DA DOR NO RN		
Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico	7	9,9
As diferentes interpretações pessoais do avaliador	43	60,6
A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da Dor	19	26,8
O método escolhido para avaliação da Dor no RN	1	1,4

Mais previsíveis foram os resultados encontrados para a questão sobre o maior obstáculo ao tratamento da dor no RN. Dos inquiridos que responderam a esta questão, 43 enfermeiros (60,6%) consideram que as diferentes interpretações pessoais do avaliador, constituem o maior obstáculo ao tratamento da dor no RN. Este dado vem reforçar a dificuldade efectiva na avaliação da dor, condição essencial ao seu tratamento. A isto estará inerente a subjectividade da mesma avaliação que mesmo recorrendo a instrumentos de avaliação inclui itens não mensuráveis objectivamente e que têm por base um juízo valorativo por parte do profissional de saúde que utiliza esse instrumento.

Na continuidade da subjectividade pode-se realçar a consideração da inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor como um obstáculo ao tratamento da dor para 26,8% dos enfermeiros inquiridos. Como já foi sobejamente referido, a dor é

antes de tudo um fenómeno subjectivo, individual que varia em função de vários factores, o que implica uma abordagem multidimensional na avaliação dos atributos da dor, os quais incluem intensidade, duração e localização da dor, características somáticas, sensoriais e emocionais que a acompanham.

2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a apresentação e a análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, salientamos agora a consideração desses mesmos resultados tendo subjacente o quadro teórico. Para tal, apresentamos uma reflexão crítica dos dados encontrados, documentados com outros estudos sobre a temática.

Durante muito tempo prevaleceram muitos mitos e conceitos erróneos sobre a dor no RN. Contudo, a evidência científica tem demonstrado que o RN, mesmo o grande prematuro, percebe, processa e reage à dor, embora de uma maneira diferente da criança maior e do adulto. O RN patenteia a sua dor através de uma linguagem própria que se manifesta por mensagens alternativas, cabendo aos profissionais de saúde e em particular aos enfermeiros, avaliá-las no sentido de implementar todas as intervenções comportamentais, farmacológicas e não farmacológicas, bem como ambientais, no sentido de eliminar, reduzir ou minimizar os efeitos nefastos da dor no RN.

Ao reflectirmos sobre o nosso quotidiano das unidades de cuidados intensivos e neonatais constatamos o quanto o RN é exposto a técnicas e procedimentos invasivos, passíveis de causarem dor, num local que à partida seria de diagnóstico e de tratamento, mas que se transforma num local imperativo de dor e de stress.

A crescente preocupação com o manuseamento da dor no RN, bem como as concepções e práticas de enfermagem serviram de mote ao desenvolvimento do presente estudo. A dor no RN aparece envolta em contornos muito próprios, relacionados com a especificidade da sua forma de a comunicar, acrescida do facto de não se enquadrar na própria definição de dor dada pela maior parte dos autores. O presente capítulo está organizado de acordo com os nossos objectivos de investigação de forma a conduzir esta discussão.

Identificar as concepções dos enfermeiros sobre a dor no RN

No nosso estudo, 100% dos enfermeiros investigados reconhecem e acreditam que o RN não tem menos capacidade de sentir dor que a criança mais velha. Para além disto, os nossos inquiridos partilham da concepção de que o RN prematuro tem a mesma capacidade para sentir dor que o RN de termo. Isto vai de encontro à investigação científica produzida nos últimos anos, a qual vai mais longe e corrobora que o RN,

particularmente o prematuro, é mais susceptível aos estímulos nociceptivos que as crianças maiores, uma vez que a incompleta mielinização é conpensada pela menor distância que o estímulo tem de percorrer para chegar ao SNC (Lago, et al., 2009).

Uma parcela expressiva da nossa amostra considera que a dor no RN é passível de ser previsível, contudo não apresenta esta certeza em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a resposta do RN ao estímulo nociceptivo. De facto, os profissionais inquiridos dividem-se em relação à facilidade em reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN. Depreende-se ainda que crêem ser possível prever a dor no RN, mas não acham assim tão fácil reconhecer e avaliar as situações de dor no RN. Reconhecem ainda que a resposta do RN ao estímulo doloroso não é bem conhecida. De algum modo estes resultados sobrepõem-se aos referidos por Neves e Corrêa (2008), num estudo que concluiu que apesar de todos os profissionais de saúde conceituaram a dor, ainda existe dificuldade em a especificar e em determinar o nível físico e/ou psicológico que ela pode atingir, dificultando assim o seu reconhecimento e a utilização de intervenções para o seu alívio.

Vários estudos realizados no âmbito desta temática demonstraram que a dor não controlada tem repercussões profundas a nível físico e psicológico, no momento imediato e a longo prazo, com efeitos nefastos na evolução neurológica e comportamental subsequente do RN (Lago, et al., 2009). Esta evidência, por si só, já justifica a importância do conhecimento na área da dor no RN, por parte dos enfermeiros. A tomada de consciência desta realidade por parte dos profissionais de saúde é peremptória para a aceitação do facto de que o RN, mesmo o prematuro, sente dor e que é necessário que todos a reconheçam para um planeamento integral dos cuidados no sentido da sua prevenção e controlo. Isto, porque cuidar é o objectivo primordial do enfermeiro face à pessoa humana que necessita de ajuda. Cuidar da criança com dor requer uma relação interpessoal, devendo o enfermeiro conhecer a fisiologia da dor, bem como os seus comportamentos, para poder actuar no sentido de a debelar e se possível intervir na sua prevenção. Ressalta assim a necessidade de formação, indispensável para que a dor em pediatria seja antecipada e adequadamente abordada nos seus diversos aspectos.

No nosso estudo, quando perguntámos aos enfermeiros se tinham recebido formação específica no manejo da dor, a esmagadora maioria da nossa população respondeu afirmativamente. Isto revela-se bastante importante, pois a sensibilização e a formação dos profissionais de saúde são estratégias fundamentais para a melhoria dos cuidados à criança com dor. Para Malheiro (2009), o conhecimento e as práticas dos enfermeiros no

âmbito da dor no RN são elementos de importância major, na qualidade dos cuidados prestados a estas crianças. A autora refere que a maior fonte de conhecimentos dos enfermeiros advém da experiência clínica e dos diálogos com os médicos, promotores de uma partilha de conhecimento prático da dor. A concordância de informação e de conhecimento entre médicos e enfermeiros pode potenciar estratégias multidisciplinares para cuidar com qualidade a dor no RN. Os ensejos para aprender são tão importantes como a utilização dos saberes para efectuar mudanças no trabalho. A permuta de informação entre médicos e enfermeiros é um método crucial para o sucesso da utilização dos conhecimentos, cujo objectivo é a melhoria dos cuidados face à dor .No seu estudo sobre saberes e práticas dos enfermeiros sobre a dor no RN, Malheiro (2009) realça a existência de uma forte evidência demonstrado o impacto nos resultados do doente quando existe uma boa colaboração entre o enfermeiro e o médico.

A responsabilidade da aquisição e actualização de conhecimentos sobre a dor deve ser partilhada pela instituição de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (Ordem dos Enfermeiros, 2008). No caso específico da nossa população, metade dos enfermeiros têm especialidade o que revela a preocupação dos enfermeiros em investir na sua formação. O enfermeiro especialista é o enfermeiro com competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem geral e ainda para prestar cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade. Cabe, portanto, a estes enfermeiros planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização, bem como identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos, adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar (Ministério da Saúde, 2009).

Apesar dos respondentes no presente estudo evidenciarem conhecimento sobre a fisiologia da dor no RN, documentada nas análises/interpretações anteriores, ainda 38% pensa que a administração de terapêutica analgésica é contra-indicada. De facto, o que se verifica na prática é que alguns profissionais de saúde justificam a não utilização de terapêutica, com a relação risco/benefício do seu uso para procedimentos muito breves em crianças com risco iminente de efeitos adversos e falta de confiança nos fármacos a utilizar. Outro aspecto é a alegada falta de tempo para tratar farmacologicamente a dor no RN durante procedimentos emergentes (Lago, Guadagni, Merazzi, Ancora, Bellieni, & Cavazza, 2005). Todavia, actualmente, os fármacos utilizados na neonatologia são restritos nesta faixa etária e apresentam características farmacocinéticas e farmacodinâmicas peculiares (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007), pelo que na dose terapêutica os benefícios serão efectivamente superiores aos riscos.

No entanto, de um modo geral, não existe muita literatura a respeito da dor na fase neonatal (Batalha, 2010). Porém há que reconhecer que nos últimos anos verificou-se uma preocupação real em querer mudar e, em Portugal, já surgem trabalhos e estudos sobre a temática da dor na criança, sobressaindo a investigação do Doutor Luís Batalha (2001) que efectuou um estudo relativo aos saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos, tendo concluído que os mesmos têm conhecimentos e práticas objectivas no alívio da dor pediátrica. Importa ainda salientar o estudo realizado por Ananda Fernandes (2000) relacionado com o quotidiano do trabalho de dor no hospital. A conclusão deste estudo demonstrou que o trabalho da dor, conduzido pelos enfermeiros, envolve a participação da criança e dos pais, no entanto, constatou que alguns enfermeiros patenteiam alguma alegoria em relação à dor e ainda que substimam as intervenções não farmacológicas.

Identificar os procedimentos que os enfermeiros consideram ser mais relevantes no controlo da dor

As respostas sobre procedimentos que consideravam mais relevantes no controlo da dor no RN foram muito diversificadas englobando a avaliação da dor, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas. Estes resultados podem de algum modo evidenciar a complexidade inerente ao controlo da dor no RN. Tal como referem Guimarães e Vieira (2008), numa investigação realizada sobre o conhecimento da equipa de enfermagem em relação à dor no RN e aos cuidados desenvolvidos na sua assistência, está a ocorrer uma mudança significativa de pensamento em relação à analgesia e maior consciência sobre a importância de se tratar a dor no período neonatal.

Partindo do princípio que o objectivo da prestação de cuidados de enfermagem é a promoção do bem-estar a todas as pessoas, cabendo ao enfermeiro, avaliar, diagnosticar, planear, executar intervenções e por fim, proceder à apreciação dos resultados (Ministério da Saúde, 1996), podemos evidenciar a relevância assumida pelos elementos da nossa amostra no que concerne à avaliação da dor, contrariamente ao que é referido num estudo recente no qual a avaliação da dor não é incorporada na prática clínica (Chermont, Guinsburg, Balda, & Kopelman, 2003).

Identificar os parâmetros de avaliação usados pelos enfermeiros no diagnóstico da dor

Estudos desenvolvidos para conhecer os indicadores mais usados pelos profissionais de saúde na avaliação da dor na criança demonstraram que os enfermeiros utilizam preferencialmente os parâmetros comportamentais e fazem pouco uso dos parâmetros fisiológicos (Batalha, 2010). A presente investigação corroborou estes mesmos resultados, dado que os indicadores a que mais recorrem para proceder à avaliação de dor são os parâmetros comportamentais, nomeadamente a expressão facial, a postura e o choro. Efectivamente a expressão facial é um parâmetro não invasivo sensível e útil na prática diária para a avaliação da dor no RN. Segundo Guinsburg (2001), 90% dos recém-nascidos sujeitos a um estímulo doloroso apresenta região frontal saliente, olhos comprimidos, sulco naso-labial aprofundado e lábios entreabertos. Estes mesmos movimentos faciais não aparecem de forma tão consistente em crianças submetidas a um estímulo desagradável mas não doloroso. Mesmo o RN gravemente doente conserva a expressão facial de dor o que poderá validar o seu uso na criança com ventilação mecânica (Guinsburg, 2001).

Por sua vez o choro é considerado o modo primário de comunicação da criança pré-verbal, no entanto, como refere Guinsburg (2001), estudos na matéria demonstraram que cerca de 50% dos RN não chora durante o procedimento doloroso. Do mesmo modo, no estudo de revisão levado a cabo por Branco, Fekete & Rugolo (2006), sobre o choro como forma de comunicação de dor do RN, estes autores constataram que o valor do parâmetro choro na avaliação da dor tem sido bastante questionado por ser pouco sensível e específico, para além da constatação de que muitos RN não choram durante o procedimento doloroso. Para além deste facto, o choro pode ser desencadeado por outros estímulos, como a fome e o desconforto, o que o torna um indicador pouco específico para a avaliação da dor no RN (Guinsburg, 2001; Branco, Fekete & Rugolo, 2006). Investigações sobre o choro fazem alusão à existência de diferentes fonações do choro de dor e de outros choros. A análise acústica do choro permite perceber a diferença entre o choro de dor e os outros tipos de choro, contudo, é muito difícil para os profissionais de saúde reconhecer a especificidade de cada um dos choros na prática clínica. Realçamos aqui o caso dos doentes entubados, em que se pode reconhecer a mímica facial do choro, mas as características sonoras do choro são obviamente impossíveis de avaliar (Guinsburg, 2001; Branco A. , Fekete, Rugolo & Rehder, 2006). Assim, apesar do facto dos inquiridos terem em conta o parâmetro dor na avaliação da mesma no RN, há que assumir a sua subjectividade nesse processo de avaliação, sendo

que tem que se entrar sempre em linha de conta com a singularidade de cada situação clínica.

Contrariamente ao estudo de Batalha (2010), há a assinalar a importância reconhecida pelos profissionais do presente estudo aos parâmetros fisiológicos, embora não percentualmente igual aos parâmetros anteriores, ou seja, os comportamentais. Isto pode estar associado ao facto de que nas crianças muito pequenas é possível que o stress e a dor se confundam e as reacções fisiológicas e comportamentais possam sobrepôr-se. Segundo Batalha (2010), a criança responde à dor aguda de forma faseada. Assim numa primeira fase, o RN responde à dor com sinais comportamentais resultantes do stress. Numa segunda fase, a criança apresenta uma progressiva letargia de instalação tão rápida quanto mais intensa for a dor ou quantos mais procedimentos dolorosos vivenciar e ainda quanto mais pequena for a criança.

As respostas fisiológicas à dor compreendem a activação do SNS e as mais comuns nos recém-nascidos incluem: aumento da frequência cardíaca, diminuição da saturação de O_2, alteração da pressão sanguínea, alterações na função do sistema nervoso autónomo e nos níveis das hormonas ligadas à resposta endócrina e metabólica do stress (Scochi, Carletti, Nunes, Furtado & Leite, 2005; Noronha, 2007; Sakata & Issy, 2008). Estes parâmetros fisiológicos são usados na avaliação da dor aguda e de curta duração, o que pode ser uma entrave à sua aplicação aos diversos tipos de dor que assolam o RN numa UCI. Na prática, tudo leva a crer que a sua utilização é útil, mas de um modo geral não podem ser usados isoladamente para decidir se o RN tem dor (Noronha, 2007). Por exemplo, no caso específico do RN ventilado, o prolongamento da situação de desconforto ou de dor pode encobrir as alterações dos parâmetros fisiológicos de dor, dificultando a sua utilização e assim não podem ser usadas separadamente para decidir se o RN tem ou não dor e se necessita de analgesia (Guinsburg, 2001).

Advém assim que os indicadores fisiológicas são medidas objectivas, sem no entanto serem específicas, tornando difícil distinguir um estímulo doloroso de um desprezível e portanto não devendo ser usados isoladamente na avaliação da dor no RN. Desta forma compreende-se que no processo de avaliação da dor no RN, não basta simplesmente reconhecer que a criança tem dor sem evocar métodos objectivos e padronizados, pois cairíamos no erro de fazer uma avaliação subjectiva e individual com base nas vivências e critérios pessoais, menosprezando de forma grosseira a evidência científica. Para Noronha (2007), actualmente dispomos de vários indicadores fisiológicos e comportamentais que podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do

estímulo doloroso. Contudo, não há nenhum indicador comportamental nem fisiológico específico que assegure o diagnóstico da dor no RN, o que obriga à utilização de vários indicadores de dor numa escala validada. Esta conjuntura serve para realçar mais uma vez que não é possível usar só os indicadores fisiológicos e comportamentais para avaliar e quantificar a dor no RN. Emerge assim a noção de que a avaliação da dor no RN exige uma associação multidimensional para o seu controlo eficaz.

Identificar as escalas que os enfermeiros utilizam para monitorizar a dor

Apesar dos vários instrumentos para a avaliação da dor no RN baseados em alterações fisiológicas e comportamentais, descritos na literatura e que já foram abordados na fase conceptual deste trabalho, a esmagadora maioria dos indagados da nossa investigação responderam que a escala que usa na avaliação da dor é a escala de EDIN. Como já foi referido, este resultado está relacionado com o protocolo do serviço estudado, que validou esta escala, para avaliar a dor nas crianças, dos zero aos três anos de idade, em toda a instituição. Contudo, há investigações que demonstram que na óptica dos profissionais, o uso isolado de uma escala não é útil (Scochi, Carletti, Nunes, Furtado & Leite, 2005). A justificação está relacionada com possibilidade de a dor ser confundida com o desconforto provocado por outro motivo, que não a dor, como o caso de fome.

Segundo os consensos nacionais de neonatologia, na avaliação da dor devem ser utilizadas escalas com utilidade clínica, de fácil execução e que tenham demonstrado credibilidade. Também para Batalha (2010), quantificar a dor mediante escalas validadas para o efeito é a acção cientificamente correcta pois proporciona aos profissionais de saúde uma avaliação mais segura. A intervenção dos enfermeiros no controlo da dor é condicionada pela própria avaliação da dor, o que significa que uma dor só é tratada se for identificada. Do mesmo modo, a não quantificação da dor impede uma avaliação fidedigna da necessidade de intervenção e ainda da eficácia das disposições terapêuticas. Poderemo-nos questionar, se no contexto da prática não deverão ser assim utilizadas mais que uma escala, de modo a potenciar mais e melhor monitorização da dor, tendo em conta a especificidade clínica de cada situação.

Identificar as Intervenções não farmacológicas que os enfermeiros mais utilizam como coadjuvantes no controlo da dor

O controlo da dor é muito mais abrangente que a simples administração de analgésicos pois incorpora meios que coadjuvam para a prevenção e redução da dor, devendo ser orientado por uma abordagem interdisciplinar, multimodal e individualizada. Os processos envolvidos no controlo da dor englobam práticas de cuidados consensuais e dinâmicos, permeáveis à informação, ao conhecimento e à partilha de dados. A prevenção e o controlo da dor são fundamentais para garantir a qualidade da sobrevivência dos RN e uma das maneiras de o conseguir é mediante a utilização de intervenções não farmacológicas (Zaconeta, 2005).

Neste âmbito foram feitas questões referentes às intervenções não farmacológicas. Os resultados revelam que de um modo geral as intervenções não farmacológicas são prescritas pelos enfermeiros. Assim constatamos que as intervenções não farmacológicas usadas sempre pelos inquiridos são, por ordem decrescente, a associação de procedimentos, a sucção não nutritiva, a diminuição da luminosidade, a manipulação mínima, o uso de ninhos e a mudança de decúbito.

De facto, as intervenções não farmacológicas apresentam comprovados benefícios no controlo da dor, principalmente quando são associadas diversas estratégias, como por exemplo, o uso de soluções açucaradas juntamente com a sucção não nutritiva e a contenção física ou com o NIDCAP, que potencia a acção efectiva da solução (Noronha, 2007). Apesar da eficácia da SNN em algumas situações de dor ligeira, não existem estudos sobre a sua eficácia em crianças gravemente doentes submetidas a múltiplos e repetidos estímulos dolorosos (Guinsburg, 2001). Há evidências sustentando a utilidade da sacarose e da SNN para a prevenção da dor durante a punção, apesar de não haver informação clara sobre a segurança da administração de múltiplas doses de sacarose ao RN (Lago, et al., 2009).

Na nossa investigação o uso das soluções açucaradas constitui a intervenção mais regular, referida pelos enfermeiros, nas três primeiras hipóteses de resposta. Vários estudos demonstram que as soluções açucaradas diminuem o tempo de choro, atenuam a mímica facial de dor e reduzem a resposta fisiológica à dor, durante procedimentos como a colheita de sangue por punção venosa e capilar (Guinsburg, 2001). Acredita-se assim que o seu uso deve ser estimulado nas unidades de cuidados intensivos, como medida terapêutica não farmacológica (Silva, Chaves & Cardoso, 2009). Há estudos onde

os profissionais de saúde partilham da concepção que a glicose associada à SNN e administrada aproximadamente dois minutos antes do procedimento doloroso em RN de termo e prematuros revela-se eficaz na redução do tempo de choro após procedimento doloroso simples e em alguns casos verificaram a diminuição dos indicadores comportamentais e fisiológicos de dor (Neves & Corrêa, 2008).

Importa referir que algumas intervenções como o NIDCAP e a musicoterapia não são muito usados pelos enfermeiros, o que pode estar relacionado com a falta de conhecimentos sobre a eficácia destas intervenções, mas também com questões organizacionais, pois que o recurso ao NIDACAP pressupõe uma mudança no modelo de cuidados ao RN, como já foi abordado no quadro teórico. De salientar o menor recurso à técnica do canguru, por parte da amostra inquirida. Isto pode estar relacionado com o facto de esta estratégia ter um papel mais preventivo (Miltersteiner, Miltersteiner, Rech, & Molle, 2003) do que uma efectiva eficácia no controlo da dor.

Poder-se-á concluir que as intervenções que englobam técnicas ambientais e comportamentais são as preferidas dos enfermeiros à semelhança do que acontece noutros estudos (Batalha, Santos, & Guimarães 2007; Neves & Corrêa, 2008). As medidas ambientais levadas a cabo pelos profissionais de saúde relacionam-se com o controlo da incidência de luz forte sobre a criança, diminuição do ruído à sua volta e promoção de ciclos dia/noite (Rocha, et al., 2004). O conforto pode ser conseguido pela utilização do toque, massagem, movimentos suaves e a optimização do posicionamento. As medidas comportamentais englobam a monitorização não invansiva, o suporte postural e a racionalização da manipulação do RN, mediante associação de procedimentos para evitar as múltiplas manipulações, proporcionando assim, momentos de pausa para dormir. Ainda neste âmbito, evidencia-se a diminuição de adesivos colocados na pele do RN que frequentemente são a causa de lesões e consequentemente de dor. Agrupar as colheitas de sangue e promover a colocação de cateteres centrais é um princípio básico que evita as múltiplas punções infligidas ao RN numa UCI (Noronha, 2007).

Para a nossa amostra é a situação clínica do RN, a condição que prepondera a utilização das intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN. Porém, os resultados levam-nos a inferir que existe uma franca aceitação das intervenções não farmacológicas, por parte da nossa amostra, o que ficou corroborado ao considerarem a sua frequente utilização como primeira intervenção no controlo/tratamento da dor no RN. Uma percentagem considerável de enfermeiros efectua, sempre ou quase sempre, a

avaliação da eficácia. O recurso concomitante das intervenções não farmacológicas e farmacológicas, evidencia a complementaridade assumida pelos respondentes.

A relevância atribuída às intervenções não farmacológicas é hoje assumida na bibliografia. Assim, a analgesia resultante das intervenções não farmacológicas está relacionada com a inibição da transmissão do impulso doloroso, directamente por meio da libertação de opiáceos endógenos ou indirectamente através da ampliação da toada inibitória das vias descendentes do córtex cerebral (Guinsburg, 2001). Os consensos de neonatologia preconizam que uma vez detectado que o RN está com desconforto e agitado, devemos tentar controlá-lo, utilizando as medidas ambientais e comportamentais que constituem as intervenções não farmacológicas (Rocha, et al., 2004).

Identificar os procedimentos passíveis da utilização das intervenções não farmacológicas e farmacológicas por parte dos enfermeiros

Perante um elencar de várias situações comuns passíveis de provocar dor no RN, os profissionais questionados neste estudo referiram a frequência do uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas. Verificámos que os procedimentos invasivos como a cirurgia, a drenagem torácica e a entubação traqueal são frequentemente controlados com intervenções farmacológicas. De facto, procedimentos dolorosos como as drenagens torácicas, a entubação traqueal electiva, a colocação de cateteres centrais, as punções múltiplas, os actos cirúrgicos de qualquer cariz, a ventilação mecânica e a NEC em recém-nascidos ou qualquer outra patologia promotora de enfermidade grave têm indicação para tratamento com intervenções farmacológicas concomitantemente às não farmacológicas, apesar de ainda não existir indicações plenas para o uso de analgesia no período neonatal (Noronha, 2007).

Segundo Guinsburg (2001), no caso específico de crianças ventiladas, sabe-se que só a ventilação mecânica, sem atender aos outros procedimentos como a entubação e as punções arteriais, desencadeia por si só a libertação de hormonas de stress, inactivada com o uso de medicação analgésica apropriada. A dosagem bioquímica destas hormonas permite avaliar a dor no RN, contudo tais doseamentos não estão disponíveis na prática clínica e necessitam de punção para a colheita de sangue o que provoca mais dor no RN. Apesar de tudo esta técnica tem sido mais usada em protocolos experimentais para a avaliação da dor e seu tratamento no período neonatal. Ainda neste contexto, a autora

preconiza o uso de analgesia em todo o doente com ventilação mecânica, pelo menos no período mais agudo da doença.

Ainda neste assunto, os enfermeiros inquiridos no presente estudo referem só usar às vezes as intervenções farmacológicas nos procedimentos como a realização de penso, a introdução de cateteres umbilicais, cateteres periféricos e a aspiração de secreções. Para procedimentos como os cuidados de higiene, a inserção de sondas e a punção do calcanhar, arterial e venosa, os enfermeiros referem que raramente ou nunca usam as intervenções farmacológicas, recorrendo nestas situações mais a medidas não farmacológicas, o que de algum modo é concordante com as recomendações emanadas nos consensos nacionais de neonatologia (Rocha, et al., 2004). Em sintonia com essas recomendações, é referido que o procedimento doloroso mais frequente no RN é a punção venosa e raramente se utilizam as medidas farmacológicas, recorrendo-se a alternativas não farmacológicas (Vidal, Calderón, Martínez, Gonzálvez, & Torres, 2005). Reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN não é tarefa fácil apesar de constituirem os pontos fulcrais para um controlo adequado da dor.

Identificar os obstáculos ao diagnóstico e tratamento da dor no RN segundo a perspectiva dos profissionais de enfermagem

Os obstáculos ao adequado tratamento da dor no RN não são totalmente claros, estando, contudo, algumas causas já identificadas que estão relacionadas com o conhecimento insuficiente por parte de alguns profissionais de saúde, sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, métodos de avaliação, prevenção, avaliação e seu tratamento (Batalha, Santos, & Guimarães, 2007). O grande desafio na avaliação da dor em crianças pré-verbais é compreender a diferença entre dor e desconforto, no sentido do seu correcto diagnóstico (Scochi, Carletti, Nunes, Furtado, & Leite, 2005). Não podemos esquecer que a primeira contrariedade na avaliação da dor no RN é o facto da dor ser uma experiência subjectiva não sendo, portanto, fácil provar a sua presença, contudo, podemos corroborar a existência de indícios agregados a uma situação dolorosa (Branco, Fekete, & Rugolo, 2006).

No nosso estudo, o estado pré-verbal da criança, não é considerado um obstáculo ao diagnóstico da dor no RN. Porém, a opinião dos nossos inquiridos sobre o maior obstáculo ao diagnóstico de dor no RN, não é unidimensional e as respostas distribuem-se pelas várias hipóteses de resposta. Estes resultados confirmam a especificidade e

dificuldade no diagnóstico de dor no RN. Em relação ao maior obstáculo ao tratamento da dor no RN, a nossa população partilha dos resultados de outras investigações que apontam as diferentes interpretações pessoais do avaliador. Segundo Guinsburg (2001), a decisão sobre a atitude a seguir no controlo da dor varia de acordo com o método escolhido para a avaliação da dor e com as diferentes interpretações pessoais dos profissionais envolvidos.

Apesar da avaliação inadequada da dor ser, talvez, o principal obstáculo à própria avaliação, existem outros obstáculos, nomeadamente, a própria dor que inibe a compreensão de outros estímulos e consequentemente diminui a atenção e altera a sua comunicação. Do mesmo modo, a ansiedade que frequentemente acompanha a dor também reduz a capacidade de comunicar. Nestas situações a dor é um obstáculo ao seu próprio controlo (Kazanowski & Laccetti, 2005).

CONCLUSÃO

O manuseamento da dor neonatal é um procedimento complexo que envolve dimensões inerentes à própria criança, à equipa de saúde e à família. O alívio eficaz da dor impõe uma abalizada vigilância ao doente para além dos cuidados personalizados e a implementação de protocolos de avaliação e tratamento da dor. A carência de estudos comprovados, tendo como foco de atenção a actuação dos enfermeiros face ao manuseamento da dor e prescrição de intervenções não farmacológicas, revela a necessidade de se realizarem mais pesquisas nesta área. Importa fazer uma articulação entre a pesquisa e a prática para se poder repensar o cuidado de enfermagem ao RN numa UCI e inovar com técnicas para o controlo da sua dor.

Como nos diz Metzger, Muller, Schwetta, & Walter (2002), neste momento não importa reflectir na filosofia do *saber fazer*, *saber ser* ou *saber saber*, necessários à execução do processo de cuidar e que numa determinada altura serviram para melhor conhecer a nossa incumbência e as nossas tarefas junto dos doentes. Actualmente, em algum momento, já reflectimos na difícil e ambígua questão dos sentimentos pessoais perante alguns doentes e dos mecanismos de defesa e de projecção que eles geram. A nossa organização que funciona para nós como uma referência e que nos dá segurança pode ser muito destabilizador para o doente. A assistência ao doente com dor pressupõe a acção desenvolvida por uma equipa coesa e solidária e não somente ter boas intenções.

A actual dinâmica hospitalar ostenta situações diárias que nos levam, inconscientemente, para um tipo de relacionamento com tendência à padronização, situação que aliás, nos defende do risco de familiarização com o doente. Praticamente todas as equipas anseiam por um cuidado adaptado, personalizado e centrado no doente, à luz da tolerância e humanização, o que não coaduna com a utilização de comportamentos mecanizados e padronizados.

Cada elemento da equipa multidisciplinar tem um papel, ocupando uma zona autónoma de iniciativa e de criatividade. O trabalho da equipa deve ser reconhecido e valorizado na execução conjunta de um projecto de controlo de dor (Metzger, Muller, Schwetta, & Walter, 2002). Na problemática da dor o enfermeiro tem a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde na proposta de mudanças organizacionais que facilitem a melhoria das prátcas de controlo da dor, para além do dever ético e legal em advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor é inadequado.

Cabe ainda aos enfermeiros o dever de defender a mudança das políticas e alocação de recursos que sustentam o controlo efectivo da dor (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Os modelos organizativos devem ser permeáveis à alteração dos métodos de avaliação da dor, bem como ao repensar das acções a desenvolver para reduzir a dor acarretada pelos próprios cuidados, no sentido de rever os projectos de cuidados das unidades relativamente ao controlo da dor. As intervenções não farmacológicas constituem as medidas autónomas levadas a cabo pelos enfermeiros que têm como objectivo prevenir e controlar a dor das crianças. Várias intervenções não farmacológicas, tais como: a sucção não nutritiva, a massagem e o toque, a sacarose, a musicoterapia, o NIDCAP e a técnica do canguru, têm sido investigadas e apresentam resultados comprovados no alívio da dor moderada ou grave, concomitantemente com outras intervenções farmacológicas (Golianu, Krane, Seybold, Almgren, & Anand, 2007).

Contudo, apesar da clara eficácia das medidas não farmacológicas no alívio da dor em neonatologia, não há uma medida padronizada nem estão estabelecidos os critérios de selecção da intervenção mais adequada ao contexto ou às diferentes situações. Serão necessários mais estudos de intervenção sobre a eficácia das diversas intervenções, cujo objectivo será a elaboração de protocolos para prevenir e controlar a dor do RN. Os estudos apontam para uma comprovada coadjuvação das intervenções não farmacológicas no combate da dor, principalmente quando associadas a outras medidas. Todavia, assim como a dor é uma experiencia única, pessoal e subjectiva, que depende da interpretação e avaliação da equipa de saúde, também a aplicação das intervenções não farmacológicas depende do enfermeiro (Noronha, 2007).

A humanização e a melhoria da qualidade dos cuidados necessita de uma postura holística no cuidado integral do RN. A prevenção, avaliação e o tratamento da dor do RN devem constituir uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde. O manuseamento e controlo da dor parece ser um tema muito actual e deveras discutido pela equipa de saúde que presta cuidados ao RN em UCI.

Este estudo permitirá identificar as experiências dos enfermeiros no manejo da dor e contribuir para uma reflexão quanto à actuação dos enfermeiros na prevenção e controlo da dor do RN numa UCI em relação às intervenções não farmacológicas.

Tendo por base os objectivos propostos neste estudo, concluímos que uma significativa parcela da equipa de enfermagem estudada, conhece a dor no RN por meio de

alterações comportamentais e também pelas alterações fisiológicas. A população estudada usa só uma escala de avaliação de dor, EDIN, que como já foi dito é uma escala comportamental, para recém-nascidos de termo e pré-termo, e a única validada para a população portuguesa. Verificou-se, na grande maioria, o uso frequente de intervenções não farmacológicas e farmacológicas no controlo da dor no RN. Podemos constatar uma relativa adesão às intervenções farmacológicas o que patenteia uma mudança positiva de pensamento em relação ao assunto. Os profissionais de saúde pesquisados têm presente a importância do controlo da dor no RN numa UCI e pensam que para o tratamento ser completo é necessário a associação entre as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, numa acção de complementaridade.

Os resultados deste estudo têm um particular interesse para as unidades onde foi realizado, não deixando, no entanto, de ser do mesmo modo útil para outras unidades congéneres. A dor é um fenómeno ecuménico cuja prioridade, patenteia a prevenção e tratamento da dor, devendo ser encarada por todos os profissionais de saúde. Este estudo comprova que os enfermeiros concebem correctamente a dor no RN e que têm perfeita concepção de não ser fácil avaliar e reconhecer as situações dolorosa no RN, o que pressupõe a necessidade de mais formação no tema. Interessante é a percepção dos enfermeiros acerca do maior obstáculo ao adequado tratamento da dor no RN numa UCI, que os enfermeiros corroboram ser as diferentes interpretações pessoais do avaliador. Esta concepção leva-nos a inferir que a avaliação da dor tem uma conotação pessoal e, por isso, difícil de objectivar, o que vai de encontro à dificuldade em reconhecer as situações dolorosas no RN. Estes resultados alvitram a necessidade de uma orientação interdisciplinar dos profissionais de saúde para poderem proporcionar aos recém-nascidos um controlo adequado da sua dor.

Acreditamos que o enfermeiro desempenha um papel preponderante no controlo da dor e que pode ser o impulsionador de uma equipa multidisciplinar, numa abordagem multidimensional da dor como fenómeno universal e simultaneamente dinâmico.

Este estudo mostrou a necessidade de futuros investimentos em projectos voltados para os profissionais de saúde, com o objectivo de reforçar, ainda mais a utilização de intervenções não farmacológicas e de aumentar a utilização de intervenções farmacológicas, que possam aliviar e prevenir a dor no RN. Como uma das unidades do estudo atende também doentes pós-cirúrgicos, acreditamos que fosse de ponderar o uso da escala CRIES o que tornaria a avaliação mais válida nestas crianças, todavia a mesma não poderia ser aplicada a doentes com entubação traqueal. Talvez devesse ser

realizado um estudo nesse sentido para validar uma escala apropriada a RN com entubação traqueal e em situação de pós-operatório.

No momento actual, uma especial atenção à dor e à procura de meios para a diminuir e até mesmo evitá-la pode ser uma estratégia importante para a melhoria da qualidade de vida dos recém-nascidos internados em UCI. De realçar que um plano influente para o uso de intervenções não farmacológicas poderá ser o uso de escalas de dor junto ao RN durante os procedimentos dolorosos.

Finalmente, concluímos que a adequada prevenção e o manuseamento da dor são parte fundamental dos cuidados de saúde habitual de uma UCI. Reconhecer e avaliar as causas de dor deve ser prática do dia-a-dia de toda a equipa de saúde que cuida do RN. O desenvolvimento deste estudo foi um trabalho motivante que nos fez desenvolver conhecimentos na área da investigação e contribuiu para o enriquecimento pessoal e profissional. No sentido de consubstanciar a importância das estratégias não farmacológicas no controlo da dor, há que potenciar a monitorização da sua eficácia, efectuando investigação nesta área. A partilha destes resultados nas equipas inquiridas, para além de criar momentos de reflexão/discussão, pode ser o mote para a continuidade do desenvolvimento da investigação nesta área partindo dos dados do presente estudo, mas também das suas eventuais lacunas. Pois o “Saber” é algo inacabado, que se vai construindo à medida que se trilha o “caminho”.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

Alegre, C. (2006, Julho). O enfermeiro terá em consideração o "público-alvo" que deseja cuidar. *Revista Ordem dos Enfermeiros* , pp. 4-7.

Almeida, H. L., & Almeida, A. (2006, Nov/Dez). Dor: será o nosso cérebro masoquista? *Ser Saúde* , pp. 62-78.

Anand, K. J., Barton, B. A., Meintosh, N., Lagercrantz, H., Pelausa, E., Young, T. E., et al. (1999, April). Analgesia and Sedation in Preterm Neonates Who Require Ventilatory Support. *Arch Pediatric Adolescent Medicine , 153(4)*, pp. 331-338.

Andrade, I. S., & Guedes, Z. C. (2005, Janeiro/Março). Sucção do recém-nascido prematuro. *Revista Brasileira Materno Infantil , 5 (1)*, pp. 61-69.

Askin, D. F., & Wilson, D. (2006). Problemas de Saúde de Neonatos. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & M. Winkelstein, *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 222-306). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Aymar, C. L., & Coutinho, S. B. (2008, Novembro). Factores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. *Revista Brasileira Terapia Intensiva* , pp. 405-410.

Balda, R. d., & Guinsburg, R. (2004). Avaliação da Dor no Período Neonatal. In B. I. Kopelman, A. M. Santos, A. L. Goulart, M. F. Ameida, M. H. Miyoshi, & R. Guinsburg, *Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia* (pp. 577-584). S. Paulo: Editora Atheneu.

Batalha, L. (2001). A criança com dor e sua família: saberes e práticas dos enfermeiros pediátricos . *Revista Nascer Crescer: Hospital Maria Pia , 10(4)*, pp. 266-272.

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar.* Lisboa: LIDEL.

Batalha, L. M. (2005). As dificuldades na quantificação exacta da dor. *Servir , 53(4)*, pp. 166-174.

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da dor no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa , 36(4)*, pp. 201-207.

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2003). Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediatrica Portuguesa* , pp. 159-163.

Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2007, Agosto 23). Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa* , pp. 144-148.

Bear, M. F., Connors, B. W., & Paradiso, M. A. (2008). *Neurociências: Desvendando o Sistema Nervoso* (3 ed.). Porto Alegre: Artmed.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito.* Coimbra: Quarteto.

Bisquerra, R., Sarriera, J. C., & Martínez, F. (2004). *Introdução à Estatística: Enfoque Informático Com O Pacote Estatístico SPSS .* Porto Alegre: Artmed.

Branco, A., Fekete, S. M., Rugolo, L. M., & Rehder, M. I. (2006, Outubro/Dezembro). Valor e Variações da Frequência Fundamental no Choro de Dor de Recém-nascidos. *CEFAC* , pp. 529-535.

Carbajal, R., Rousset, A., Danan, C., Coquery, S., Nolent, P., Ducrocq, S., et al. (2008, July 2). Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. *Jama , 300*, pp. 60-70.

Cardoso, A. C., Romiti, R., Ramos, J. L., Issler, H., Grassiotto, C., & Sanches, M. T. (2006). Método Mãe-Canguru: aspectos actuais . *Pediatria , 28 (2)*, pp. 128-34.

Chermont, A. G., Falcão, L. F., de Sousa Silva, E. H., Balda, R. d., & Guinsburg, R. (2009). Skin-to-skin contact and/or Oral 25% Dextrose for Procedural Pain Relief for Term Newborn Infants. *Pediatries , 124*, pp. 1101-1107.

Chermont, A. G., Guinsburg, R., Balda, R. C., & Kopelman, B. I. (2003). O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria , 79 (3)*, pp. 265-271.

Collière, M. F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2 ed.). Loures: Lusociência.

Crescêncio, E. d., Zanelato, S., & Leventhal, L. C. (2009). Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista Eletrônica de Enfermagem , 11 (1)*, pp. 64-69.

d`Espiney, L. (2004, Novembro 22). *Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional.* Retrieved Dezembro 10, 2009, from htt://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf

Desparmet-Sheridan, J. F. (1995). Dolor en infancia. In P. P. Raj, *Tratamiento prático del dolor* (2 ed., pp. 335-358). Madrid: Mosby.

Direcção-Geral de Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Direcção-Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor.* Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Estevão, C. S., Serafim, S. C., & Duarte, S. C. (2007, Abril). Musicoterapia em Neonatologia. *Nursing* , pp. 40-43.

Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., et al. (2008). *Harrison´s Principles of Internal Medicine* (17 ed., Vol. I). New York: Mc Graw Hill Medical.

Fernandes, A. (2000). *Crianças com Dor: O quotidiano do trabalho de Dor no Hospital.* Coimbra: Quarteto Editora.

Ferreira, C., Valério, A., & Tibério, S. (2004, Janeiro/Junho). O toque no processo de cuidar. *Informar* , pp. 17-20.

Ferreira, M. (2001, Setembro). A sensibilidade à dor: um ritmo biológico na criança hospitalizada? *Revista Sinais Vitais* , pp. 39-42.

Fialho, A. V., Pagliuca, L. M., & Soares, E. (2002, Set./Out.). Adequação da teoria do dèficit de autocuidado no cuidado domiciliar à luz do modelo de Barnum. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* .

Filho, J. M. (2007, Abril/Maio/Junho). *História da Medicina.* Retrieved Setembro 01, 2009, from http//www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=307

Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização.* (Lusociência, Ed.) Loures.

Fortin, M.-F. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. *Conferência proferida no Fórum Desafios em Enfermagem "Clarificar a Natureza dos Cuidados de Enfermagem"* (pp. 61-68). Coimbra: Revista Investigação em Enfermagem .

Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação.* Loures: Lusodidacta.

Gama, A. L., Soares, C. D., & Oliveira, E. S. (2007). *Reconhecer a Dor no Recém-Nascido: um desafio para a enfermagem.* Santos: Unimonte.

Gaspardo, C. M., Linhares, M. B., & Martinez, F. E. (2005). A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria , 81(6)*, pp. 435-442.

Golianu, B., Krane, E., Seybold, J., Almgren, C., & Anand, K. J. (2007, Julho). Non-Pharmacological Techniques for Pain Management in Neonates. *Elsevier* , pp. 318-322.

Grande, N. (2000). Ética e Investigação. *Conferência "Investigação em Enfermagem-A Investigação para o Desenvolvimento da Profissão"* (pp. 49-53). Maia: Revista Investigação em Enfermagem.

Guimarães, A. L., & Vieira, M. R. (2008, Janeiro/Março). Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. *Revista Arquivos Ciências Saúde , 15(1)*, pp. 9-12.

Guinsburg, R. (2001). *Aparelho Respiratório em Neonatologia: Analgesia do Recém-Nascido em Ventilação Mecânica.* São Paulo: Departamento de Pediatria da Universiade Federal de São Paulo.

Guinsburg, R. (1999). Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria , 75 (3)*, pp. 149-160.

Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2006). *Textbook of Medical Physiology* (11th ed.). Elsevier Saunders.

Hockenberry, M. J. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro: Elsener.

IASP. (1994). *Classfication of Chronic Pain: Task Force on Taxonomy.*

ICN. (2006). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem: versão 1.0.* Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Johnston, C. C., Filion, F., Snider, L., Majnemer, A., Limperopoulos, C., Walker, C. D., et al. (2002, Setembro). Routine Sucrose Analgesia Durning The First Week of Life in Neonates Younger than 31 Week`s Postconceptional Age. *Pediatrocs , 110(3)*, pp. 523-8.

Kazanowski, M. K., & Laccetti, M. S. (2005). *Dor: fundamentos, abordagem clínica, tratamento.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Lago, P., Garetti, E., Merazzi, D., Luísa, P., Ancora, G., Pirelli, A., et al. (2009, Junho). Orientações para a dor processual no recém-nascido. *Acta Paediatrica* , 932-939.

Lago, P., Guadagni, A., Merazzi, D., Ancora, G., Bellieni, C. V., & Cavazza, A. (2005). Pain management in the neonatal intensive care unit: a national survey in Italy. *Pediatr Anesthesia , 15*, pp. 925-931.

Lemos, A. I. (2007). *Dor crônica: diagnóstico, investigação, tratamento.* São Paulo: Atheneu.

Malheiro, A. B. (2009). *Os Enfermeiros Perante a Dor Neonatal: Saberes e Práticas.* Porto: ICBAS.

Margato, C. (2005, Março). O Enfermeiro gestor de cuidados e a disciplina . *Sinais Vitais* , p. 2.

Marter, L. J., & Pryor, C. C. (2005). Tratamento da Dor e do Estresse na UTIN. In J. P. Cloherty, E. E. Eichenwald, & A. R. Stark, *Manual de Neonatologia* (5 ed., pp. 603-614). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente.* Loures: Lusociência.

Miltersteiner, A. R., Miltersteiner, D. R., Rech, V. V., & Molle, L. D. (2003, Outubro/Dezembro). Respostas fisiológicas de Posição Mãe-Canguru em bebês pré-termos de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Revista Brasileira Materno Infantil , 3 (4)*, pp. 447-455.

Ministério da Saúde. (2009). *Regime Legal da Carreira de Enfermagem.* Lisboa: Diário da República.

Ministério da Saúde. (1996). *REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros .* Lisboa: Diário da Republica. Decreto-Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro.

Neto, S. I. (2006, Maio). Musicoterapia e a Maternidade. *Nursing* , pp. 7-10.

Neves, F. A., & Corrêa, D. A. (2008, Outubro/Dezembro). Dor em Recém-Nascidos: A Percepção da Equipe de Saúde. *Ciência Cuidado Saúde* , pp. 461-467.

Noronha, N. S. (2007). *A Avaliação da Frequência do Uso de Solução Açucarada a 25% como Analgesia na Punção Venosa e Capilar pelos Profissionais de Saúde da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Regional da Asa Sul .* Brasília : Secretaria de Estado de Saúde .

Okada, M., & Malafaia, J. C. (2006). Dor em Pediatria. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico* (pp. 437-448). São Paulo: Editora Atheneu.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Competências do enfermeiro de Cuidados Gerais.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Condições Para o Exercício Profissional.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Dados Estatisticos.* Lisbooa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2007, Junho). Desenvolvimento Profissional - Certificação de Competências. *Ordem dos Enfermeiros* , pp. 2-23.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor - Guia Orientador de Boa Prática.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pacheco, S. C., Viegas, S. M., & Rosa, Z. M. (2007, Setembro). Toque Terapêutico: Fundamentação e aplicabilidade em enfermagem. *Nursing* , pp. 7-13.

Paula, C. V. (2006). Atuação de Enfermagem em Doentes com Dor. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico* (pp. 221-238). São Paulo: Editora Atheneu.

Pimentel, M. H. (2001, Abril). Mitos e ideias incorrectas acerca da dor na criança . *Nursing* , pp. 27-31.

Pinto, S. M., & Silva, F. A. (2008, Março). O Cuidado: uma resposta ao sofrimento humano. *Nursing* , pp. 38-44.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização* (5 ed.). Porto Alegre: Artmed.

Portnoi, A. G. (2006). Os Comportamentos de Dor. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico* (pp. 201-206). São Paulo: Editora Atheneu.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2003). *Manual de Investigação em Ciências Sociais.* Lisboa: Gradiva.

Rocha, G., Proença, E., Fernandes, P., Matos, A., Costa, T., Carreiro, H., et al. (2004). Analgesia e Sedação. In S. P. Pediatria, *Consensos Nacionais em Neonatologia* (pp. 45-51). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Pediatria.

Sakata, R. K., & Issy, A. M. (2008). *Guias de dor.* São Paulo: Manole.

Scochi, C. G., Carletti, M., Nunes, R., Furtado, M. C., & Leite, A. M. (2005, Outubro 30). A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Enfermagem* , pp. 188-194.

Silva, R. N. (2007). Cuidados Voltados Para o Desenvolvimento do Bebê Pré-Termo - Uma abordagem prática. In V. Lanzelotte, *Manual de Atenção Integral ao Desenvolvimento e Reabilitação* (pp. 3-32). Rio de Janeiro: Editora Revinter Ltda.

Silva, T. M., Chaves, E. M., & Cardoso, M. V. (2009, Outubro/Dezembro). Dor sofrida Pelo Recém-nascido Durante a Punção Arterial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* , pp. 726-732.

Silva, T. P., & Silva, L. J. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa , 23*, pp. 437-454.

Soares, C. M. (2001, Maio/Agosto). O recém-nascido com dor não cirúrgica . *Informar* , pp. 36-41.

Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. (2007, Junho). Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana , 15(3)*, pp. 1-8.

Suchdev, P. K. (2004). Fisiopatología del dolor. In C. A. Warfield, & H. J. Fausett, *Diagnóstico y Tratamiento del Dolor* (pp. 6-11). Barcelona: Masson.

Tamez, R. N., & Silva, M. J. (2009). *Enfermagem na Uti Neonatal - Assistência ao Recém-Nascido de Alto Risco* (4 ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Teixeira, M. I. (2001, Maio/Agosto). Cuidados de enfermagem: a dor oncológica. *Informar* , pp. 43-44.

Teixeira, M. J. (2006). *Dor: Manual para o Clínico.* São Paulo: Editora Atheneu.

Teixeira, M. J., & Filho, J. V. (2006). Tratamento da Dor Aguda e Pós-operatória. In M. J. Teixeira, *Dor: Manual para o Clínico* (pp. 207-219). São Paulo: Editora Atheneu.

Vale, N. B. (2006, Setembro/Outubro). *Analgesia adjuvante e alternativa.* Retrieved Julho 31, 2009, from Scielo: scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S034-70942006000500012&Ing=en&nrm=iso&ting=pt

Vidal, M. A., Calderón, E., Martínez, E., Gonzálvez, A., & Torres, L. M. (2005, Março). Dolor en Neonatos. *Revista de la Sociedade Española del Dolor , 12(2)*, pp. 98-111.

Zaconeta, A. P. (2005). *Intervenções Não Farmacológicas e seu efeito nas Respostas Indicadoras de Dor em Bebês Prematuros submetidos a Procedimentos de Coleta de Sangue.* Goiás: Universidade Católica de Goiás.

ANEXOS

ANEXO I

Escala *Echelle de Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN)

Escala *Echelle de Douleur te d`Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN)

Indicador	Descrição
ROSTO	**0-** Rosto calmo **1-** Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/lábios contraídos/queixo franzido/queixo tremulo **2-** Caretas frequentes, acentuadas ou prolongadas **3-** Crispação permanente ou face prostrada, rígida ou face acinzentada
CORPO	**0-** Corpo descontraído **1-** Agitação transitória, geralmente calmo **2-** Agitação frequente, mas acalma-se **3-** Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade limitada, com rigidez do corpo
SONO	**0-** Adormece facilmente, sono prolongado, calmo **1-** Adormece com dificuldade **2-** Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado **3-** Não adormece
RELAÇÃO	**0-** Sorriso consolado, responde com sorriso, atento aos sons **1-** Expressão séria, passageira, quando há toque físico **2-** Contacto difícil, grita ao mínimo estímulo **3-** Rejeita o contacto, relação impossível. Gritos ou gemidos sem qualquer estímulo
CONFORTO	**0-** Sem necessidade de conforto **1-** Acalma rapidamente com carícias, ao ouvir uma voz ou com a SNN **2-** Acalma com dificuldade **3-** Inconsolável, sucção desesperada

Adaptado de: Metzger, C., Muller, A., Schwetta, M., & Walter, C. (2002). *Cuidados de enfermagem e dor: Avaliação da dor; Modalidades de tratamento; Psicologia do doente,* (pp.171). Loures: Lusociência.

ANEXO II

Escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)

Escala *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)

Indicador	Descrição
EXPRESSÃO FACIAL: **0-** Relaxada **1-** Contraída	• Face serena, expressão neutra • Musculos faciais contraídos, sobrancelhas e queixo franzidos
CHORO **0-**Ausente **1-**Rabugice **2-**Choro vigoroso	• Sereno, não chora • Rabugice intermitente • Gritos altos, agudos, ininterruptos que vão aumentando de intensidade
RESPIRAÇÃO **0-** Regular **1-** Irregular	• Padrão normal • Padrão irregular, mais rápido que o normal e que impede a respiração
BRAÇOS **0-** Relaxados **1-** Flectidos/estendidos	• Tónus relaxado, movimentos casuais e fortuitos dos braços • Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
PERNAS **0-** Relaxados **1-** Flectidos	• Tónus relaxado, movimentos casuais e fortuitos dos braços • Braços tensos, esticados e/ou extensão/flexão rígida e/ou rápida
ESTADO DE CONSCIÊNCIA **0-** Dorme/calmo **1-** Acordado**/**agitado	• A dormir, tranquila e calmamente ou acordado e sossegado • Acordado ou alerta inquiete e agitado

Adaptado de: Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da do no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa , 36(4)*, pp. 201-207

ANEXO III

Escala *Neonatal Facial Coding System* modificada (NFCS)

Escala *Neonatal Facial Coding System* modificada (NFCS)

Indicador	Descrição
FRONTE FRANZIDA: **0-** Ausente **1-** Presente	• Pregas verticais enrugadas e engrossadas na fronte e no meio das sobrancelhas, resultantes do movimento de abaixar e estreitar das sobrancelhas
OLHOS CERRADOS: **0-** Ausente **1-** Presente	• Reconhecido pelo aperto ou engrossar das pálpebras
APROFUNDAMENTO DO SULCO NASO-LABIAL: **0-** Ausente **1-** Presente	• Inicialmente verifica-se o repuxamento vertical do sulco naso-labial, seguido do seu aprofundamento
ESTIRAMENTO HORIZONTAL DA BOCA: **0-** Ausente **1-**Presente	• Qualquer separação dos lábios é avaliada como lábios abertos

Adaptado de: Silva, T. P., & Silva, L. J. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa , 23*, pp. 437-454.

ANEXO IV

Escala *Douleur Aiguë du Nouveau-Né* (DAN)

Escala ***Douleur Aiguë du Nouveau-Né*** **(DAN)**

Indicador	Pontuação
EXPRESSÃO FACIAL:	
• Calma	0
• Choraminga, alterna a abertura e o fecho suave dos olhos	1
• Estabelece a intensidade de um ou mais dos seguintes sinais: contracção das pálpebras, sobrancelhas franzidas ou sulco naso-labeal aprofundado:	
- Ligeiro, intermitente com retorno à posição relaxada	2
- Moderado	3
- Muito acentuado, permanente	4
-	
MOVIMENTO DOS MEMBROS:	
• Calmos ou movimentos suaves	0
• Estabelece a intensidade de um ou mais dos seguintes sinais: espernear, dedos dos pés em leque, membros inferiores hirtos e elevados, agitação dos braços, reacção de retirada:	
- Ligeiro, intermitente com retorno à posição relaxada	1
- Moderado	2
- Muito acentuado, permanente	3
EXPRESSÃO VOCAL DE DOR:	
• Ausência de queixa	0
• Breve gemido. No RN entubado, surge inquieto	1
• Choro intermitente. No RN entubado, mímica de choro intermitente	2
• Choro prolongado, grito constante. No RN entubado, mímica prolongada de choro	3

Adaptado de: Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da do no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa , 36(4)*, pp. 201-207

ANEXO V

Escala *Crying, Requires oxigen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness* (CRIES)

Escala *Crying, Requires oxigen, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness* (CRIES)

Indicador	**0**	**1**	**2**
Choro	ausente	Tom elevado	Inconsolável
Necessidade de O_2 para $SatO_2 > 95\%$	Não necessita	21-30%	>30%
Aumento dos sinais vitais	FC e TA ≤ pré-operatório	FC e TA ↑< 20% do pré-operatório	FC e TA ↑≥ 20% do pré-operatório
Expressão facial	Relaxada	Caretas esporádicas	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Constantemente acordado

Adaptado de: Batalha, L., Santos, L. A., & Guimarães, H. (2005). Avaliação da do no período neonatal. *Acta Pediátrica Portuguesa , 36(4)*, pp. 201-207

ANEXO VI

Escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP)

Escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP)

Indicador	**0**	**1**	**2**	**3**
Idade gestacional (em semanas)	≥36	32-35 e 6 dias	28-31 2 6 dias	<28
Observar RN 15 segundos e registar a frequência cardíaca e saturação de oxigenio				
Estado de alerta	Olhos abertos Movimentos faciais	Olhos abertos Sem mímica facial	Olhos fechados Movimentos faciais	Olhos fechados Sem mímica facial
Observar o RN 30 segundos				
Frequência cardíaca máxima	↑ 0-4 bpm	↑ 5-14 bpm	↑ 15-24 bpm	↑ ≥25 bpm
Saturação de oxigénio mínima	↓ 0-2.4 %	↓ 2.5-4.9 %	↓ 5.0-7.4 %	↓ ≥ 7,5 %
Testa franzida	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥70% do tempo)
Olhos cerrados	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥70% do tempo)
Aprofundamento do sulco naso-labial	Ausente (0 a 9% do tempo)	Mínimo (10 a 39% do tempo)	Moderado (40 a 69% do tempo)	Máximo (≥70% do tempo)

Adaptado de: Silva, T. P., & Silva, L. J. (2010). Escalas de Avaliação da Dor Utilizadas no Recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Médica Portuguesa , 23*, pp. 437-454.

ANEXO VII

Questionário

U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

XVI Mestrado em Ciências de Enfermagem

O presente questionário insere-se no desenvolvimento de um Trabalho de Investigação que decorre no XVI Mestrado de Ciências de Enfermagem e que tem como objectivo estudar *"A dor no RN numa UCI: opiniões e práticas de enfermagem"*.
A finalidade deste trabalho será contribuir para o conhecimento dos processos de avaliação da dor no RN e promover o recurso protocolado das intervenções não farmacológicas como forma de controlo/tratamento da dor. Neste sentido, solicitamos a sua colaboração para o preenchimento deste questionário, imprescindível para a realização do presente estudo. A sua participação é muito importante para conhecermos a realidade das implicações da dor no RN numa UCI. Fica assegurado o anonimato e a confidencialidade, e os dados obtidos não terão outro fim que não o presente estudo.

Gratos pela colaboração e disponibilidade.

Caso seja do seu interesse receber informação sobre os resultados finais da investigação em que participa poderá solicita-los através do e-mail: helenammmn@gmail.com. Se, assim preferir, poderá fornecer o contacto de e-mail:_____
para que a informação lhe seja enviada.

Questionário – " A dor no recém-nascido numa UCI: percepções e práticas de enfermagem"

(Preencha os espaços vazios (___) ou assinale com uma ☒ nos respectivos lugares de acordo com a sua resposta).

I- CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

1. Idade: _____
2. Género: Masculino ☐ Feminino ☐
3. Categoria Profissional
   - Enfermeiro ☐
   - Enfermeiro Graduado ☐
   - Enfermeiro Especialista ☐

     Qual a especialidade?_____

4. Experiência profissional:

<5	**De 5 a 10**	**De 11 a 15**	**De 16 a 20**	**De 21 a 25**	**De 26 a 30**	**>30**

5. Experiência em Pediatria:

<5	**De 5 a 10**	**De 11 a 15**	**De 16 a 20**	**De 21 a 25**	**De 26 a 30**	**>30**

6. Recebeu formação específica no manejo da dor no RN? Sim ☐ Não☐

6.1. Se sim, referir por ordem de prioridade 3 procedimentos que considere relevantes no controlo da dor do RN.

1._____

2._____

3._____

II- A DOR NO RECÉM-NASCIDO NUMA UCI: PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

1.Em relação à dor no RN, assinale nas frases que se seguem a sua concordância

Sim : ☒ ou discordância Não ☒:

1.1. O RN tem menor capacidade de sentir dor, do que a criança mais velha?

Sim ☐ Não ☐

1.2. O RN prematuro tem menor capacidade de sentir dor, do que o RN de termo.

Sim ☐ Não ☐

1.3. A dor no RN é passível de ser previsível?

Sim ☐ Não ☐

1.4. É fácil reconhecer e avaliar as situações dolorosas no RN?

Sim ☐ Não ☐

1.5. No RN, a administração de terapêutica analgésica é contra-indicada devido à:

- Imaturidade dos órgãos e sistemas ☐
- Imprevisibilidade dos efeitos colaterais ☐
- Outra ☐

Se respondeu outra, identifique qual ou quais? _____

_____

1.6. A resposta ao estímulo nociceptivo no período neonatal é bem conhecida pelos profissionais de saúde?

Sim ☐ Não ☐

2. No serviço onde trabalha está protocolado a avaliação da dor no RN?

Sim ☐ Não ☐

3. A avaliação do parâmetro vital dor, é realizada por:

- Prescrição médica ☐
- Prescrição de enfermagem ☐

4. Realiza a avaliação da dor no RN através de:

Parâmetros Comportamentais	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
• Expressão facial					
• Choro					
• Agitação					
• Expressão corporal					
• Tónus muscular					
• Alterações clínicas					
• Postura					
• Score de Dor					
• Estado de consciência					

Parâmetros Fisiológicos	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
• Alteração de sinais vitais					
• Parâmetros fisiológicos					
• Sono					

Escalas	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

Se utiliza Escalas, diga qual ou quais?

_____

_____

_____

5. Na sua opinião qual considera ser o melhor parâmetro para avaliar a dor no RN?

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Frequência cardíaca					
Frequência respiratória					
Pressão arterial					
Choro					
Expressão facial					
Postura					

6. Tem dificuldade em interpretar os meios de avaliação da dor no RN?

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

7. A primeira intervenção que utiliza no controlo/ tratamento da dor no RN é:

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Farmacológica					
Não farmacológica					

7.1. As intervenções farmacológicas são pouco eficazes no RN devido à imaturidade sensorial?

Sim ☐ Não ☐

8. No serviço onde trabalha estão protocoladas as intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN?

Sim ☐ Não ☐

9. A prescrição de intervenções não farmacológicas é feita por:

- Médicos ☐
- Enfermeiros ☐
- Apenas por alguns médicos e/ou alguns enfermeiros ☐

10. Quais as intervenções não farmacológicas que utiliza?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Mudança de decúbito					
Sucção não nutritiva					
Soluções Açucaradas					
Toque terapêutico					
Massagem					
NIDCAP					
Método canguru					
Musicoterapia					
Manipulação Mínima					
Uso de Ninhos					
Associação de Procedimentos					
Diminuição da Luminosidade					

11. Utiliza as intervenções não farmacológicas antes dos seguintes procedimentos passíveis de causarem dor?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Punção venosa					
Punção arterial					
Punção do calcanhar					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter de inserção periférica					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Cirurgia					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

12. Na sua opinião quais os factores que influenciam a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo/tratamento da dor no RN?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Situação Clínica do RN					
Falta de Protocolos					
Motivação					
Recursos					
Conhecimento					
Outras					

Se respondeu outras, identifique qual ou quais?

_____

_____

13. Perante os seguintes procedimentos passíveis de causarem dor, utiliza intervenções farmacológicas?

	Sempre	Quase Sempre	Às Vezes	Raramente	Nunca
Punção venosa					
Punção arterial					
Punção do calcanhar					
Inserção de sondas (gástricas, vesicais,...)					
Aspiração de secreções					
Introdução de cateter de inserção periférica					
Introdução de cateter umbilical					
Drenagem torácica					
Cirurgia					
Entubação traqueal					
Realização de penso					
Cuidados de higiene					

14. Após instituídas estratégias não farmacológicas/ farmacológicas no controlo da dor, a sua eficácia é avaliada?

	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
Farmacológica					
Não farmacológica					

15. Na sua perspectiva, as intervenções não farmacológicas devem ser usadas concomitantemente com as farmacológicas?

Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Raramente	Nunca

Justifique_____

_____

16. Na sua opinião qual é o maior obstáculo para um correcto diagnóstico de dor no RN numa UCI (Escolha uma só opção)?

- O estado pré-verbal da criança.....☐
- Ausência de indicadores específicos .....☐
- A grande variabilidade das respostas à dor.....☐
- Compreender a diferença entre dor e desconforto.....☐
- Avaliação e quantificação da dor .....☐

17. Qual pensa ser o maior obstáculo ao tratamento adequado da dor no RN numa UCI (Escolha uma só opção)?

- Decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgésico.....☐
- As diferentes interpretações pessoais do avaliador.....☐
- A inexistência de uma abordagem multidimensional na avaliação da dor.....☐
- O método escolhido para avaliação da dor no RN.....☐

FIM

Obrigado pela sua colaboração!

ANEXO VIII

Autorização do Centro Hospitalar do Porto E.P.E para realização da investigação