



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Maria Thaís de Andrade Calasans

**A DOR DO RECÉM-NASCIDO NO COTIDIANO DA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**SALVADOR
2006**

Maria Thaís de Andrade Calasans

**A DOR DO RECÉM-NASCIDO NO COTIDIANO DA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração O Cuidar em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dra. Climene Laura de Camargo

**SALVADOR
2006**

C142 Calasans, Maria Thaís de Andrade,
A dor do recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia
Intensiva Neonatal / Maria Thaís de Andrade Calasans. _
Salvador, 2006.
74 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo.
Dissertação (Mestrado) – Pós-Graduação em Enfermagem.
Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia, 2006.

1. Enfermagem neonatal 2. Dor – Recém-nascido
3. Tratamento intensivo neonatal I. título

CDU 616.8-009.7-053.31(043)

Maria Thaís de Andrade Calasans

**A DOR DO RECÉM-NASCIDO NO COTIDIANO DA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestre, área de concentração O Cuidar em Enfermagem

Aprovada em 20/02/2006.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Climene Laura de Camargo: _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof^o Durval Campos Kraychette: _____
Doutor em Medicina e Professor da Universidade Federal da Bahia

Prof^o Álvaro Pereira: _____
Doutor em Enfermagem e Professor da Universidade Federal da Bahia

Prof^a Marinalva Dias Quirino: _____
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

A

Cláudio, Marcelo e Marina, fontes constantes de estímulo, incentivo e amor...
razão de tudo ser.

Meus pais, Edmundo (*In memoriam*) e Lygia, por um dia terem acreditado em
meu sonho.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- A Deus, força maior;
- A Prof^a Dr^a Climene Camargo, pela sábia orientação, pelos preciosos ensinamentos, respeito e amizade;
- Ao amigo Dr^o Durval Kraychete, por me enveredar nos estudos da dor;
- As minhas mães, Lygia Andrade e Lívia Bombinho, pelo exemplo de dedicação, pelo incentivo, mimos e carinhos;
- Ao Prof^o Dr^o Álvaro Pereira, por me ajudar na descoberta dos ensinamentos de Michel Maffesoli, através de livros, artigos e, principalmente, através de conversas tão especiais;
- A Prof^a Dr^a Rosane Nitschke, por sua disponibilidade e atenção, mesmo sem me conhecer pessoalmente;
- A Prof^a Dr^a Marinalva Quirino pelas valiosas contribuições;
- A amiga Camila Valente pelo companheirismo e por toda a sua dedicação;
- Ao meu irmão, Carlos Eduardo, e minha cunhada, Marcela, pela torcida constante;
- A Ana Firmino, por colaborar nos cuidados com os meus filhos, tornando possível meus tantos momentos de ausência em casa;
- A Jucimara Circuncizão e Jacira Brasileiro, pela demonstração de amizade, pela solidariedade nos momentos difíceis e incentivo constante;
- A Equipe da Neonatologia do Hospital Aliança, pela amizade e oportunidade de trabalhar com pessoas que realizam um trabalho sério e competente;
- Aos hospitais que serviram de campo de pesquisa desse trabalho, por terem me aberto suas portas e me acolhido com tanto carinho;

- Aos profissionais que participaram da pesquisa, meu muito obrigado;
- As colegas do mestrado: Juliana Amaral, Simone Carvalho, Evanilda Carvalho Ana Paula Castro, Juliana Freitas e Eliana Figueiredo pela amizade, pelo compartilhar dos momentos de aprendizagem e de descontração, tornando o mestrado mais prazeroso;
- A profª Drª Maria do Rosário Menezes, pelos seus preciosos ensinamentos e por estar sempre com a porta da sua sala aberta para me receber;
- A Profª Cristina Melo, pelo exemplo de competência;
- À Profª Terezinha Gonzaga, por ter me apresentado à Pediatria;
- A Profª Drª Enêde Cruz, por ter contribuído nessa caminhada;
- Aos colegas do curso de enfermagem da FTC, pela amizade e compreensão;
- Aos colegas do Ambulatório de Dor do Hospital das Clínicas, em especial a Martha Castro, Maria Rita Sancho, Mônica Angelim e a minha super-equipe de estagiárias, Camila, Michele, Ana Lúcia, Adriana e Aline, que ajudaram a não deixar o serviço parar durante a construção desse trabalho;
- Aos professores da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFBA, por terem contribuído na minha formação;
- As funcionárias da secretaria da Pós-Graduação: Alzira, Edivaldina e Ana Cláudia, pela paciência e carinho nas suas informações;
- Aos meus sogros, Roberto e Maria Calasans pelos laços de carinho;
- Aos amigos Kite e Paulo Serrano, Simone e José Alves, Carla e Leslie Scott, por terem compreendido tantos momentos de ausência e terem proporcionado diversos momentos de lazer aos meus filhos, nesses 2 anos de intenso estudo.

“Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. Querer é o atributo e o ato do ser. Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser”.

José Ricardo Ayres, 2001

RESUMO

A dor é considerada uma experiência subjetiva e pessoal. O recém-nascido é o paciente mais vulnerável a dor, por não ter habilidade para se proteger ou manifestar verbalmente sua insatisfação frente a uma situação dolorosa. Os profissionais que trabalham na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal devem estar atentos às alterações comportamentais e fisiológicas que costumam acompanhar o episódio doloroso, além de saber utilizar instrumentos de avaliação e mensuração da dor nessa faixa etária. Este estudo tomou como objeto o significado atribuído pela equipe de saúde à dor do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, tendo como objetivo geral, compreender o significado da dor do RN para os profissionais de saúde nas UTI neonatais de Salvador; e como objetivos específicos, identificar a concepção da dor do recém-nascido para enfermeiras e médicos; observar o comportamento das enfermeiras e médicos frente à dor do recém-nascido e descrever os registros das enfermeiras e médicos sobre a assistência prestada frente à dor do recém-nascido. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, fundamentado na Teoria do Cotidiano de Michel Maffesoli, desenvolvido em duas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal de Salvador. Os sujeitos foram 14 enfermeiras e 12 médicos que atuavam nas unidades estudadas. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada, observação livre não-participante e coleta de dados em prontuários. Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados através da técnica de análise de conteúdo e triangulados com aqueles coletados em prontuários e nos registros de notas de campo das observações livres. Foram levantadas 7 categorias: sentimentos ao cuidar de um recém-nascido com dor; interferência da relação afetiva no cuidado prestado ao RN com dor; identificando a dor do recém-nascido; intervindo frente à dor do recém-nascido; sinalizando para equipe interdisciplinar sobre a dor do RN; registrando sobre a dor do recém-nascido; e significando a dor do recém-nascido. Foram encontrados sentimentos ambíguos ao cuidar do recém-nascido com dor: sentimentos agradáveis, como o alívio e a realização; e, desagradáveis, esses relacionados à dificuldade e impotência em tratar a dor. Os entrevistados, na sua maioria, acreditam que o relacionamento afetivo interfere no cuidado prestado. Verbalizam identificar a dor do recém-nascido através de parâmetros comportamentais e fisiológicos, nem sempre realizando a identificação na sua prática diária. Quando reconhecem a dor, costumam tratá-la através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Os enfermeiros sinalizam a identificação da dor para o médico, solicitando uma intervenção, enquanto os médicos relatam a sinalização partindo da enfermagem, sem, entretanto, não considerar a equipe interdisciplinar. Nos 18 prontuários analisados, foi constatado que o registro do processo algico é deficiente, sem relato da avaliação da dor e dos efeitos obtidos com o tratamento. Os profissionais parecem ter dificuldade em significar a dor do recém-nascido, associando esse significado ao conhecimento técnico-científico. Conclui-se que os profissionais de saúde ainda têm dificuldades no manejo adequado da dor e que o significado atribuído por eles à dor na fase neonatal, interfere na sua prevenção, avaliação e tratamento.

Palavras-chave: Dor, Recém-nascido, Cotidiano.

ABSTRACT

Pain is considered a subjective and personal experience. Newborn is the most vulnerable patient to pain because of their incapability to protect themselves from the pain or verbally express their dissatisfaction. Neonatal Intensive Care professionals must be aware to behavioral and physiologic changes that use to happen during pain and also know how to use pain evaluation and quantification instruments at this age. This study had as object the meaning conferred by the health team to newborn pain at Neonatal Intensive Care Unit, having as general aim the understanding of the meaning of NB pain to the Neonatal ICU health professionals from Salvador, and its specific aims was to identify newborn pain conception to doctors and nurses; observe doctors and nurses behavior when facing newborn pain; and describe doctors and nurses registers about the newborn pain care. This is a qualitative, descriptive and exploratory study based on Michel Maffesoli Daily teaching, developed at two Neonatal Intensive Care Units from Salvador. Subjects were 14 nurses and 12 doctors that worked there. Data were collected through half-structured interview, free non-participative observation and data collection at handbooks. Data obtained from the interviews were analyzed through content technique and associated with those collected at handbooks and notes from the free observation. It was comprised 7 categories: feelings during painful newborn care; interference of the affective relationship on painful NB care; identifying newborn pain; intervening at newborn pain; warning interdisciplinary team about NB pain; registering newborn pain; and giving meaning to newborn pain. It was found ambiguous feelings when taking care to a newborn with pain: pleasant feelings as relief and realization; and unpleasant related to the difficulty and powerlessness at treating pain. Interviewees, as its majority, believe affective relationship interferes at given care. They admit to identify newborn pain through behavioral and physiologic parameters although not always do that in daily practice. When they recognize pain, usually treat it with pharmacological and non-pharmacological measures. Nurses warn pain to the doctors in order to ask for an intervention, but doctors say warnings come from nurses, without however, consider interdisciplinary team. At 18 analyzed handbooks, it was noticed that pain register is unsatisfactory, with no pain evaluation account or obtained effects from the treatment. Professionals apparently have difficulty to give a meaning to newborn pain, associating it to technical-scientific knowledge. It is concluded that health professionals still have difficulty on satisfactory pain management and the meaning conferred by them to the newborn pain interferes on its prevention, evaluation and treatment.

Keywords: Pain, Newborn, Daily.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 CUIDANDO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO	14
2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR NO RECÉM-NASCIDO	18
2.2 A AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO	20
2.3 O TRATAMENTO DA DOR DO NEONATO	23
2.4 O COTIDIANO E O CUIDAR DA DOR DO RECÉM-NASCIDO	28
3 METODOLOGIA	31
3.1 O CENÁRIO	31
3.2 OS SUJEITOS	32
3.3 COLETA DE DADOS	33
3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	34
3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	38
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS	38
4.2 SENTIMENTOS EXPRESSOS AO CUIDAR DE UM RECÉM-NASCIDO COM DOR	39
4.3 INTERFERÊNCIA DA RELAÇÃO AFETIVA NO CUIDADO PRESTADO AO RN COM DOR	43
4.4 IDENTIFICANDO A DOR DO RECÉM-NASCIDO	47
4.5 INTERVINDO FRENTE À DOR DO RECÉM-NASCIDO	51

4.6 COMUNICANDO SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO	59
4.7 REGISTRANDO SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO	63
4.8 SIGNIFICANDO A DOR DO RECÉM-NASCIDO	65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	76
APÊNDICES	81
ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

A dor é definida pela Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP,1986) como “experiência sensitiva emocional desagradável relacionada à lesão tecidual ou descrita em tais termos”. É considerada, então, uma experiência individual e subjetiva e, em decorrência dessa subjetividade e da inabilidade do recém-nascido em relatar verbalmente a sua dor, o profissional de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal deve estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que costumam acompanhar o episódio doloroso, além de saber utilizar instrumentos de avaliação e mensuração da dor nessa faixa etária.

Em UTI neonatal, recém-nascidos (RN) prematuros ou gravemente enfermos passam por diversas situações de estresse, desconforto e dor. Porter (1989) afirma que esses bebês podem chegar a 132 manipulações por dia, incluindo cuidados básicos a procedimentos complexos. Para Barker e Rutter (1995, p.47), a maioria dos procedimentos ocorre em prematuros de menor idade gestacional e na primeira semana de vida, sofrendo uma média de 53 a 63 procedimentos invasivos por cada bebê e por internamento, chegando a um extremo de 488 procedimentos em um neonato de 23 semanas e 560g de peso. Durante o período em que permanecem internados, os prematuros sofrem de 2 a 10 procedimentos invasivos por dia (MARSHAL, 1989). Desse modo, com o grande número de recém-nascidos que são submetidos a procedimentos dolorosos durante seu internamento, é relevante que haja uma uniformidade na avaliação da dor.

A resolução nº 41 do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), que aprovou na íntegra o texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria, relativo aos direitos da criança e do adolescente

hospitalizados, em seu artigo 7º, reforça o direito da criança de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la (BRASIL, 1995).

A partir da minha vivência profissional em UTI neonatal, observei que a avaliação da dor no recém-nascido (RN), prematuros ou nascidos a termo, tem sido feita de forma pessoal, através da observação individual de cada profissional, utilizando critérios particulares, sem padronização, o que vem a dificultar o tratamento adequado.

Apesar dos avanços no conhecimento da dor no recém-nascido, além dos avanços terapêuticos, os profissionais ainda têm dificuldades em reconhecê-la e, conseqüentemente, tratá-las, na maioria dos serviços de Neonatologia. Assim, o interesse pelo tema estudado surgiu, inicialmente, a partir da observação dos recém-nascidos internados na UTI neonatal que sofrem inúmeros procedimentos dolorosos.

Em uma pesquisa realizada em três Serviços de Neonatologia de Salvador, sendo duas da rede privada e uma da rede pública, foram questionados trinta e cinco enfermeiros, vinte e nove médicos e dezessete fisioterapeutas sobre a avaliação e tratamento da dor do recém-nascido (CALASANS & KRAYCHETTE, 2005). Encontramos que eles, apesar de acreditarem na dor do RN, não sabiam como avaliá-la e tão pouco como tratá-la. Todos acreditavam que o recém-nascido sentia dor, apesar de apenas 4,9% relatarem a existência de um protocolo nos serviços em que trabalhavam. As escalas de avaliação não eram utilizadas por falta de conhecimento dos profissionais ou pela indisponibilidade das mesmas nos serviços. Nesse sentido, parece haver uma pouca valorização dessa dor e pouco entendimento do processo doloroso em pacientes tão pequenos, sendo a avaliação baseada em crenças individuais.

Dessa maneira, o objeto desse estudo é **o significado atribuído por enfermeiras e médicos à dor do recém-nascido internado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal**. Para tanto, os seguintes objetivos foram traçados:

- Objetivo geral: Compreender o significado da dor do RN para enfermeiros e médicos das UTI neonatais de Salvador.
- Objetivos específicos:
 - Identificar a concepção da dor do recém-nascido para enfermeiras e médicos;
 - Observar o comportamento¹ das enfermeiras e médicos frente à dor do recém-nascido;
 - Descrever os registros das enfermeiras e médicos sobre a assistência prestada frente à dor do recém-nascido.

¹ Comportamento: conjunto de atitudes e reações do indivíduo em face do meio social; conduta. (FERREIRA, 1999, p.514).

2 CUIDANDO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

A palavra “cuidado” vem do latim *cogitatu* e significa “zelo, atenção, precaução” (FERREIRA, 1999, p.589). Segundo Boff (1999, p.11), o cuidado é a essência do ser humano. É algo imprescindível em que a pessoa passa a centrar-se no outro, além de ser uma prática histórica, até milenar. A prática do cuidar garante a continuidade da vida. Para Collière (1999, p.235), cuidar representa um conjunto de atividades que visa manter, sustentar e dar continuidade à vida. Sendo assim, cuidar é ajudar a viver.

A fase neonatal, entre as diferentes etapas de vida do ser humano, é aquela em que o indivíduo quer doente ou não, exige um cuidado integral do seu cuidador. Aos bebês normais, cabe a mãe prestar esse cuidado e na maioria das vezes de forma instintiva. À mulher-mãe, símbolo da fecundidade, compete todos os cuidados realizados, visando o crescimento e o desenvolvimento da criança (COLLIÈRE, 1999, p.33). Na ausência da figura materna, uma outra pessoa se responsabilizará pelo cuidado. Tratando-se de um recém-nascido internado na UTI neonatal, o cuidado vem a ser exercido pela equipe de saúde.

Nas UTI neonatais, a equipe de enfermagem é provedora da maioria dos cuidados prestados ao RN. Silva (2005, p.37) diferencia três tipos de cuidado intensivo em Neonatologia. O “cuidado de rotina” é aquele prestado conforme um planejamento prévio, não se levando em conta a individualidade do bebê, ou seja, são tarefas que necessitam serem cumpridas. Esse cuidado, segundo o autor, é o mais utilizado. Em algumas poucas UTI neonatais utiliza-se o que ele chama “cuidado benigno”, onde os cuidados são realizados com alguma atenção para não causar danos ou desconforto, mas do ponto de vista do cuidador. Existe, entretanto,

o “cuidado contingente”, usado muito pouco nas UTI neonatais, mas de grande importância para o bem-estar dos neonatos. São aqueles em que, antes de serem realizados, há uma observação prévia, avaliando se aquele é o momento adequado para acontecer, além de ser analisado a sua real necessidade. Para que o cuidado contingente aconteça, o cuidador deve estar apto para perceber as pistas que o bebê dá para tal, como o padrão cardíaco e respiratório, o estado de alerta, a movimentação, a postura e o olhar. Quando o cuidado prestado está sendo desagradável ou inapropriado, o neonato dá sinais de estresse ou retraimento, demonstrando que não está satisfeito. Sendo assim, o cuidador precisa estar atento a esses sinais, percebendo o neonato não sob a sua própria ótica; e sim, flexibilizando as rotinas, adequando-as às necessidades de cada RN.

Os recém-nascidos que estão internados em UTI neonatais sofrem diversos procedimentos dolorosos diariamente. MacCaffery (1983 *apud* SOFAER, 1994, p. 19) simplifica a definição da IASP quando afirma que “a dor é que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir”. Considerando essa definição e muitas outras que são encontradas na literatura, poderíamos então acreditar que o recém-nascido não sente dor, já que não é capaz de dizer. Porém, aqueles que trabalham em neonatologia percebem que o neonato tem uma linguagem própria, anunciando que algo não vai bem. Em decorrência da subjetividade da dor e da inabilidade do recém-nascido em relatá-la verbalmente, os enfermeiros das unidades neonatais devem estar atentos a essa linguagem tão peculiar, expressa através de alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham o episódio doloroso, promovendo, assim, o cuidado.

O cuidado, objeto de trabalho da enfermagem, é exercido na Neonatologia de forma intensa, já que os neonatos possuem total dependência do cuidador. Sem o

cuidado de enfermagem e da família, a vida deste está ameaçada. Collière (1999) corrobora esse pensamento ao afirmar que a curva dos cuidados necessários a um indivíduo é inversamente proporcional à curva da idade, ou seja, na fase neonatal a presença do cuidador é indispensável. Essa dependência vai atenuando com o crescimento e desenvolvimento do indivíduo, passando pela infância até chegar a idade adulta, quando essa dependência do cuidador é diminuída, exceto frente a situações especiais, como no caso de morbididades. Contudo, essa vinculação ao cuidador retorna, muitas vezes de forma intensa, na fase geriátrica.

Roach (1993 *apud* WALDOW, 2004, p.27) acredita que o ser humano estabelece comportamentos específicos no ato de cuidar, representados pelos “cinco C”: compaixão, competência, confiança, consciência e comprometimento. Podemos fazer uma associação entre esses atributos e o cuidar do neonato com dor. A compaixão seria a solidariedade com a dor do recém-nascido o que impulsionaria a uma tomada de atitude, um cuidado de qualidade. A competência seria o conhecimento necessário para identificar a dor e prestar o cuidado. Cabe ao profissional adquirir conhecimentos sobre a dor para proporcionar o cuidado específico, com responsabilidade. Confiança seria a qualidade da relação desenvolvida entre o cuidador e o recém-nascido. Com uma relação melhor estabelecida, torna-se mais fácil compreender a linguagem da dor, muito significativa nessa faixa-etária. Consciência estaria relacionada à ética, ter consciência da necessidade moral de atender prontamente à situação de dor, evitando o sofrimento maior. Waldow (1998, p.70) aponta que a ética na enfermagem está associada à presença do cuidado. Sendo assim, não tratar a dor do recém-nascido é uma atitude antiética. O comprometimento estaria expresso na atitude tomada frente ao processo alérgico: a união da obrigação e do desejo de agir. Portanto, frente à dor em

neonatologia, o cuidador, especificamente o enfermeiro, deve compreendê-la, adquirir conhecimentos para identificá-la e tratá-la, estabelecer uma relação com o neonato, ter consciência da necessidade ética do cuidado e promover esse cuidado com comprometimento, sem necessariamente estabelecer essa ordem.

Klaus e Kennell (1993) ao falar sobre a relação de apego, afirmam que ela vai além da relação recíproca entre adulto e bebê, mas envolve relações de preocupação, afeição, ligação que vão fazer com que o adulto se torne comprometido com o bebê sob seus cuidados. Dessa forma, cuidar também é promover o desenvolvimento do apego, promover o vínculo, a qualidade do cuidado. Para Bifulco (2005, p.114), o cuidado só acontece quando a existência de um tem importância para o outro, ou ainda, o cuidado é um compromisso que se assume com o outro e consigo mesmo.

O cuidar em neonatologia visa o bem estar dos recém-nascidos, o que implica desenvolver uma reflexão acerca de todas as formas de relacionamento entre os bebês e seus cuidadores, incluindo a família. O cuidado deve ser promovido de uma forma individualizada, em um ambiente adequado, estimulando o neonato a desenvolver competências para a sua sobrevivência (SILVA, 2005, p.38). Ele necessita de um cuidado diferenciado, realizado por um cuidador mais íntimo e presente. Para tanto, o enfermeiro deve reconhecer a importância da participação da família nesse cuidado. Cabe a este profissional promover e permitir a inserção da família no processo do cuidar.

A família do RN internado na UTI neonatal vivencia um cotidiano complexo e diferente do que vivenciaria em casa; um ambiente com equipamentos de alta tecnologia, com pessoas desconhecidas e que muitos consideram assustador. Além disso, suas relações são minimizadas devido à própria rotina do serviço que impede

a permanência em tempo integral dos pais ao lado do filho. Os pais expressam diversos sentimentos durante o período de internamento que pode variar da culpa à preocupação, passando pelo medo, ira e ansiedade, que podem ser agravados, por exemplo, ao presenciarem um procedimento doloroso (KLAUS & KENNEL, 1993).

Pimenta (2000, p.58) aconselha que a família seja educada sobre o plano terapêutico para a dor. Quando os pais estão inseridos no processo de cuidar na UTI neonatal, eles sentem-se mais seguros, mais participativos e conseguem perceber e sinalizar para a equipe um sinal de dor que o bebê esteja manifestando. Nessa perspectiva, é importante que a enfermeira cuide não apenas do recém-nascido, mas também da sua família.

2.1 FISIOPATOLOGIA DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Nos últimos 20 anos, as pesquisas em dor na fase neonatal tem tido um grande progresso. Esse fato está associado ao interesse e compreensão crescente sobre os mecanismos neurobiológicos que estão envolvidos na sensação dolorosa e no desenvolvimento do sistema nervoso na fase perinatal (GUINSBURG, 2005, p.614). Por muito tempo, acreditava-se que os neonatos não sentiam dor da mesma forma que os adultos ou crianças maiores, por terem ainda o seu sistema nervoso pouco desenvolvido.

As vias neurais da dor iniciam-se nos receptores sensitivos da pele até as áreas sensoriais do córtex cerebral. Anand et al. (1987, p.1322), em seus estudos, constataram que as percepções sensoriais e cutâneo-mucosas estão presentes, de forma completa, a partir da 24^a semana de gestação. Barbosa et al. (2000, p.27) e Mitchell et al. (2000, p.59) complementam a idéia dos autores ao afirmarem que os

receptores sensitivos cutâneos aparecem na região perioral do feto na 7ª semana, espalhando-se pela face na 11ª semana gestacional. Na 15ª semana, já estão localizados também em tronco, parte de membros superiores e inferiores. Na 20ª semana já estão ocupando toda a superfície corporal. Apenas na 28ª semana, segundo Payne et al. (1991), os receptores estão amadurecidos.

O desenvolvimento do córtex cerebral inicia-se precocemente, por volta da 8ª semana gestacional e as fibras talâmicas corticais já estão completamente mielinizadas na 37ª semana.

A deficiência da mielinização, por muito tempo, foi utilizada como justificativa para a crença de que a dor não era percebida pelo recém-nascido. Contudo, sabe-se que as fibras polimodais-C são fibras não-mielinizadas e essas, juntamente com as fibras A-delta, mielinizadas, são responsáveis pela transmissão dos impulsos nociceptivos. Assim, a mielinização incompleta acarreta uma lentidão maior do sistema de condução, o que é compensada pela pequena distância interneural e neuromuscular percorrida pelo impulso nervoso (ANAND et al., 1987).

Associados à transmissão da dor, além das terminações nervosas livres, estão os neurotransmissores. Estes, na sua maioria, já estão presentes na vida fetal, porém em baixas concentrações, que aumentam com a evolução da idade gestacional, tendo seu pico na fase neonatal. Neurotransmissores, como o glutamato e a substância P, localizam-se nas terminações das fibras C do corno posterior da medula espinhal, sendo responsáveis por ativar os receptores n-metil-daspartato (NMDA). Guinsburg (2005, p.617) levanta a possibilidade de que, no feto, haja uma maior concentração de receptores NMDA em relação a outras faixas etárias, provavelmente porque esses receptores desempenham um papel importante nas conexões nervosas do cérebro em desenvolvimento. Porém, essa alta concentração

torna o feto e o recém-nascido prematuro mais vulneráveis a uma amplificação do estímulo doloroso.

Os mecanismos modulatórios do sistema de transmissão da dor amadurecem mais tardiamente que o excitatório. Sendo assim, o recém-nascido a termo ou prematuro responde à dor, porém não têm capacidade de realizar sua inibição e modulação (Anand et al., 1987), proporcionando, então, uma percepção, na maioria das vezes, generalizada e exagerada da dor. O sistema inibitório é imaturo, o que faz com que haja produção de grandes campos receptivos e prolonga as respostas de dor no período neonatal.

Posteriormente, haverá o desenvolvimento das vias de condução da dor e o amadurecimento das vias descendentes inibitórias, havendo um maior controle do mecanismo álgico. Estímulos álgicos na fase neonatal podem causar respostas desorganizadas e de hipersensibilidade, e irão modificar a arquitetura final do sistema neurofisiológico da transmissão dolorosa. Portanto, é de grande importância que os profissionais de saúde conheçam os mecanismos fisiopatológicos que envolvem o processo doloroso nessa fase da vida, a fim de se conscientizarem da importância da sua avaliação e tratamento.

2.2 A AVALIAÇÃO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

O avanço do conhecimento em neonatologia vem proporcionando uma maior taxa de sobrevivência e melhor assistência aos recém-nascidos de risco, que hoje estão ocupando os leitos das unidades de terapia intensiva neonatais. A sobrevivência desses recém-nascidos está diretamente relacionada ao progresso tecnológico, farmacológico e ao desenvolvimento profissional. A permanência do recém-nascido

na UTI neonatal, contudo, envolve a necessidade de vários procedimentos terapêuticos dolorosos. A dor e o estresse, que ocorrem continuamente em unidade neonatal, potencializam a instabilidade clínica do recém-nascido em cuidados intensivos. Ainda assim, é notório que os analgésicos e sedativos são muito pouco prescritos (ANAND, 1998).

A avaliação da dor em recém-nascidos é dificultada pela inabilidade que o RN tem em verbalizá-la. Os recém-nascidos, entretanto, possuem uma linguagem própria para a dor, que envolvem parâmetros físicos e comportamentais que se modificam diante de um processo doloroso. Assim, cabe ao profissional de saúde, envolvido no cuidado neonatal, saber decodificar essa linguagem peculiar.

Vários instrumentos são descritos na literatura para a avaliação da dor no recém-nascido, baseados em alterações fisiológicas e comportamentais. Na prática clínica é observado o aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, aumento da pressão arterial sistólica, queda da saturação de oxigênio e alterações hormonais. Esses parâmetros fisiológicos não são específicos para a dor, mas podem ser observados após um estímulo doloroso ou desagradável.

A avaliação comportamental do neonato costuma ser feita através da observação da expressão facial, da movimentação corporal, do choro, das alterações do sono e, até mesmo, das alterações na relação mãe-filho.

Nesse sentido, as alterações da mímica facial como fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do recém-nascido (GUINSBURG, 2000).

Larsson (1999), afirma que as respostas comportamentais à dor são mais consistentes e específicas do que medidas fisiológicas.

Diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez de tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades: uma movimentação corporal como resposta. Esses movimentos, contudo, não aparecem exclusivamente como uma expressão de dor, podendo ser encontrados em estímulos apenas desagradáveis.

Mudanças comportamentais também podem estar presentes após um estímulo doloroso no neonato. Foram constatadas mudanças em relação ao contato visual, ao toque, a dinâmica alimentar e a relação mãe-filho em geral (CARVALHO, 1995). Outros autores descreveram irritabilidade, letargia, distúrbios do padrão do sono e inquietação como modificações a serem registradas (WHALLEY & WONG, 1999).

Algumas escalas já validadas podem ser utilizadas para a avaliação da dor do neonato. A Escala de Avaliação de Dor (NIPS) é composta por indicadores comportamentais, mas também inclui um padrão fisiológico, a respiração (ANEXO A). É útil na avaliação da dor em neonatos de qualquer idade gestacional e pode ser utilizada por toda a equipe pela sua simplicidade e fácil aplicabilidade.

O Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS) é uma escala baseada unicamente na avaliação da expressão facial do neonato e é adequada àqueles nascidos a termo e também prematuros (ANEXO B). Alguns autores referem o uso apenas por profissionais médicos, porém uma enfermeira capacitada poderá fazer a sua utilização.

O Perfil da Dor do Prematuro (PIPP) pode ser utilizada em qualquer idade gestacional (ANEXO C). Utilizado para avaliar a dor aguda, diferencia estímulos dolorosos e não dolorosos, valoriza o prematuro e leva em conta que este pode expressar menos dor.

Os parâmetros mencionados são respostas à dor aguda. Quanto à dor persistente, o neonato pode apresentar reações diferentes daquelas citadas; há passividade, poucos movimentos corporais, face sem expressão, decréscimo da frequência cardíaca, variabilidade respiratória, além de um decréscimo do consumo de oxigênio (BARBOSA, 2000).

2.3 O TRATAMENTO DA DOR DO NEONATO

A abordagem ao recém-nascido em situação de dor tem sido realizada através de intervenções farmacológicas e não farmacológicas e devem ser utilizadas simultaneamente.

As intervenções não farmacológicas objetivam, principalmente, prevenir a intensificação de um processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação, ou seja, minimizar as repercussões da dor. Podem ser utilizadas individualmente nas dores de leve intensidade, porém deverão ser acrescidas de intervenções farmacológicas, frente à dor moderada ou severa (TAMEZ & SILVA, 1999, p.47). O tratamento não farmacológico é simples e qualquer profissional de saúde capacitado na área de neonatologia é capaz de fazê-lo.

O ambiente pode ser adaptado para diminuir estímulos nocivos ao recém-nascido. Preconiza-se reduzir a luminosidade e o barulho, tão comuns nas unidades neonatais. A equipe pode ser orientada a promover o silêncio, evitando conversas desnecessárias e diminuindo os alarmes sonoros dos monitores. Deve-se, também, concentrar as atividades com o neonato, observando a sua tolerância, de modo a permitir períodos mais prolongados de sono, o que favorecerá a prevenção e o controle da dor.

A contenção do recém-nascido em um ninho (útero) improvisado para promover a sua organização comportamental pode ser utilizada, além do emprego de coxim, rodilhas e cobertas para mantê-lo aconchegado. A contenção pode ser útil durante a realização de procedimentos dolorosos promovendo uma recuperação mais rápida das alterações cardíacas e respiratórias, melhora da saturação de oxigênio e redução do estresse (MITCHELL et al, 2000).

O toque e o contato físico também acalmam, pela liberação de opióides endógenos. A estimulação sensorial poderá ser útil como, por exemplo, o uso da música, a fala suave, as massagens e o estímulo visual.

O emprego da sucção não nutritiva através da chupeta em unidades neonatais está indicado nos procedimentos dolorosos, pois inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica e emocional do neonato, diminuindo a duração do choro, acalmando-o mais rapidamente, além de reduzir as frequências cardíaca e respiratória (PINELLI, SYMINGTON & CILISKA, 2002). Deve ser ressaltado, porém, que alguns hospitais não utilizam a chupeta por associar o seu uso a um possível insucesso na amamentação.

Diversos autores como Guinsburg (1999), Carbajal et al. (2002), Guala et al. (2001) e Stevens, Yamada e Ohlsson (2001) aconselham o uso de glicose por via oral no momento da realização de coleta sanguínea, da injeção subcutânea ou da imunização. Isso pode atenuar a expressão facial de dor e diminuir o tempo de choro, porque a ação da glicose nas papilas gustativas provoca a liberação de opióides endógenos. Sendo assim, é importante que o seu uso seja feito por via oral, sendo ineficiente por gavagem. Novos estudos, porém, ainda são necessários para que sua eficácia seja comprovada e para que sejam estabelecidas doses e concentrações ideais para sua administração.

A utilização de agentes farmacológicos deve ser considerada em todos aqueles recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas e em recém-nascidos submetidos a procedimentos invasivos dolorosos, cirúrgicos ou não. São prescritos pela equipe médica, mas deve ser discutido com toda a equipe de cuidadores. Dentre os fármacos utilizados para a dor na fase neonatal, temos os analgésicos não opióides e os opióides.

Os analgésicos não opióides são indicados para tratar a dor de leve a moderada intensidade. O acetaminofeno (paracetamol) na dose de 10 a 15 mg/kg é a droga mais segura para uso no período neonatal, em intervalos de 6 horas. O início de ação é lento, cerca de 1 hora após a administração, sendo contra-indicado em portadores de deficiência de Glicose-6-Phosfato-Desidrogenase (G6PD) (GUINSBURG, 1999). A dipirona e os antiinflamatórios não esteróides não são aconselhados, já que não existem estudos que respaldem o emprego clínico dessas substâncias nessa faixa etária (CARVALHO, 1995).

Os analgésicos opióides mais utilizados na fase neonatal são a morfina e o fentanil. Devem ser administrados com bastante cuidado e atenção, preferencialmente pela enfermeira, devido aos seus efeitos colaterais.

A morfina pode ser aplicada de forma contínua ou intermitente. Quando intermitente, em intervalos de 4 horas na dose de 0,05 a 0,20 mg/kg/dose, por via endovenosa em 10 minutos, preferencialmente, ou subcutânea, quando não há condições de administração pela via preferencial. A ação da morfina é imediata, ocorrendo o seu pico de ação em 20 minutos, com duração de 4 horas. A escolha da infusão contínua por bomba de infusão deve ser feita quando se deseja manter um nível terapêutico por períodos prolongados (GUINSBURG, 2002; TAKEMOTO et al, 2000).

O fentanil é um opióide sintético e é considerado 10 vezes mais potente que a morfina, porém possui duração de efeito menor. Pode ser empregado na dose de 1 a 4 µg/Kg/dose a cada 2-4 horas, por via endovenosa. A administração contínua é a mais utilizada na fase neonatal devido à estabilidade dos níveis terapêuticos séricos da droga, devendo também ser administrada sob bomba de infusão (GUINSBURG,2002).

Os principais efeitos adversos à administração dos opióides são: náuseas, vômitos, íleo intestinal, sonolência, retenção urinária e depressão respiratória, o que pode ocasionar a necessidade de ventilação mecânica, além de rigidez torácica, principalmente quando o fentanil é utilizado (MITCHELL et al., 2000; GUINSBURG, 1999; TAKETOMO et al., 2000). A depressão respiratória pode ocorrer devido à diminuição da sensibilidade do centro respiratório, à hipercapnia e à hipóxia, levando à diminuição do volume corrente e, conseqüentemente, à apnéia.

Os pacientes em uso de opióides devem estar sob monitorização cardio-respiratória, sob vigilância contínua da enfermeira e toda a sua equipe. A tolerância, necessidade de aumento progressivo das doses de opióides para que se consiga o mesmo efeito analgésico, geralmente ocorre em cerca de três semanas, quando usados de forma intermitente, ou em aproximadamente uma semana, quando utilizado de forma contínua (GUINSBURG,2002)

O fentanil tem a inconveniência do aparecimento rápido do fenômeno de tolerância. A dependência física ocorre pelo uso continuado da droga, acima de uma semana. A presença da dependência física implica no aparecimento dos sinais de síndrome de abstinência (irritabilidade, hipertermia, tremores e até convulsão), quando há a interrupção repentina da medicação (GUINSBURG, 2000). Esses efeitos, contudo, podem ser minimizados com a diminuição gradativa e criteriosa da

dose diária, respeitando as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas para o período neonatal. O naloxona é um antagonista da morfina e do fentanil e pode ser usado quando se deseja minimizar ou reverter os efeitos dessas drogas, porém é contra indicado quando o neonato está recebendo a morfina por mais de 5-7 dias ou o fentanil por mais de 3-5 dias, pois sua administração pode desencadear a síndrome de abstinência (GUINSBURG, 2000).

O uso de anestésicos tópicos pode ser de grande ajuda na minimização da dor nas UTI neonatais, principalmente para punções venosas e coletas sanguíneas, porém ainda vem sendo bastante debatido. Dentre os anestésicos disponíveis no mercado, a mistura procaína e lidocaína (EMLA®) vem sendo estudada para uso neonatal. Guinsburg (1999) e Mitchell et al. (2002) relatam a possibilidade de metahemoglobinemia nessa faixa etária. Trabalhos recentes têm demonstrado que o seu uso é seguro, entretanto, é necessário que seja aplicado de 60 a 90 minutos antes da realização do procedimento e não deve ser utilizado repetidamente. A aplicação do EMLA® fica restrita na fase neonatal já que, em geral, recém-nascidos gravemente doentes necessitam de vários pequenos procedimentos por dia. Seu uso em prematuros extremos ainda é mais restrito, devido à sua pele ser bastante fina e ter capacidade de proteção reduzida e permeabilidade aumentada.

É de grande relevância ressaltar que, tão importante quanto ao tratamento da dor do neonato, é a sua prevenção. A real necessidade da realização de inúmeros procedimentos, bem como a discussão sobre a melhor maneira de realizá-los, deve acontecer nas UTI neonatais.

2.4 O COTIDIANO E O CUIDAR DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

O cenário de uma UTI neonatal muitas vezes pode parecer hostil, por sua iluminação artificial, temperatura baixa e equipamentos de alta tecnologia. Entretanto, o surgimento desse espaço proporcionou a redução da morbimortalidade na fase neonatal (COSTENARO, 2001, p.17), não só pelo espaço de atendimento, mas pelo cuidado exercido pelos profissionais que ali trabalham.

Cada vez mais, um número maior de recém-nascidos está sendo salvo. Para tanto, são necessários inúmeros procedimentos, exames diagnósticos e manipulações excessivas, o que, em muitas situações, estão relacionados a situações de dor e estresse.

A dor, segundo Teixeira e Figueiró (2002) é considerada um dos maiores tormentos que acometem a humanidade, porém, até bem pouco tempo, a dor na fase neonatal era pouco estudada, pouco valorizada e muitos acreditavam que não existisse, levando ao pouco uso de analgesia específica para essa fase da vida. Muitos procedimentos, então, eram realizados sem a preocupação com os efeitos físicos e emocionais provocados pela dor.

A temática “dor na fase neonatal”, atualmente bastante estudada e com grandes avanços sobre a sua avaliação e manejo, vem sendo discutida em eventos científicos e nos cursos de pós-graduação. Nesse sentido, acredita-se que o acesso ao conhecimento acerca da dor do recém-nascido está ao alcance de todos os profissionais da área de saúde, entretanto, o que se pode observar no dia-dia da prática neonatal é que a dor é pouco valorizada.

Acreditando que as experiências prévias, pessoais e profissionais, e as diferenças culturais entre os cuidadores interferem na apreciação da dor e podem

direcionar a sua subestimação, o Referencial do Cotidiano, descrito por Maffesoli, irá nortear as discussões no sentido de compreender o objeto desse estudo, juntamente com a Teoria dos Sentimentos, de Agnes Heller, no que se refere aos sentimentos dos profissionais frente à dor do RN.

O cotidiano é colocado por Maffesoli (1999) como a vida corrente, repetitiva nos seus rituais e gestos aparentemente insignificantes, ele constrói em torno da produção e da partilha de objetos simples, que constitui a existência para cada pessoa, ou seja, o cotidiano é refletido nas atitudes de cada um. Esse autor afirma ainda que o cotidiano é o lugar onde se manifestam de forma minúscula todas as características do dado social, procurando compreender o sentido que os atores sociais atribuem às relações sociais em que vêm envolvidos nesse cotidiano, na vida de todos os dias.

Rezende (1995) enfatiza que o cotidiano não é uma trivialidade. É um espaço onde o micro-social é valorizado, sem a idéia de que a igualdade de pensamento seja enaltecida, onde o que pode parecer ser banalidade há de se encontrar o reflexo de uma socialidade.

Nesse cotidiano, aparentemente banal, a dor do recém-nascido é percebida pela equipe, de uma forma individual, a partir da relação estabelecida entre o cuidador e o bebê cuidado. Essa relação também se dá a partir do seu conhecimento teórico e da sua prática concreta. Compreende-se, então, que além de utilizarem técnicas e procedimentos no cuidado prestado, enfermeiros e médicos carregam consigo suas experiências vividas, suas emoções e seus sentimentos e esses é que vão determinar uma prática mais sensível ou não. São as relações influenciando no cuidado.

Passamos da era moderna, quando o tecnicismo era sobreposto ao cuidado humanizado e a razão era imperativa. Maffesoli (1999), na visão da sociologia da compreensão, apresenta a tendência de romper com o racionalismo da modernidade, deixando valer a força da emoção, da aparência e do sentimento através do mundo imaginal, da razão sensível e da vida cotidiana na Pós-Modernidade.

Neste sentido, o cuidar do recém-nascido com dor vai muito além do conhecimento técnico-científico de enfermeiros e médicos. É importante a sensibilidade, a percepção da subjetividade da linguagem do RN. Concordando com o pensamento de Maffesoli, perceber e compreender as reações do neonato com dor vai além de um simples olhar. Essa compreensão envolve o ambiente, as relações do cuidador com o neonato, com a equipe, com a família e consigo mesmo, interferindo na qualidade do cuidado. A percepção e a compreensão da dor são influenciadas pelo cotidiano.

3 METODOLOGIA

O estudo é de natureza qualitativa, exploratória e descritiva. A escolha por um estudo qualitativo se deu por ser um tipo de estudo, concordando com Minayo (1994, p.21), em que se pode trabalhar com crenças, valores e significados, proporcionando aos entrevistados uma maior liberdade para expor suas questões relacionadas ao tema. Tratando-se de um tema anteriormente estudado, a pesquisa exploratória permitiu que a experiência já obtida acerca do problema fosse ampliada (LEOPARDI 2002, p.119). Por ser um estudo descritivo, foi possível descrever o fato ou evento ocorrido no cenário estudado, relacionado com a dor do recém-nascido.

3.1 O CENÁRIO

A pesquisa foi realizada em dois hospitais da cidade de Salvador, sendo um da rede pública e um da rede privada, ambos com serviço de neonatologia, porém sem a intencionalidade de compará-los e sim compreender os fatores que interferem na percepção cotidiana da dor. A escolha das instituições aconteceu por serem hospitais que prestam um atendimento de qualidade aos recém-nascidos e por serem referência no Estado da Bahia, além de receberem neonatos portadores de diversas doenças e com necessidade de assistência de alta complexidade.

A primeira instituição é um hospital geral privado, de médio porte, de corpo clínico aberto, localizado no distrito Barra-Rio Vermelho, com capacidade para 164 leitos, distribuídos em: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria, Clínica Obstétrica, Pronto-Atendimento, Unidades de Tratamento Intensivo Geral e Cardíaca, Semi-intensiva e Oncologia, além do Serviço de Neonatologia que é

composto por 11 leitos para atendimento de neonatos nascidos na própria instituição, bem como externos portadores de patologias clínicas e cirúrgicas. A Neonatologia possui Berçário de Observação, Unidade de Médio Risco e Unidade de Terapia Intensiva.

O segundo hospital localiza-se no Distrito Cabula-Beiru, é de grande porte, pertencente à rede pública estadual, com capacidade para 500 leitos e de corpo clínico fechado. Trata-se de um hospital escola, com atendimento em clínica médica e cirúrgica, Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Pediátrico, Serviço de Pediatria, Serviço de Obstetrícia, Serviços de Emergência Adulto e Pediátrica, possuindo duas (2) Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal e um Berçário de Alto Risco, sendo escolhida para o estudo, a UTI neonatal mais antiga, com cinco (5) anos de funcionamento, já que a última foi criada recentemente, não possuindo ainda um corpo clínico definido. A UTI neonatal estudada possui 10 leitos, recebendo neonatos internos e externos e é considerada o Serviço de Neonatologia de referência do Estado para cirurgias na fase neonatal.

3.2 OS SUJEITOS

Foram escolhidos como sujeitos as enfermeiras e os médicos que prestam assistência aos recém-nascidos internados que estavam na instituição nos dias da pesquisa e que aceitaram participar do estudo.

A Neonatologia do primeiro hospital, privado, contava com uma equipe de 10 enfermeiras e 11 Neonatologistas, todos funcionários da instituição. Já a UTI neonatal da segunda instituição, a pública, contava com uma equipe de 14

enfermeiras e 20 neonatologistas, totalizando, então, uma população de 55 profissionais.

Para definir o número de entrevistados foi utilizado o critério de saturação, quando as entrevistas começaram a ter seus conteúdos repetidos.

3.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, no período de Julho à Setembro de 2005. Inicialmente foram realizadas duas entrevistas-piloto, a fim de esclarecer possíveis pontos que se apresentassem obscuros durante a entrevista, definindo a necessidade de alterações de alguns questionamentos quanto à forma do instrumento. Desenvolvida em local privativo, os sujeitos puderam estar à vontade para responder as questões, obedecendo aos critérios de individualização. Aconteceram em todos os turnos, conforme disponibilidade dos entrevistados, com duração aproximada de uma hora. Antes do início da entrevista, foi apresentado ao entrevistado o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE A) constando questões referentes à pesquisadora e explicações sobre a pesquisa, garantindo-lhe o anonimato, além de assegurar-lhe a liberdade de recusa em participar do estudo em qualquer fase.

Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, baseada em um roteiro pré-elaborado (APÊNDICE B). Esse roteiro constava de duas (2) partes, sendo a primeira com a caracterização do entrevistado: profissão, idade, sexo, estado civil, número de filhos e formação complementar. Na segunda parte foram tratados aspectos referentes ao proposto pelo trabalho: o cuidar do recém-

nascido com dor. O roteiro foi norteado pelos objetivos do estudo e definido a partir das entrevistas-piloto.

No mesmo período, mas em turnos distintos, foram realizadas visitas às instituições quando o pesquisador permaneceu por períodos variados nas referidas unidades, observando como os profissionais agiam frente à dor na fase neonatal. Essa técnica foi utilizada, neste estudo, com a pretensão de conhecer fatos ou situações que tenham um caráter público ou que não pertençam, estritamente, à esfera das condutas privadas (LEOPARDI, 2002, p.173), tendo sido de grande utilidade para perceber o cotidiano dos sujeitos frente ao episódio doloroso do neonato.

Durante a observação do cotidiano neonatal, também foram realizadas coletas em prontuário, baseadas em um roteiro (APÊNDICE C), em busca de registros que evidenciassem o cuidado frente à dor.

As observações realizadas em campo e os dados coletados em prontuário, acerca dos registros existentes sobre o processo algico, foram anotadas em um diário de campo (APÊNDICE D), que posteriormente foram utilizados na triangulação dos dados, baseados no objeto.

3.4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados coletados foram tratados qualitativamente através da técnica de Análise de Conteúdo, que para Bardin (1977, p. 42):

[...] é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis) inseridas destas mensagens.

A análise categorial foi escolhida para o desenvolvimento do estudo, seguindo a análise temática como eixo norteador. Para Minayo (1999), a análise temática é realizada identificando os núcleos de sentido que compõem a comunicação estabelecida, onde a frequência dos dados contribui para definir o caráter do discurso.

Após a gravação das entrevistas em fita K7, a análise dos dados coletados foi realizada em três fases distintas. A primeira fase, denominada de pré-análise, teve por finalidade de sistematizar as idéias iniciais, o que direcionou as etapas subsequentes. Nessa fase, após a transcrição das entrevistas, foram realizadas a leitura flutuante do material e a composição do *corpus*.

Segundo Bardin (1977), “*corpus* é o conjunto dos documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos”. Para construir um *corpus*, segundo o autor, é importante seguir algumas regras: a exaustividade, contemplando todos os aspectos levantados na coleta, através das entrevistas, anotações de prontuário e diário de campo; a representatividade, devendo ser a amostragem representativa do universo inicial; a homogeneidade, devendo obedecer a critérios precisos de escolha dos temas de acordo com os objetivos pretendidos; a pertinência, onde a fonte de informação dos documentos analisados deve ser adequada aos objetivos do trabalho.

Na segunda fase, os dados foram explorados e codificados. Essa fase, ainda segundo Bardin, corresponde à transformação dos dados brutos do texto, recortando, agregando ou enumerando.

Na terceira fase, os dados foram divididos de acordo com as subcategorias, respeitando a frequência das aparições nas unidades de registros.

A partir desse momento, foram definidas em sete (7) categorias a serem trabalhadas: sentimentos expressos ao cuidar de um recém-nascido com dor; interferência da relação afetiva no cuidado prestado ao recém-nascido com dor; identificando a dor do recém-nascido; intervindo frente à dor do recém-nascido; sinalizando para equipe interdisciplinar sobre a dor do RN; registrando sobre a dor do recém-nascido e significando a dor do recém-nascido.

Os dados coletados através da observação não participante com registros de notas de campo serviram de contra-ponto para a análise das categorias encontradas, bem como os dados coletados em prontuário, o que possibilitou a triangulação dos dados.

3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), através do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Izabel (ANEXO D), respeitando os princípios éticos e legais relacionados à pesquisa com seres humanos. Após a aprovação do projeto pelo comitê de ética, a pesquisa foi apresentada individualmente ao coordenador médico e à coordenadora de enfermagem das referidas instituições, sendo aceita.

Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que exige que toda pesquisa se processe após o consentimento das pessoas envolvidas, observando-se rigorosamente os referenciais básicos de autonomia (liberdade individual de determinar suas próprias ações), não maleficência (não causar mal ou dano aos participantes e para a sociedade), justiça (ser equitativo ou justo), fidelidade (criar confiança entre o pesquisador e o participante do estudo),

confidencialidade (salvaguardar a informação de caráter pessoal, coletada no estudo e manter a sigilo dos participantes da pesquisa, não comunicando a ninguém os dados individuais); visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e o Estado (BRASIL, 1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o propósito de compreender o significado da dor no recém-nascido por profissionais de saúde das UTI neonatais, os dados coletados foram lidos exaustivamente, analisados e categorizados.

Nesse capítulo, serão apresentados os resultados encontrados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Através das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, identificamos o perfil dos entrevistados. Foram realizadas 26 entrevistas: 14 enfermeiras e 12 médicos, sendo que as duas entrevistas que serviram entrevistas-piloto não foram utilizadas para análise. Os sujeitos foram caracterizados conforme quadros 1 e 2 (APÊNDICE E).

A idade dos sujeitos variou entre 23 a 52 anos, sendo a média de 41 anos. Apenas dois dos entrevistados eram do sexo masculino, o que demonstra o número pequeno de profissionais do sexo masculino que trabalham na Neonatologia. Apenas um dos entrevistados, uma enfermeira, não possuía especialização na área de neonatologia ou pediatria, no período da coleta de dados. A média de tempo de formado foi de 17 anos, sendo o tempo médio em neonatologia de 11 anos, encontrando-se uma variação entre 7 meses e 25 anos. Entre os entrevistados do hospital A, a média de tempo de trabalho na área foi 13,7 anos, sendo que no hospital B foi de 7,2 anos, denotando uma maior experiência dos profissionais da instituição denominada de A.

Em ambos os hospitais não haviam protocolos oficialmente instituídos para avaliação e tratamento da dor. Foram observadas condutas divergentes no

tratamento farmacológico da dor, entre os profissionais, mesmo dentro do mesmo serviço, o que evidencia a importância do estabelecimento de protocolos, com o intento de uniformizar as condutas.

Através dos resultados encontrados nas falas dos sujeitos, obtidas através das entrevistas, foram levantadas sete (07) categorias, construídas através das questões norteadoras.

4.2 SENTIMENTOS EXPRESSOS AO CUIDAR DE UM RECÉM-NASCIDO COM DOR

Ao serem questionados sobre as suas experiências em cuidar de RN com dor, todos os profissionais responderam já as terem vivenciado. Os sentimentos expressos ao cuidar desses recém-nascidos, encontrados nas falas desses profissionais, foram antagônicos sendo classificados, neste estudo, em sentimentos relacionados a emoções positivas e sentimentos relacionados a emoções negativas.

Heller (1993) esclarece que classificar os sentimentos é algo muito difícil, por ser cada sentimento formado por componentes bastante heterogêneos, inclusive os mais comuns. Classifica os sentimentos como simples e complexos, afirmando, contudo, que os sentimentos complexos não passam da combinação daqueles considerados simples. Ambos os sentimentos possuem atributos agradáveis e desagradáveis. Aqui, consideraremos os sentimentos relacionados a emoções positivas como sendo os agradáveis e aqueles relacionados a emoções negativas como sendo os desagradáveis. Segundo a autora, os estudiosos do assunto procuram identificar qual o ponto que separa os dois grupos, já que na vida cotidiana, o mesmo sentimento, agradável e desagradável, pode ser assim

classificado para um mesmo estímulo, a depender da situação em que ocorra. A exemplo do que foi explanado, pode-se focar o toque, que a depender da situação pode desencadear sentimentos e sensações agradáveis ou não.

Neste estudo, dois sentimentos considerados agradáveis emergiram nas falas dos sujeitos: alívio e realização, e surgiram quando estes se sentiram capazes de atuar na diminuição da dor do RN, através de uma medida farmacológica ou não farmacológica:

[...] alívio quando isso é feito (a analgesia). (3B- Médico).

(me sinto) [...] assim [...] realizado, porque você deu conforto, sensação de melhora, alivia o incômodo da dor. (8 A- Médico).

Apesar desse estudo não ter como objetivo discutir questões de gênero, é interessante perceber que ambas as falas descritas acima foram dos únicos entrevistados do gênero masculino. Ao contrário das mulheres, eles relataram sensações prazerosas sem, contudo, deixar de revelar nas suas expressões faciais e no gestual o lado do homem sensível e carinhoso. Pereira (1999) estudou a sensibilidade dos homens enfermeiros, o que pode ser ampliado também para os profissionais de saúde do sexo masculino. Ele acredita que a sensibilidade masculina começa a ser valorizada no final do século XX, pela revalorização do sentimento na sociedade. Valores de falsa rigidez e insensibilidade, impressas na condição masculina na sociedade, fazem o homem direcionar suas energias para o trabalho, minimizando as emoções vivenciadas tanto na família como no trabalho (PEREIRA, 1999). Talvez por essa razão, entre as especialidades da área de saúde, encontramos tão poucos médicos neonatologistas e enfermeiros neonatologistas do sexo masculino, nos fazendo conjecturar se tal fato deve-se à incumbência social que determina à mulher prover o recém-nascido de cuidados,

associados à maternagem, ou por ser a Neonatologia menos valorizada que outras especialidades médicas.

Os sentimentos desagradáveis expressos pelos profissionais, diante da dor do RN, foram mais freqüentes que os agradáveis e parecem estar relacionados com a sensação de impotência frente ao sofrimento. Neste estudo, os profissionais informaram que um dos motivos de sofrimento para os mesmos está no fato de muitas vezes compartilhar da dor expressa pelo paciente:

[...] a gente se coloca no lugar do RN. Através do sofrimento dele, acaba sofrendo também junto. (10B - Enfermeira).

É angustiante [...] você tenta amenizar esse sofrimento. (11B- Enfermeira).

É doloroso [...] me sinto impotente em resolver. (2B- Médica).

Nas falas de alguns sujeitos encontramos também sentimentos relacionados à dificuldade em tratar a dor, através de manifestações de dúvidas quanto à habilidade técnica e conhecimento específico.

[...] sentimento de dúvida, sabendo se eu estou ou não fazendo uma analgesia efetiva. (3B - Médico).

Estas dificuldades parecem acarretar situações de estresse, como podemos perceber na fala a seguir:

[...] é estressante pelo fato de você ter dificuldade, às vezes, de tratar a dor. (6A- Médica).

Esses relatos referentes a sentimentos negativos diante da dificuldade em tratar foram identificados apenas nas falas do profissional médico. Segundo Lima e Trad (2005), o médico, que tem na sua formação acadêmica o tratamento da doença como foco de trabalho, necessita explorar situações não desenvolvidas ou valorizadas na sua formação, como a ocorrência da impossibilidade de cura, da incerteza em tratar ou identificar determinadas patologias e suas sintomatologias. O campo da dor é marcado por incertezas e expõem o terapeuta a experienciar situações de dúvida e fracasso.

O cuidar envolve atos humanos no processo de assistir, os quais são deliberados e racionais, porém são dotados de sentimento, além de fundamentados em conhecimento científico (NEVES-ARRUDA & MARCELINO, 1997). Assim, o cuidar vai além do conhecimento e das relações. Uma característica identificada nas falas dos profissionais como importante no cuidar do RN está relacionado com a questão da sensibilidade, sendo este um atributo apontado como condição imprescindível para a identificação da dor:

[...] a sensibilidade para quem trabalha em neo, tem que ser um pouquinho maior, no sentido de saber visualizar esses sinais que ele (o bebê) demonstra e saber agir logo, da melhor maneira possível. (4A- Enfermeira).

[...] você tem que ter sensibilidade, primeiramente [...] para perceber o que o RN está mostrando para você. (15A- Médica).

Cuidar de um recém-nascido com dor, pode fazer emergir sentimentos de diversos tipos. Percebe-se que independentemente dos tipos de sentimentos expressos nessa situação, parece haver alguma dificuldade em saber lidar com eles. Os profissionais procuram lutar contra as doenças e seus sintomas, mas não

sabem como lidar com os seus próprios sentimentos, advindos a partir do sofrimento do outro.

4.3 INTERFERÊNCIA DA RELAÇÃO AFETIVA NO CUIDADO PRESTADO AO RN COM DOR

O cuidado envolve atos que vão além da habilidade técnica: envolve afeto. A relação afetiva é aquele relacionamento que envolve o afeto, não apenas uma simples vinculação. Aqui a relação afetiva é designada para toda aquela relação que envolve o carinho e a afetividade.

Para prestar o cuidado ao recém-nascido com dor é importante que o profissional esteja atento a sua comunicação não verbal, a sua linguagem corporal. Quando se tem o relacionamento afetivo, a percepção da necessidade do cuidado pode ser mais facilmente percebida. Conforme afirma Santos (2005), ao compartilhar os momentos de emoções, sofrimento e, até mesmo de vitória, saindo da visão tecnicista moderna, o profissional pode refletir se o sucesso terapêutico não poderia ter sido alcançado através, ou com a ajuda, dessa atenção, da sensibilidade e dos sentimentos demonstrados durante o cuidado.

Nessa categoria, encontramos aqueles que acham que a relação afetiva com o bebê ou sua família não interfere no cuidado prestado frente à dor:

O emocional iria ficar um pouco afetado, mas eu acho que o cuidado seria o mesmo, porque tem que ser tratado como igual. A emoção é diferente, porém o cuidado que eu prestaria seria igual e do mesmo jeito. (1B - Enfermeira).

Pra mim não interfere não. Todos são especiais e se ele tá sentindo dor, tem que ser aliviado essa dor e esse mal estar, né? (15A - Médica).

O cuidado é igual, o sentimento é que é diferente [...] Porque cuidado é técnico, aquilo que você faz dentro da rotina do serviço, dentro das técnicas do procedimento, todos os cuidados em relação a risco de infecção e tudo mais. Então isso é igual, isso é técnico. (12A - Enfermeira).

Costenaro (2001) define procedimento técnico como a mera execução da técnica, caracterizada apenas pelo fazer, pela execução de uma tarefa. Já para Collière (1999), Waldow (1998), Neves-Arruda e Marcelino (1997), o cuidado envolve relacionamento interpessoal, confiança, habilidade e afeto, indo além do procedimento técnico. Há uma interação entre o cuidador e o indivíduo cuidado, sendo que o conhecimento técnico é um dos instrumentos básicos do cuidado.

Nesse estudo foram encontrados aqueles que acreditam que o relacionamento afetivo interfere no cuidado de forma positiva. Morse (1998), ao estudar o conforto, afirma que a empatia e o cuidado são motivadores na ajuda ao paciente. Para ela, o enfermeiro pode utilizar a intuição e a empatia para sentir a dor do outro:

[...] isso te desperta maior atenção no cuidar desse paciente. (3B - Médico).

Eu acho que às vezes até o toque, a maneira de você pegar, o seu sentimento, o seu carinho a mais. (6A - Médica).

Em um dos dias de realização da observação não-participante, foi possível confirmar a interferência da relação afetiva na ação do cuidar. Encontrava-se internado um recém-nascido prematuro extremo, portador de hidrocefalia e em uso de derivação ventrículo-peritônio. Tratava-se de um bebê que, além de filho de um

profissional da instituição, já cursava com um longo período de internamento, tendo estabelecido uma relação afetiva com a equipe. Durante uma punção arterial para coleta de exames, o RN foi contido, por solicitação da enfermeira, a chupeta foi oferecida pela técnica de enfermagem e, após o procedimento, o bebê foi carregado, sendo verbalizado pela enfermeira palavras de carinho:

Não chora bebê [...] doeu, não foi? [...] mas a tia carrega e faz denginho [...]. (Enfermeira-A).

Entretanto, alguns profissionais acreditam que a relação afetiva pode interferir negativamente no ato de cuidar, como podemos notar na fala seguinte:

Eu acho que interfere e tem que se tomar cuidado pra que isso não venha ou subestimar essa dor ou superestimar essa dor. Então interfere e tem que se tomar cuidado com essa interferência. (7B - Médica).

A lotação da unidade e o excesso de afazeres também foram identificados como dificultadores da formação do vínculo afetivo:

[...] eu não posso ter o mesmo olhar se eu tenho que atender 10 recém-nascidos num plantão muito cheio de UTI, algumas coisas vão escapar da minha percepção e se eu estou cuidando de dois recém-nascidos e um, especificamente, eu tenho um vínculo afetivo maior, a minha percepção de dor, de cuidado, vai ser outra. O direcionamento de atendimento vai ser outro [...] agora com aquele bebê que você tem uma relação afetiva [pausa] com certeza eu vou me preocupar mais com o bem estar, não querendo ser, como é que eu vou dizer? [...] [rindo] Tendenciosa, né? Mas com certeza eu vou me preocupar mais com as coisas que vão levar ao desconforto e a dor do recém-nascido. Independente se tem dez ou dois recém-nascidos[...]. (13A - Médica).

De fato, uma UTI cheia e com RN muito graves, principalmente quando não há número de profissionais suficientes, a atenção voltada a alguns pacientes pode estar diminuída em detrimento aqueles que necessitam de cuidados mais intensivos.

Levando em consideração que a observação é um instrumento essencial na identificação e mensuração do processo algico, a equipe deve estar constantemente atenta aos sinais que expressem uma situação de dor.

Foi encontrada uma distribuição diária de pacientes/médico e pacientes/enfermeira semelhante nos dois hospitais, não sendo essa uma justificativa para serem encontradas diferenças no atendimento ao neonato com dor. Contudo, o perfil de pacientes do hospital B é de maior gravidade. No hospital A foi encontrado um maior suporte administrativo para a equipe, facilitando o trabalho das enfermeiras frente às necessidades burocráticas, permitindo um atendimento mais direto e constante ao RN. Por outro lado, o domínio da unidade parece ser mais efetivo (no equipe de laboratório, RX, higienização, etc.), demandando um maior tempo dos profissionais. Ainda no hospital A, a família tem livre acesso à unidade, o que impõe aos profissionais uma demanda maior de trabalho. Sendo assim, apesar das diferenças inerentes às duas unidades, foi visto que a demanda final é bastante equivalente.

Situação em que a demanda de pacientes influencia na assistência, foi percebida durante um dia de observação em uma das UTI neonatais estudadas. O plantão inicialmente estava tumultuado com o preparo de um RN cardiopata grave que seria transferido para o centro cirúrgico, a fim de ser submetido à cirurgia cardíaca. Uma enfermeira e um médico acompanharam o RN para a cirurgia, ficando uma outra enfermeira e outra médica no ambiente da UTI, além de auxiliares e técnicos de enfermagem distribuídos na unidade. Na unidade, havia também um prematuro em pós-operatório imediato de hernioplastia bilateral. Com muitos procedimentos a serem realizados, como preparo e administração de medicação, instalação de sonda-orogástrica e lavagem gástrica por parte da enfermeira e

atendimento de recém-nascido no berçário de observação por parte da médica, ambas não perceberam que o prematuro submetido à hernioplastia estava demonstrando sinais de dor: expressão facial contraída, chorando, membros inferiores e superiores fletidos, com desconforto respiratório (diferente do basal), apresentando valor cinco (5) na escala de avaliação de dor (NIPS). Em um momento, a fome foi atribuída como causa daquela situação, pela médica plantonista.

Não foram encontradas diferenças entre as categorias profissionais nas falas referentes à interferência da relação afetiva no cuidado prestado. Entretanto foi observado, durante a permanência nos serviços, que as enfermeiras manifestam um cuidado mais carinhoso, menos tecnicista, provavelmente por ficarem mais próximas do paciente durante o plantão, prestando uma assistência direta, e por obedecerem a uma carga-horária semanal maior que a dos médicos, tendo uma maior oportunidade de estar próximo do neonatos e conseqüentemente poder estabelecer com mais facilidade o vínculo afetivo.

4.4 IDENTIFICANDO A DOR DO RECÉM-NASCIDO

Em adultos e crianças em fase verbal, a dor pode ser avaliada através do auto-relato. Nas crianças menores, como os recém-nascidos e os lactentes que não são capazes de verbalizar a dor, é importante que o profissional de saúde esteja atento aos sinais que indicam uma situação dolorosa ou desconfortante.

Para Guinsburg (1999), a avaliação e mensuração da condição álgica no RN constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas Unidades Neonatais.

Tanto os médicos como as enfermeiras referiram, nesse estudo, identificar a dor por alterações comportamentais como o choro e a mímica facial:

Pelo choro, pela fácies dele de sofrimento, né? Pelos movimentos do bebê. (10B - Enfermeira).

[...] choro, franzir a testinha, franzir o olho, aquele movimento dele [...] às vezes o bebê começa a ficar muito inquieto, às vezes, o bebê não tá chorando, mas ele começa a ficar muito inquieto, desconfortável, ele não tá mais naquela postura de calma de tranqüilidade. (13A - Médica).

As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor na fase neonatal e pode ser caracterizada por: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa (GUINSBURG, 2000). O choro, apesar de ser um indicativo de que algo errado acontece, pode ou não estar associado à dor. Nessa situação, possui uma fase expiratória mais prolongada e tem a durabilidade aumentada, sendo de difícil controle. Clarici et al. (2002) consideram o choro uma importante forma de comunicação. Afirmam que um choro de dor comparado a um choro espontâneo no mesmo bebê, apresenta altas frequências (900 a 2500 Hertz). Sendo assim, poderia se considerar que um bebê é capaz de expressar uma situação de dor ou desconforto através dele. Entretanto, para se reconhecer as diferentes frequências emitidas por um choro seria necessário à equipe cuidadora um aparato especial, no que se refere à capacitação e equipamentos.

Contudo, outros fatores podem dificultar a avaliação do choro além da falta de habilidade em distingui-lo: a presença de tubo oro-traqueal, a fome e o próprio

desconforto. Por outro lado, há relato de que 50% dos recém-nascidos não choram frente a um estímulo doloroso (WHALLEY & WONG, 1999).

Outros incluem, na identificação, os parâmetros fisiológicos:

[...] a expressão facial que ele demonstra, os sinais vitais, queda de saturação, aumento de frequência cardíaca, aumento de frequência respiratória. (4A - Enfermeira).

Os parâmetros fisiológicos, já citados anteriormente, que também podem indicar dor são: o aumento da frequência cardíaca, aumento da frequência respiratória, alterações da pressão arterial, redução da saturação de oxigênio, além de cianose e sudorese. Todavia, os profissionais devem estar atentos para que uma situação de risco de vida não seja confundida com uma situação dolorosa.

O uso de parâmetro comportamentais e fisiológicos, como identificadores da dor do neonato, foi identificado na observação de situações nas unidades estudadas. Ao cuidar de um cardiopata em pós-operatório imediato, a enfermeira identificou alteração da frequência cardíaca, alteração do padrão respiratório (o RN encontrava-se entubado) e face característica (fronte bastante saliente, olhos espremidos, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta e estirada, língua tensa). A partir desses sinais, foi solicitada uma adequação da dose do analgésico e o RN, após 30 minutos da administração, apresentou-se dormindo tranquilamente.

Alguns entrevistados identificam a dor por exclusão, após afastar outras situações, demonstrando o desconhecimento a cerca da sua avaliação:

Às vezes quando a gente vê que não é fome, que não é fralda suja, que não é nada, a gente já percebe que pode ser dor. (12B - Enfermeira).

[...] então aí a gente começa a observar que é realmente... é uma coisa estranha, então deve ser a dor. (depois de tentar outras coisas...). (4B - Enfermeira).

Poucos demonstraram conhecer a existência de escalas de avaliação da dor, apesar de não as utilizarem, confirmando o descrito por Calasans e Kraychette (2005) que afirmam que, apesar da maioria dos profissionais de saúde perceber a dor do RN, esses desconhecem as escalas de avaliação da dor ou, apesar de conhecê-las, não as usam.

[...] eu sei que tem escalas que podem ser usadas... eu não sei essas escalas, sei que tem livros. Eu não aplico no meu dia a dia [...]. (6A - Médica).

Tem escore pra dor, né? [...] Careta que o bebê faz, atividade, frequência cardíaca [...]. (8A - Médico).

Por algumas avaliações que a gente já tem hoje, pra poder a gente avaliar a dor, tem tabelas e a gente tem tentado utilizar essas tabelas pra poder a gente caracterizar a dor. (2B - Médica).

Apesar dos profissionais de saúde acreditarem que os recém-nascidos sentem dor, sua avaliação é feita baseada em valores individuais e sem uma padronização estabelecida (CALASANS & KRAYCHETTE, 2005), sendo tal fato confirmado durante o período de observação. Além disso, foi visto que, devido ao envolvimento do profissional nas ações cotidianas da assistência, muitas situações de dor não são percebidas. Muitos procedimentos são realizados de forma automática, pela maioria dos profissionais, como as punções venosas, as coletas de sangue para exames e aspirações de tubo orotraqueal para retirada de secreções.

A fim de identificar a dor, é importante que o profissional, como já dito, esteja atento ao RN, que compreenda o que ele tem a demonstrar. Nitschke (1999, p.62) acredita que “compreender é exercitar o ver pelo olhar do outro, retomando o seu

próprio olhar embebido pelo outro”. Compartilhando dessa idéia, é a partir desse olhar que é possível identificar e decodificar os sinais de dor dados pelo bebê.

4.5 INTERVINDO FRENTE À DOR DO RECÉM-NASCIDO

As abordagens para o controle da dor podem ser consideradas como farmacológicas e não-farmacológicas.

A abordagem não-farmacológica da dor envolve a prevenção dos estímulos dolorosos: a minimização do estresse decorrente do manuseio do recém-nascido, que seria a abordagem comportamental, e a interferência do ambiente da UTI neonatal no bem estar do paciente.

Guinsburg (1999) e Silva (2005) enfatizam a prevenção, falando dos efeitos adversos da luminosidade excessiva da neonatologia, do barulho que decorre dos ruídos dos equipamentos e conversas desnecessárias, a racionalização da manipulação dos neonatos, a diminuição da carga de estímulos, onde os cuidados devem ser realizados de modo a respeitar os períodos de sono do RN, além de evitar procedimentos desnecessários, ou seja, evitar múltiplos manuseios em um curto espaço de tempo. A autora fala ainda da importância de ter equipe bem treinada para que os procedimentos sejam realizados por aqueles profissionais mais habilitados da unidade.

A prevenção da dor foi um aspecto encontrado nas falas de alguns dos entrevistados.

[...] mas eu tento botar ele, já vou me preocupar em botar ele em uma posição confortável, tá certo? Posicionar ele bem [...]. Às vezes eu brinco, faço um carinhozinho, converso com ele: vou colher um exame em você, é pro bem, isso é pro bem, não vai doer e tento ter

rapidez [...] é preparar o meu material inteiro pra que o procedimento seja rápido, pra não ficar dependendo de outras pessoas pra terminar o meu procedimento, ou seja, fazer o procedimento de uma forma mais técnica possível e menos [...] mais rápida, mais técnica e menos dolorosa pro paciente. (13A - Médica).

Durante o período de observação, houve a necessidade da instalação de um cateter central de inserção periférica em um RN que estava com dificuldade de acesso venoso. Duas enfermeiras foram responsáveis pelo preparo e realização do procedimento. Após a paramentação e logo ao iniciar a antissepsia, uma das enfermeiras observou a reação do bebê ao manuseio. Por tratar-se de um procedimento doloroso, antes mesmo de iniciá-lo, ela solicitou ao médico plantonista, a prescrição de um analgésico adequado, agindo, portanto, preventivamente.

Além da redução dos estímulos externos, outras abordagens não-farmacológicas são utilizadas para o controle da dor neonatal como a sucção não nutritiva, o uso de soluções adocicadas e a contenção e o posicionamento do RN.

A utilização de medidas apenas não-farmacológicas foi citada por poucos entrevistados, todas enfermeiras:

Tento acalantar, se é um procedimento invasivo é [...] eu faço sucção não nutritiva, glicose oral [...] esse tipo de coisa. (10B - Enfermeira).

[...] usar a chupeta, dar uma glicosezinha[...]. (5B- Enfermeira).

O uso da sucção não-nutritiva, segundo Bueno (2004, p.200), é a medida farmacológica mais utilizada por profissionais atuantes nas unidades de neonatologia, mesmo que seja para promover o conforto e acalmar o recém-nascido. A sucção da chupeta libera serotonina durante os movimentos rítmicos, diminuindo a

dor. A sucção não-nutritiva, entretanto, parece somente ser eficaz quando o RN é capaz de sugar em uma velocidade maior que 30 sucções por minuto (SILVA, 2005, p.42). Já Guinsburg (1999), de forma discordante, chama a atenção de que o uso da chupeta não tem efeito analgésico, apenas ajuda a criança a se organizar após o estímulo agressivo.

O uso das soluções adocicadas, como a glicose, também parece ser eficiente, sendo utilizadas em doses superiores a 0,24g de glicose, e associadas à sucção não nutritiva, até 2 minutos antes do procedimento doloroso, como na aplicação de vacinas e na coleta do teste do pezinho. Deve ser oferecida no terço anterior da língua e, oralmente, portanto, não adianta oferecer via sonda orogástrica (GUINSBURG, 1999; SILVA, 2005), o que restringe o uso em alguns RN prematuros internados nas UTI neonatal, por fazerem uso de alimentação por gavagem, devido à inabilidade de coordenar a sucção, deglutição e respiração.

O uso indiscriminado da glicose para acalantar o RN, não só em situações de dor, mas também em situações apenas desconfortantes, foi percebido durante a observação de campo, em um dos hospitais estudados. A solução de glicose a 50% foi utilizada em vários momentos, principalmente em RN que se encontravam agitados e/ou chorando. A chupeta ou um bico improvisado com o dedo de uma luva de látex era molhado com a solução, em intervalos irregulares e em quantidades indefinidas. Guinsburg (2005) relata a existência de um estudo que evidenciou aumento de enterocolite necrosante em recém-nascidos prematuros com o uso da glicose oferecida com cálcio. Apesar de não haver outros estudos na literatura, a cautela é importante quanto ao uso excessivo dessa medida.

Ainda sobre medidas não-farmacológicas, a contenção e o posicionamento são estratégias comportamentais bastante utilizadas em nosso meio. O uso de

ninhos ou úteros, envolvendo o bebê, promove o descanso e a organização comportamental, fazendo-o sentir-se mais seguro (GAÍVA, 2001).

O uso da contenção e posicionamento também é citado:

[...] posicionar o menino, fazer uma contenção pra diminuir, minimizar a dor. (5B - Enfermeira).

Durante a realização de uma punção periférica realizada por uma das enfermeiras do Hospital A, foi solicitado a auxiliar de enfermagem:

Enquanto eu posiciono, segura ele (o bebê), enrolado no lençol e segura a chupeta também [...]. (Enfermeira - A)

Apesar de existirem relatos na literatura sobre o efeito do contato pele-pele como uma estratégia para o controle da dor (Guinsburg, 2005) no nosso estudo, nenhum dos entrevistados relatou utilizar essa medida.

Um RN em pós-operatório de correção de atresia de esôfago com fístula traqueo-esofágica, após um exame de glicemia capilar, apresentava-se com faces de dor, taquicárdico e taquipneico, com diminuição da saturação de oxigênio e chorando bastante no berço de cuidados intensivos. A enfermeira, em horário em que a mãe visitava o bebê, solicitou a mesma que o tocasse de forma firme, orientando-a a por uma mão sob a cabeça e a outra envolvendo o tronco e os membros inferiores do filho. Após alguns minutos, o RN tranqüilizou-se e abriu os olhos, antes cerrados, atentos às palavras que a mãe lhe dizia.

A vida cotidiana na Pós-Modernidade, segundo Maffesoli (1999, p.15), dissemina uma forma de solidariedade social que não é racionalmente definida, mas que é elaborada a partir de um processo complexo feito de atrações, de repulsa, de emoções e de paixão. A idéia do autor é aqui evidenciada pela ação da enfermeira

que, apesar de não ter verbalizado a intenção de minimizar a dor do recém-nascido, demonstrou, através da sua atitude, a solidariedade com a dor do outro.

Estudos realizados por Gray et al. (2000) e Johnstoun et al. (2003), mostraram redução significativa da dor em procedimentos como a punção do calcâneo, por exemplo, quando o RN foi colocado no método mãe-canguru antes, durante e após tais procedimentos.

As intervenções farmacológicas frente à dor do recém-nascido são utilizadas nas unidades neonatais, principalmente na vigência de procedimentos invasivos. Uma variedade de medicações está disponível para uso nesta fase e podem ser utilizadas com segurança, porém ainda se observa uma resistência na utilização desses fármacos.

Os analgésicos não-opioides são utilizados principalmente em situação de dores leves ou moderadas ou quando a dor está associada a processos inflamatórios. Os mais utilizados são o paracetamol e a dipirona.

Os analgésicos opioides são utilizados para dores de moderada a forte intensidade. A morfina e o fentanil são os mais utilizados nas instituições estudadas, tanto por infusão contínua quanto em doses fracionadas:

Medicação analgésica: Novalgina® [...] muita morfina, às vezes infusão contínua. (15A- Médica).

Foi encontrado na fala de um dos entrevistados o relato de pouco uso de medicação analgésica nos serviços de neonatologia:

[...] eu acho que a gente realmente hoje em dia, tá muito mais preocupado em tratar a dor, porque já teve antes. Mas eu acho que, muitas vezes, ainda você tenta acalmar, acariciar, colocar uma chupeta, fazer uma massagem abdominal pensando em cólica, posicionar o bebê, acalantar, mais do que usar a medicação. Eu

acho que hoje ainda se usa pouca medicação [...] mais medidas paliativas do que medicamentosa. (6A – Médica).

O uso de medicação analgésica deve acontecer no pós-operatório de todas as doenças e antes dos procedimentos já reconhecidos como dolorosos. Há situações em que o uso do analgésico deve ser imperativo: cirurgias de qualquer porte; drenagem de tórax; intubação traqueal eletiva; punção liquórica; instalação de cateter central; situações de tocotraumatismo, fraturas e lesões extensas; bem como situações de ventilação mecânica por longa permanência, circunstância comum nas unidades neonatais, sendo citado por alguns entrevistados, como a seguir:

[...] Você tem que preparar seu paciente, se a coisa é eletiva, se dá tempo de você preparar, de uma coisa que seja menos traumática pro paciente, não vejo motivo pra não ser feito. Eu gostaria que a gente se preocupasse mais em relação a exatamente isso, diminuir, planejar [...]. (13A – Médico).

Em ambas as unidades, foram presenciadas situações de realização de procedimentos invasivos sem analgesia. Em uma delas, o recém-nascido foi intubado eletivamente para ser transferido ao centro-cirúrgico, onde realizaria um procedimento. Na outra situação, um prematuro em uso de ventilação não invasiva e fazendo períodos de pausa respiratória, foi intubado também sem analgesia, quando não se caracterizava uma situação de urgência.

Embora a enfermeira não seja a responsável pela prescrição desses fármacos, em muitas situações é ela quem solicita ao médico o uso da medicação, além de ser responsável pela sua administração, contudo, ela pode associá-la ao uso das medidas não-farmacológicas, já que não há a necessidade de prescrição médica:

Sorinho, contenção [...] e procurar ver uma prescrição para fazer a medicação que sane essa dor. (9B - Enfermeira).

Durante a observação não participante, foram presenciadas situações em que a enfermeira solicitou o uso de medicação analgésica, após a identificação da dor, como do caso do RN em pós-operatório de cirurgia cardíaca, já citado anteriormente. Vale ressaltar, entretanto, que em diversas situações, mesmo frente a procedimentos considerados dolorosos, não havia medicações prescritas, sendo necessária a solicitação das mesmas.

A literatura científica sobre o tratamento enfatiza o uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para a dor, de forma simultânea (GAÍVA, 2001). Essa conduta também foi identificada nas falas dos depoentes:

[...] posicionar o bebê, de forma que, é [...] dê algum alívio pra essa dor, solicito ao médico alguma medicação, quando essa medicação é prescrita eu administro, é[...] ofereço chupeta, conforto, dou colo, se possível. (5A - Enfermeira).

Bom, como eu trabalho dentro de uma UTI neonatal, a gente tenta fazer, tenta acalmar com as manobras que a gente já tem, de contenção, de oferecer um soro glicosado, usar analgésicos também, e tentar dar o aconchego mesmo desse bebê. Acho que é isso. (2B - Médica).

Colière (1999, p.286) destaca as diferenças entre o cuidar e o tratar: “tratar a doença nunca pode substituir toda esta mobilização das capacidades de vida, que representa o cuidar”. Os profissionais, ao expressarem o uso de técnicas não-farmacológicas para o controle da dor, estão enfatizando formas de cuidar que não necessariamente tem a intenção de restaurar o indivíduo de uma determinada doença. As enfermeiras podem e devem utilizar as medidas não farmacológicas de forma constante para o controle da dor nas UTI neonatais, já que são estratégias de cuidado que não necessitam da interferência de outros profissionais. As medidas de

conforto e controle da dor como o toque, o contato pele--pele, a nutrição não-nutritiva, dentre outras, podem ser realizados sistematicamente com vistas a prevenir a dor, limita-la e restabelecer o bem-estar do recém-nascido.

Foi observado que muitos confundem analgesia com sedação, mesmo sendo um profissional médico, que tem na sua formação uma abordagem maior acerca da farmacologia:

[...] sendo possível, sendo um procedimento, tipo assim, eletivo, como entubação, passagem de cateter, sedar o bebê, diminuir a dor dele antes de fazer o procedimento. (13A-Médica).

Os sedativos, embora reduzam a agitação, a atividade e a movimentação do neonato, podendo levar à amnésia de eventos dolorosos ou não dolorosos, não promovem analgesia. Devem ser utilizados frente à necessidade de diminuir a movimentação espontânea e induzir ao sono, como na realização de procedimentos diagnósticos, a exemplo da tomografia computadorizada e ressonância nuclear magnética.

Em uma das unidades onde foi realizado o estudo, foi observado o uso do pancurônio, um bloqueador neuromuscular potente que provoca alterações hemodinâmicas, como aumento na frequência cardíaca, redução na pressão arterial e no índice da resistência vascular sistêmica, efeitos que podem ser exacerbados se utilizados em associação com opióides. O uso do pancurônio na fase neonatal deve acontecer com cautela, já que os recém-nascidos mostram uma grande variabilidade de resposta aos efeitos da sua administração (VIANNA; GANEM, 2002). Tratando-se de pacientes com dor, o uso de bloqueadores neuromusculares faz com que se percam parâmetros importantes na sua avaliação, além de não tratá-la.

4.6 COMUNICANDO SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO

A comunicação² da presença ou ausência da dor no recém-nascido no cotidiano da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal deve acontecer entre toda a equipe de saúde, com a finalidade de que todos estejam atentos para os fatores desencadeantes e as medidas de controle do processo álgico. Nesse estudo, entende-se por equipe o grupo de profissionais que prestam cuidados direto ao paciente: enfermeira, médicos, fisioterapeutas, além de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Para um efetivo manejo da dor é importante que haja a participação de toda a equipe. Designa-se por “equipe”, não o que corriqueiramente chama-se de equipe multidisciplinar, pois este termo refere-se a uma equipe com profissionais de formações diferentes, não implicando obrigatoriamente, entretanto, que os pacientes sejam tratados por todos e de forma uniforme, ou seja, podem ser profissionais trabalhando de forma isolada, sem que haja um intercâmbio entre eles. Para um adequado manejo da dor na fase neonatal é imprescindível um acompanhamento interdisciplinar: uma equipe que agrupa profissionais de categorias distintas e que trabalham de forma interativa, comunicando-se entre si e trabalhando em busca de um objetivo único: cuidar do paciente.

Ao ser questionado sobre o hábito de sinalizar para a equipe sobre a dor do recém-nascido, um profissional respondeu negativamente:

Não, na maioria das vezes... Eu não sei se fica nas entrelinhas quando eu falo para a enfermeira para fazer a medicação ou para aumentar a infusão. Mas eu não aviso que é por dor. Eu não comunico, não [...]. (3B-Médico).

² Comunicação é o ato de transmitir informações. Nesse estudo, é a transmissão de informações sobre a percepção da dor do recém-nascido e condutas tomadas para amenizá-la (FERREIRA, 1999).

A linguagem verbal é apenas um dos códigos utilizados pelo homem no processo de comunicação. São os infinitos meios e sistemas de comunicação que tornam possível o ser humano viver em sociedade. A mímica, os gestos e as diversas expressões corporais são signos não-verbais que são utilizados para que aconteça a interação, a troca e a busca do conhecimento (Tavares, 1997).

Nesse estudo foi observado que os enfermeiros estabelecem uma comunicação com o médico, em busca de uma confirmação da sua avaliação ou com a finalidade de obter a intervenção analgésica. Tal fato foi observado em algumas ocasiões durante a observação dos campos estudados. As enfermeiras comunicaram ao médico a presença de dor nos recém-nascidos cobrando dos mesmos uma prescrição de analgésicos.

Normalmente a gente chama o médico assistente. (8B-Enfermeira).

A gente pede para o médico avaliar e dar todo o suporte para o RN (como se o enfermeiro não fosse capacitado) (12B-Enfermeira)

A fala de uma das médicas entrevistadas reflete a importância da interação da equipe frente à dor do recém-nascido:

Geralmente eu prescrevo e passo pra quem tá cuidando que eu prescrevi a medicação. Já que eu sou a medica, então normalmente fica sob a minha responsabilidade a prescrição. Mas, geralmente, eu prescrevo e passo pra quem está cuidando do bebê, que o bebê tá com dor. [...] é uma interação, né? As auxiliares às vezes dizem: “dra, esse bebê tá com dor, ele tá agitadinho”. Lógico que você tem que acatar o que elas falam. Então sempre tem essa interatividade. (6B - Médica).

Importante ressaltar que é percebido pelos médicos que a equipe de enfermagem é quem freqüentemente identifica a dor e comunica para o restante da equipe, provavelmente por serem, a enfermeira e o técnico de enfermagem, os profissionais que permanecem à beira da incubadora ou berço intensivo, conforme encontrado nas falas abaixo:

Eu acho que essa observação é uma observação que vem muito mais da enfermagem, porque tem um contato muito mais próximo do recém-nascido. Não só a enfermagem, a enfermagem como um todo, não só a enfermeira, como a auxiliar de enfermagem. Porque eles ficam a maior parte com o bebê. Na verdade, o contato do médico com o bebê é um contato muito mais rápido porque a gente vai, examina o bebê, mas não fica dando os cuidados diretos ao bebê. Então, em geral é uma sinalização muito mais da enfermagem do que do médico. (6A – Médica).

Lima e Trad (2005) ressaltam a importância da interdisciplinaridade no tratamento da dor, apesar de, na prática clínica, ela acontecer muito pouco. Pimenta (2000) propõe, ainda, que o fluxo de comunicação deve ser estabelecido entre os componentes da equipe de enfermagem (dos auxiliares e técnicos de enfermagem para o enfermeiro e vice-versa) e entre esses e outros profissionais (do enfermeiro para o médico, fisioterapeuta e psicólogo, entre outros e vice-versa). Se a dor for identificada, mas a informação não circular entre os profissionais ou circular de modo irregular e lento, a proposta analgésica e seus ajustes ficam comprometidos.

Nesse sentido, há a necessidade da equipe na condução do processo terapêutico já que nenhum profissional isoladamente consegue agir frente as diferentes dimensões que a dor acarreta. Apesar do papel social de cada profissional estar estabelecido na equipe, o cotidiano neonatal impõe limites na assistência, fazendo com que seja necessário que um profissional substitua o outro em determinadas ações, o que foi percebido durante a observação dos campos.

Tais limites são determinados principalmente pela dinâmica das UTI neonatais, com a necessidade de muitos procedimentos e assistência à família, e pela dependência total que o neonato tem dos seus cuidadores, muitas vezes acarretando uma desproporção entre o número de profissionais e a quantidade de pacientes internados.

Ao assistir um recém-nascido em pós-operatório tardio de correção de onfalocele, a enfermeira percebeu que o mesmo estava com dor. Apesar dessa profissional não ter a responsabilidade legal de prescrever a medicação, caso ela não comunicasse ao médico plantonista sobre a necessidade da prescrição do analgésico, o bebê permaneceria com dor, principalmente porque o médico encontrava-se em atendimento a um prematuro extremo que acabara de nascer. Então, apesar da enfermeira não ter efetivado a prescrição em prontuário, a analgesia aconteceu a partir da sua iniciativa.

Em outra situação de observação em campo, foi percebido o cuidado a um neonato cuja rede venosa encontrava-se já bastante maltratada em função de diversas punções. Duas enfermeiras e duas auxiliares, com prática na assistência neonatal, tentavam um novo acesso venoso periférico para a administração de concentrado de hemáceas. Apesar da punção venosa ser uma técnica corriqueira para a equipe de enfermagem, as profissionais tentaram 8 vezes, não obtendo sucesso. Em suas expressões verbais e corporais, foram percebidas sensações de angústia por não conseguirem o acesso. Ao comunicarem a médica plantonista quanto ao insucesso, a mesma ofereceu-se para tentar puncionar e, assim fazendo, conseguiu na segunda tentativa.

Sendo assim, é de extrema importância que um fluxo de comunicação seja estabelecido entre a equipe, na intenção de que a prevenção, a identificação e o tratamento da dor sejam alcançados.

4.7 REGISTRANDO SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO

O prontuário do paciente é um importante meio de comunicação entre a equipe de saúde, fornecendo informações cruciais sobre o paciente, permitindo a continuidade do atendimento e a integração da equipe, além de ser uma forma de documentar a assistência prestada.

Registrar é documentar. Segundo Johanson et al. (2002, p. 107), é uma forma de comunicar, estabelecendo por escrito as ocorrências clínicas do paciente, as ações executadas, os problemas identificados e as medidas implementadas. É a garantia do que foi realizado.

Nesse estudo, o registro da dor, mesmo quando reconhecida, ainda tem sido uma prática pouco freqüente. Existem aqueles que informam que não registram, por não ser um hábito:

Infelizmente não. Se eu disser que faço, eu vou estar mentindo. (1B-Enfermeira).

Eu acho que esse registro é pobre [...]. (11A - Médica).

Às vezes sim, às vezes não. Não é o hábito. (7A-Enfermeira).

Outros referem registrar as mudanças decorrentes do desconforto ocasionados pela sensação dolorosa.

Eu coloco a sintomatologia: irritado, apresentando alterações de parâmetro, mas, geralmente eu não refiro DOR. (5A-Enfermeira).

Vários afirmam registrar:

Registro. Tudo é registrado na UTI. Na realidade a gente vive falando e escrevendo o tempo inteiro. (7B - Médica).

Contudo, no período de permanência na UTI Neonatal, em observação não-participante, foram lidos e analisados um total de 18 prontuários, de ambas instituições e em nenhum deles foi encontrada referência exata sobre a dor do recém-nascido. Foram encontradas prescrições médicas de analgésicos e sedativos nos casos de paciente cirúrgicos, muitos deles com a observação de “se necessário” ou “a critério médico”. Esse tipo de prescrição não deve acontecer, conforme, Barbosa (2005), principalmente frente a dores de moderada a forte intensidade. Em algumas poucas anotações de enfermagem foram encontrados registros de administração de medicação analgésica, porém sem nenhuma observação acerca da razão da qual a medicação foi utilizada, nem quais os sinais que foram percebidos para que se optasse pela decisão de medicar. Outra ausência percebida, é o registro do efeito da medicação analgésica, sem concluir se houve melhora ou não com o seu uso.

Foi observada uma punção venosa periférica de um recém-nascido que necessitava de soroterapia. A enfermeira, após conseguir êxito na punção, descreveu em prontuário: “Realizado punção venosa em membro superior direito. Foram utilizados 5 jelcos (referindo-se às 5 tentativas de punção)”.

Observou-se que o recém-nascido, frente ao procedimento invasivo, sentiu dor. Foram realizadas contenção e sucção não-nutritiva, na tentativa de minimizá-la, entretanto nada foi relatado pelo profissional referente ao processo algico e as medidas não-farmacológicas utilizadas.

A partir desses dados, foi possível apreender que os profissionais, apesar de relatarem nas suas entrevistas que registram a dor do recém-nascido, na sua maioria, pouco fazem realmente a esse respeito. Christoffel (2002), ao estudar os registros na unidade neonatal, relatou que as anotações em prontuário são realizadas de forma mecânica, enfatizando técnicas e com abordagens direcionadas exclusivamente às patologias apresentadas pelos recém-nascidos internados na unidade neonatal.

4.8 SIGNIFICANDO A DOR DO RECÉM-NASCIDO

A dor é considerada subjetiva. O profissional de saúde que lida com a dor no seu dia-a-dia deve estar atento para essa subjetividade e para todos os fatores que interferem na sua manifestação. Segundo Pimenta (2000, p.3) a dor envolve aspectos biológicos, étnicos, culturais e emocionais.

Os médicos e enfermeiros, que lidam no seu dia a dia com pacientes com dor, também trazem a sua história própria de dor, suas experiências e seus valores igualmente construídos a partir de vivências e experiências pessoais. Acredita-se que sua própria experiência modifica a forma de percepção da dor do outro.

Maffesoli (1993) acredita que, apesar da bagagem pessoal, das crenças e valores de cada um, o cotidiano faz com que o indivíduo modifique as suas ações. Cada um de nós está mergulhado em um clima cultural e tomado por algo que terá

como resultado um contexto onde somos mais pensados do que pensamos e que se age mais sobre nós mesmos do que agimos.

Ao argüir os sujeitos “Qual o significado da dor do recém-nascido para você?” esperava-se encontrar relatos pessoais, de significado próprio. No entanto, encontramos nas falas dos entrevistados uma dificuldade em expressar o real significado para cada um. Os sujeitos preferiram falar sobre questões técnicas de avaliação e tratamento:

De uma forma geral? [breve pausa] olha [...] eu procuro sempre sinalizar [...] ver, né? Observar esse tipo de coisa, né? Ver se o bebê está realmente sentindo dor e interferir de uma maneira que vá assim beneficiar pra ele, né? (10B-Enfermeira).

O sintoma da dor era muito pouco falado, discutido, e também é... Você ir atrás do porquê, da causa e do que você faria pra aliviar esse sintoma, né? Além da dor, todo o quadro clínico que não é só a dor. [...] Aquela coisa que chama atenção. O bebê chorando, porque às vezes é mais sutil. Mas é importante atualmente, a gente já estudou mais, leu mais coisa sobre dor, então completa, né? Completa o tratamento do bebê que não é só, é, você pensar em outras patologias, tá tratando com antibiótico, soro e tal e esquecer a coisa da dor, que a gente sabe que se associa com maior morbidade para o bebê e até tem seqüelas futuras, né? Então você ta prevenindo [...] fazendo profilaxia de problemas até futuros pra o bebê. (8A – Médico).

[...] é uma coisa importante pra ser prevenida, né? Porque eu me pergunto até nesses [gaguejos] momentos tão iniciais da vida ele sentindo dor, até na imagem corporal dele, na representação dele, como é que isso vai se comportar? É uma coisa até que me interessa no futuro saber, né? Que marca ficou dessa dor? Não só psíquica, mas somática, né? [risos]. (10A – Médica).

Apesar de médicos e enfermeiras associarem, nesse estudo, o significado da dor do neonato com o conhecimento técnico-científico acerca do tema, foram encontradas aquelas que significam a dor em um sentimento, o sofrimento. Vale ressaltar que o sofrimento foi encontrado apenas nas falas das enfermeiras:

Significa sofrimento, né? Significa alguma coisa dele que não tá bem, né? Que tal [...] dor. Dor é sofrimento, ruim, né? (11B – Enfermeira).

Sufrimento, angústia, às vezes até pra o bebê, porque ele tá num ambiente que não era pra ele estar. Ele saiu do cômodo do útero, e vem pro ambiente tão [...] então pra ele também, é, além do sofrimento e da angústia, é também. [...] ele sente-se como se estivesse abandonado, é um abandono. (1B - Enfermeira).

Sufrimento. (5A – Enfermeira).

Qual o significado [...] Eu não sei [...] Acho que sofrimento. Um bebê prematuro, né, de repente nasce, passa por tanta coisa, é um tubo, é um CPAP, é uma punção venosa, uma coleta de exame, é o próprio mundo exterior que é tudo novo, até o próprio ato de começar a respirar no momento que nasce. Então, eu acho que é sofrimento mesmo (7A – Enfermeira).

Alguns relataram considerar a dor do recém-nascido uma experiência comum, como uma outra sintomatologia qualquer e de importância semelhante à outra fase de vida:

Eu acho que faz parte, entendeu? Do ser humano. É uma coisa assim [...] que todo mundo vai sentir um dia. (12B - Enfermeira).

Significa a mesma coisa que a dor de um adulto, de um velho, né? É um desconforto, é um incômodo, que você como médico tem que está pronto e apto, primeiro pra reconhecer e tomar uma terapêutica imediata pra que você... e essa dor, ao longo do dia, vai mudar toda uma eficácia da uma terapêutica que você vai tomar. (13A – Médica).

A dor pra mim é um sintoma que deve ser tratado como qualquer outro, certo? É lógico que dor incomoda, incomoda qualquer um, né? Eu não desprezo, mas também não supervalorizo, tá? É um sintoma que tem que ser tratado, que tem que ser melhorado. Você não vai deixar o bebê sentir dor só porque o paciente [...] do mesmo jeito que você não vai deixar o bebê taquipneico, você não vai deixar o neném desidratado, não vai deixar o neném hipertenso, certo? Então o sintoma precisa ser tratado, né? Dentro do contexto do bebê. (6B – Médica).

A dor tem uma característica importante na fase neonatal: ela reflete no desenvolvimento desse indivíduo, com repercussões importantes a médio e longo prazo, deixando marcas orgânicas e emocionais.

Vários estudos, segundo Guinsburg (2005, p.256) sugerem que a exposição do paciente, no período neonatal, frente à situação de dor aguda e intensa, pode ter conseqüências na infância e na vida adulta, produzindo alterações sensoriais e comportamentais. Sendo assim, a dor nessa fase deveria ser vista com a mesma atenção que requer este sintoma, seja na idade adulta ou na velhice, tendo cada fase a suas peculiaridades.

No discurso de uma médica, foi observada a importância das experiências vividas:

Eu já assisti circuncisão em São Paulo de gente super diferenciada que fez a circuncisão sem nenhum tipo de sedação, assim essa coisa me chocou muito, então, pelo fato de existir toda uma cultura no meio de que as crianças não sentiam muito as coisas. (9A - Médica).

As experiências familiares também parecem interferir na significação da dor:

Eu tenho um filho e eu já vi ele sentir dor, então assim, pelo fato de ser meu filho, isso foi muito ruim, a sensação que eu tive dentro de mim foi bem pior do que a que eu tenho com o paciente Então, assim, o que é que eu sinto? Qual a minha sensação, é isso que você quer saber? [...] Eu não sei [...] Assim, eu sinto pena, porque além dele ter uma doença grave, além dele tá passando por todos aqueles desafios no início da vida dele como é o caso da neonatologia, trabalho também em terapia intensiva pediátrica, mas o foco nosso é a neonatologia [...] acho que um sentimento é pena [...] (3B – Médico).

Os profissionais, no cuidado diário em uma UTI neonatal, em muitos momentos não demonstraram concordância entre o falar (nas entrevistas) e o agir (na observação do campo). A fala de sofrimento, do compartilhar a dor do outro não

foi uma constante durante a assistência. É pensado que essa discordância possa ocorrer por uma necessidade de proteção, uma forma dupla de encarar os sentimentos advindos a partir deste evento.

A duplicidade, aqui expressa no falar e agir, é uma maneira de proteger-se contra todas as formas de absolutização, na medida em que permite não a contestação, mas a contornação dos valores que se apresentam de forma incômoda. (MAFFESOLI, 1984).

Médicos e enfermeiras fazem o jogo duplo, utilizam-se de máscaras para promover o cuidado, mesmo que inconscientemente. Acredita-se que alguns não percebem o processo álgico por falta de conhecimento ou até mesmo por falta de sensibilidade para tal, enquanto outros a percebem, mas por comodismo ou para não se indisporerem com outros profissionais da equipe interdisciplinar preferem se omitir diante do fato. Segundo Prado et al. (1995, p.189), ao discutirem sobre a máscara descrita por Maffesoli, explica que ela é parte integrante do indivíduo e não um elemento secundário sobreposto. Trata-se de um verdadeiro “espetáculo teatral” onde todos são atores, é uma eterna encenação, um espetáculo organizado, em função dos outros e do próprio autor (MAFFESOLI, 1984).

As máscaras são utilizadas de acordo com cada situação vivida, são circunstanciais e acontecem nas relações profissional-paciente, profissional-família, bem como entre os próprios profissionais, o que parece acontecer desde a academia, quando somos orientados a não nos envolver com os pacientes, a manter-nos a uma distância relativa, onde não se perceba o que estamos sentindo.

A máscara não é uma nova persona, apenas a protege. Junto com o jogo duplo, oferece um refúgio seguro, permitindo existir, ser, fazendo como todo mundo. É uma proteção comum àquele que precisa conviver com a adversidade do cotidiano

do cuidado. Pensando na conotação pejorativa que possa parecer, esta condição não tem, de modo algum, a ver com uma infração ética ou como um defeito moral/psicológico. Não se trata de um sintoma de perversão moral ou de hipocrisia, nem tão pouco uma fuga ou um não enfrentamento da realidade: é através dela que se consegue resistir e sobreviver (PRADO et al., 2005, p.190). É por meio da noção de duplicidade e jogo duplo que se pode compreender o conjunto social como um todo.

Tal fato foi presenciado e analisado nas anotações em diário de campo. Profissionais colocaram durante as entrevistas, todo o seu conhecimento sobre o manejo da dor no recém-nascido e, no entanto, não agiram como quem realmente soubesse. Indaga-se porque tais profissionais possuem tal conhecimento e não o aplicam no seu cotidiano. Partem para atividades burocráticas e administrativas, como as anotações, as prescrições, os pedidos de material, ou mesmo, vão assistir a um familiar, não que seja considerado de pouca ou sem importância. Todavia, a dor no neonato não é priorizada, a maioria das vezes.

Essa dicotomia entre o agir e o falar, presente na UTI Neonatal, é explicada por Maffesoli (1988) em um dos seus pressupostos, a crítica ao dualismo esquemático. O autor diz que o pensamento é perpassado por duas atitudes complementares, a razão e a imaginação: “[...] De um lado, dá-se ênfase à construção, à crítica, ao mecanismo e à razão; de outro, é costume insistir-se na natureza, no sentimento, no orgânico e na imaginação”.

Na verdade, essa idéia se complementa. É importante que haja uma dosagem entre as duas atitudes para que se possa ter uma visão melhor construída de um fenômeno ou período (MAFFESOLI, 1993).

A dor move os sentimentos de quem a sente, mas já é sabido, mexe com os sentimentos de quem a cuida. Talvez seja essa a explicação atribuída à dificuldade em saber significá-la.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Frente aos resultados obtidos a partir da análise das entrevistas, das anotações em diário de campo e registros em prontuários, observa-se que os profissionais de saúde parecem ter pouco conhecimento acerca da dor do recém-nascido nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, além de não a identificarem e, conseqüentemente, não a tratarem a contento.

Na primeira categoria, **sentimentos expressos ao cuidar do recém-nascido com dor**, percebi que médicos e enfermeiras demonstram sentimentos frente à dor na fase neonatal, confirmando o pensamento de Maffesoli ao afirmar que a era Pós-Moderna traz a tona a razão sensível do homem atual. Tais sentimentos variam de agradáveis como a realização e o alívio por estar tratando a dor, relatados por médicos do sexo masculino, e desagradáveis, associados a impotência e ao desconhecimento quanto ao manejo do processo algico. As dificuldades estão presentes nos profissionais médicos. As enfermeiras enfatizam a importância da sensibilidade para identificar e tratar a dor na fase neonatal.

Na segunda categoria, **interferência da relação afetiva no cuidado prestado ao RN com dor**, os profissionais demonstraram acreditar nessa interferência, já que alguns relatam uma maior atenção quando a relação afetiva existe. Entretanto, sinalizo que a proporção numérica entre profissionais e pacientes, pode interferir no cuidado, mesmo quando a relação afetiva está presente. Na observação em campo, percebi que enfermeiras demonstram mais afetividade aos neonatos, quando comparadas com os médicos, talvez por estarem mais ao lado deles, estabelecendo mais facilmente, laços afetivos.

Na terceira categoria, **identificando a dor do recém-nascido**, compreendi, através da análise das entrevistas, que os profissionais reconhecem a dor no recém-nascido através de parâmetros comportamentais e fisiológicos, entretanto a partir de valores pessoais e sem uma padronização dos serviços. Nenhum deles relatou utilizar as escalas de avaliação da dor. Alguns reconhecem a dor após exclusão de outros fatores desconfortantes, como o frio, a fralda suja e a fome. Contudo, na observação de campo, pude perceber que os profissionais não percebem a dor do RN no seu cotidiano profissional, exceto frente aos procedimentos considerados dolorosos.

Na quarta categoria, **intervindo frente à dor do recém-nascido**, o tratamento farmacológico e o não-farmacológico foram citados como sendo utilizados com frequência. O uso da sucção não-nutritiva, a administração da glicose oral e a contenção foram descritos, bem como o uso de opióides e não-opióides. A partir dos registros em notas de campo, foram confirmadas tais intervenções, porém, observei que, quando a dor é identificada, normalmente é a enfermeira quem sinaliza a necessidade do uso de medidas não-farmacológicas. Observei também, a preocupação com a prevenção da dor, em uma das unidades estudadas. Entretanto, ocorreram situações em que a dor não foi valorizada, evidenciando a necessidade de uma maior atenção ao tema.

Os profissionais não têm o hábito de comunicar à equipe interdisciplinar (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos e auxiliares de enfermagem) sobre a dor na fase neonatal, exceto quando se deseja uma intervenção. Na quinta categoria, **sinalizando para equipe interdisciplinar sobre a dor do RN**, percebi que os enfermeiros entendem por sinalizar à equipe, apenas a comunicação ao médico. Já o médico, refere que a sinalização normalmente parte da enfermagem

para ele. As situações percebidas nas falas dos entrevistados foram confirmadas na observação dos campos.

Na sexta categoria, **registrando sobre a dor do recém-nascido**, que foi construída a partir da análise de 18 prontuários, identifiquei que as anotações sobre a dor acontecem de forma precária nas unidades. Apesar de alguns profissionais relatarem que a registram, foram encontradas apenas as prescrições médicas de analgésicos com a checagem das mesmas, indicando o uso. Contudo não havia relato algum das razões para o uso das medicações, nem tão pouco seus efeitos alcançados. Na observação do campo, apesar de terem sido presenciadas situações de identificação da dor, bem como foram vistas ocorrências da utilização de medidas não-farmacológicas, nenhum registro, de fato, foi encontrado.

Na sétima e última categoria, **significando a dor do recém-nascido**, foi possível constatar a partir dos discursos analisados, a dificuldade que os profissionais têm em verbalizar as suas emoções frente à dor do recém-nascido. Percebi que médicos e enfermeiras acabaram dirigindo suas respostas para conhecimentos técnico-científicos, ao invés de relatarem o significado que cada um atribui ao processo algico nessa fase. Alguns associaram o significado às experiências pessoais e profissionais, ratificando as influências das experiências de vida no cotidiano da unidade neonatal. Por outro lado, ainda nessa categoria, a dor foi considerada por alguns como algo comum e banal, como se o fato de assim sê-la, não fosse importante tratá-la.

Médicos e enfermeiros, apesar de teoricamente terem conhecimentos básicos sobre a dor na fase neonatal, ainda têm dificuldades em manejá-la adequadamente. A equipe, embora se mostre sensível às reações de dor do neonato, ainda deixa o tecnicismo prevalecer na sua prática. Os profissionais de saúde atribuem pouco

significado a dor do neonato, o que interfere na prevenção, identificação e tratamento do processo algico.

Espero que esse estudo possa contribuir para que os profissionais de saúde que cuidam de recém-nascidos estejam mais atentos às situações de desconforto e dor, suas reações, seu olhar, sua expressão corporal e sua linguagem peculiar, permitindo que a própria sensibilidade ajude-os a conduzir para uma assistência mais humanizada.

REFERÊNCIAS

ANAND, Kanwaljeet Sigh; HICKEY, Paul R. Pain and effects in the human neonate and fetus. **The New England Journal of Medicine**, Boston, v. 317, n. 21, p. 1321-1329, nov. 1987.

ANAND, Kanwaljeet Sigh. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. **Biology of the Neonate**, v. 1, n. 73, p. 1-9, 1998.

AYRES, José Ricardo de C. M.. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p.63-72, 2001.

BARBOSA, Silvia Maria Macedo et al. A dor no recém-nascido: prevenção e terapêutica. **Revista Dor**, -São Paulo, n. 2, v. 2, p. 26-35, abr./mai./jun. 2000.

BARBOSA, Silvia Maria de Macedo. A ausculta da dor em pediatria. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 7, 2005, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 273-276.

BARDIN, L. **Análise do conteúdo**. Tradução de Luis Antero Reto. Lisboa: Edições 70, 1977. 226 p. Título original de: L'analyse de contenu.

BARKER, D.P; RUTTER, N. Exposure to invasive procedures in Neonatal Intensive Care unit admissions. **Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition**, v. 72, p. 47-48, 1995.

BIFULCO, Vera Anita. O cuidar do paciente fora de possibilidade de cura. **Prática Hospitalar**, São Paulo, n. 41, p. 114-116, set./out. 2005.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos**. Resolução n.196/96.Brasília, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Direitos da Criança e do Adolescente. Resolução n. 41 de Outubro de 1995. **Diário Oficial da União**, Brasília, 17 de out. 1995.

BUENO, Mariana. Dor no período neonatal. In: LEÃO, Eliseth Ribeiro; CHAVES, Lucimara Duarte. **Dor 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. Curitiba: Maio, 2004. p. 193-205.

CARBAJAL, Ricardo et al. Crossover trial of analgesic efficacy of glucose and pacifier in very preterm neonates during subcutaneous injections. **Pediatrics**, v. 110, n. 2, p. 369-393, ago. 2002.

CARVALHO, M. Dor nos recém-nascidos. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 925-934, out/1995.

CALASANS, Maria Thaís; KRAYCHETTE, Durval. Dolor de Recién-Nacido. **Revista Recrearte**, Espanha, v.4, p.01-11, 2005.

CHRISTOFFEL, Marialda Moreira. **O mundo imaginal da equipe de enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a um procedimento doloroso na unidade de terapia intensiva neonatal**. 2002. 162 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

CLARICI, A et al. Crying of a newborn child: alarm signal or protocommunication? **Perceptual and Motor Skills**, Missouta, n. 95, p. 752-754, dez. 2002.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**. 4. ed. Lisboa: Lidel, 1999. 385 p.

COSTENARO, Regina Gema Santini. **Ambiente terapêutico de cuidado ao recém-nascido internado em UTI neonatal**. Florianópolis: Centro Universitário Franciscano, 2001. 128 p.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

GAÍVA M.A.M. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 37, n. 5, p. 155-165, maio 2001.

GRAY, Larry; WATT, Lisa; BLASS, Elliott M. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**, v. 105, n. 1, p. 1-6, jan. 2000.

GUALA A et al. Glucose or sucrose as an analgesic for newborns: a randomised controlled blind trial. **Minerva Pediatrics**, 53 (4): 271-4, aug. 2001.

GUINSBURG, Ruth. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 3, v. 75, p. 149-160, maio 1999.

_____. **A linguagem da dor no recém-nascido**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2000 (folheto).

_____. Dor no recém-nascido. In: RUGOLO, Lygia. (Org.). **Manual de Neonatologia**. São Paulo: Revinter, 2002. p. 63-69.

_____. **Abordagem não farmacológica da dor do recém-nascido**. Disponível em: <<http://www.paulomargotto.com.br/documentos/abordagem.doc>>. Acesso em: 18 dez. 2005.

_____. Neurobiologia da dor no recém-nascido. **Dor-Pesquisa, Clínica e Terapêutica**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 614-620, jul/ago/set. 2005.

_____. As conseqüências a longo prazo da dor repetida ou persistente no período neonatal. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE

DOR, 7, 2005, São Paulo. **SIMBIDOR**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 256-262.

HELLER, Agnes. **Teoria de los sentimientos**. 3. ed. Barcelona: Fontamara, 1993. 313p.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain Terms: a current list with definitions and notes on usage. **Pain**, Supl. 3, p. 215-221, 1986.

JOHANSON, Laura et al. Registro de enfermagem: sua importância no controle e prevenção da infecção relacionada a cateter venoso em clientes com HIV/AIDS. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8, Ribeirão Preto, 2002. **Anais**. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002. v. 1, p. 107.

JOHNSTON, Celeste et al. Kangaroo care is effective in diminishing pain response in preterm neonates. **Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine**, v. 157, n. 11, p.1084-1088, nov. 2003.

KLAUS,M.H.; KENNEL,J.H..**Pais/bebê - a formação do apego**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

LARSSON, B A. Pain management in neonates. **Acta Paediatrica**, Stockholm, v. 88, n. 12, p.1301-13010, 1999.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2. ed. Florianópolis: UFCS/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, Mônica Angelim Gomes de; TRAD, Leny Bonfim. Os sentidos da dor para os terapeutas médicos: modelo biomédico e prática clínica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 7, 2005, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Segmento Farma, 2005. p. 423-426.

MAFFESOLI, Michel. **No fundo das aparências**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1999. 350 p. Tradução: Bertha Halpern.

_____. **O conhecimento comum**: Compêndio de sociologia compreensiva. São Paulo: Brasiliense, 1988. 295 p. Tradução: Aluizio Ramos Trinta.

_____. Os imaginários do Social. **Revista Psicologia e Práticas Sociais**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 5-13, maio 1993.

_____. Michel. **A conquista do presente**. Tradução de Márcia C. de Sá Cavalcante Rio de Janeiro: Rocco, 1984. 168p.

MARSHAL, R.E. Neonatal pain associated with caregiving procedures. **Pediatric Clinics of North América**, n. 36, p. 885-903, aug. 1989.

MINAYO, M.C.S **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1994.

MITCHELL, Anita; BROOKS, Sally; ROANE, David. The premature infant end painful prodcedures. **Pain Management Nursing**, Orlando, v. 1, n. 2, p. 58-65, jun. 2000.
MORSE, Janice. A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 70-92, maio/ago. 1998.

NEVES-ARRUDA, Eloita; MARCELINO, Silvana Romagna. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clelia Maria. **Dimensões da dor no câncer**: reflexões sobre cuidado interdisciplinar. São Paulo: ROBE, 1997. p. 157-189.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária-UFPel, 1999. 199 p. (Teses em Enfermagem).

PAYNE, Jonathan; MIDDLETON, Jacqueta; FITZGERALD, Maria. The pattern and timing of cutaneous hair follicle innervation in the rat pup and human fetus. **Developmental Brain Research**, London, v. 61, n. 2, p. 173-182, 19 ago. 1991.

PEREIRA, Álvaro. **O cotidiano profissional do enfermeiro**: das aparências às diferenças de gênero. Pelotas: Editora e Gráfica Universitária-UFPel, 1999. 201 p. (Teses em Enfermagem).

PIMENTA, Cibele Andruccioli de Matos. **Dor**: manual clínico de enfermagem. São Paulo: 2000. 60p.

PINELLI, J; SYMINGTON, A; CILISKA, D. Nonnutritive Sucking in High-Risk Infants: beginning intervention or legitimate therapy? **Jognn**, n. 31, v.5, p. 582-91, set./out. 2002.

POLIT, D. F; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 1130.

PORTER, F. Pain in the newborn. **Clin perinatol**. Missouri, n. 16, v. 2, p. 549-64, jun. 1989.

POSSARI, João Francisco. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.

PRADO, Marta Lenise et al. Vivenciando a socialidade no processo de viver saudável. In: REZENDE, Ana Lúcia Magela de; SANTOS, Flávia Regina Souza; PATRÍCIO, Zuleica Maria (Org.). **O Fio da Moiras**: O afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: Editora da UFSC, 1995. p. 181-121. (Enfermagem).

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. Quotidiano e saúde. In: REZENDE, Ana Lúcia Magela de; RAMOS, Flávia Regina Souza; PATRICIO, Zuleica Maria (Org.). **O fio das moiras**: o afrontamento do destino no cotidiano da saúde. Florianópolis: Sa, UFSC, 1995. p. 09-15.

SANTOS, Moelisa Queiroz dos. **A enfermagem e o paciente com dor torácica: convivendo com os sentimentos no cotidiano do cuidado.** 2005. 110 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Pós-Graduação da Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2005.

SILVA, Ricardo Nunes Moreira da. Cuidados voltados para o desenvolvimento do pré-termo na UTI Neonatal. In: ALVES FILHO, Navantino et al. (Ed.). **Avanços em perinatologia.** Rio de Janeiro: MEDSI/Guanabara Koogan, 2005. p. 35-50.

SOFAER, B. **Dor - manual prático.** 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 17.

STEVENS B, YAMADA J, OHLSSON A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database Syst Rev.**, 2001; (4): CD001069.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. Controle da dor e sedação do recém-nascido. In: _____ **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** Rio De Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 45-49.

TAKETOMO CK, HODDING J.H, KRAUS DM. **Pediatric dosage handbook.** 6. ed. Hudson OH: Lexi-comp; 2000.

TAVARES, José Lucimar. **A comunicação na loucura.** 1994. 276 f. Tese (Doutorado) - Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1997.

TEIXEIRA, M. J., FIGUEIRÓ, J. A.B. DOR: Epidemiologia e evolução histórica da dor. In:_____. **Dor: anatomia e fisiopatologia de condições algicas.** São Paulo: Moreira Jr. 2002, p. 1-22.

VIANNA, Pedro Thadeu Galvão; GANEM, Eliana Marisa. Agentes Bloqueadores Neuromusculares. In: SILVA, Penildon. (Org.). **Farmacologia.** 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 492-506.

WALDOW, V.R. **Cuidado humano: o resgate necessário.** Porto Alegre: Sagra-Luzzato, 1998.

_____. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos.** Petrópolis: Vozes, 2004. 237 p.

WHALLEY, L.F; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais na intervenção efetiva.** 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. 1130 p.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

***TÍTULO DO PROJETO: “Dor do recém-nascido no cotidiano da
Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”***

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de um estudo que tem o objetivo de compreender o significado da dor do recém-nascido para os profissionais de saúde nas unidades de tratamento intensivo neonatal de Salvador. Trata-se de um projeto de pesquisa desenvolvido no Mestrado da Escola de Enfermagem Universidade Federal da Bahia pela Mestranda Maria Thaís de Andrade Calasans.

Conforme determina a Resolução N. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, o trabalho requer a participação voluntária de enfermeiros e médicos. Estes serão entrevistados, seus depoimentos serão gravados, onde poderão falar livremente sobre o cuidar de neonatos com dor.

A entrevista só será gravada em fita de áudio, após sua concordância. Você poderá ouvir a fita e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material de gravação será arquivado pela autora por um período de (5) cinco anos e após esse período será destruído (queimado).

Este estudo não lhe oferece riscos. Preservará seu anonimato e seu direito de aceitar ou não participar desta pesquisa e poder desistir ou anular este consentimento em qualquer fase da mesma, caso decida, sem prejuízos para seu desempenho profissional. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos. Os pesquisadores não estão sendo remunerados para a realização desse estudo, assim como os entrevistados não receberão benefícios financeiros para a sua participação no mesmo. As despesas do projeto estão a cargo da mestranda.

Qualquer dúvida ou problema que venha ocorrer durante este estudo, você poderá entrar em contato com a mestranda Maria Thaís de Andrade Calasans pelo telefone (71) 3367-4812 / 9105-7148.

Agradecemos sua atenção.

Salvador,

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Iniciais e número

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista

PARTE I: CARACTERIZAÇÃO PROFISSIONAL

- Idade
- Sexo
- Religião
- Estado civil
- Número de filhos
- Profissão
- Especialização
- Tempo de formação
- Tempo em Neonatologia
- Outros cursos

PARTE II

1. Você já cuidou de algum recém-nascido com dor, como profissional ou não?
2. Como foi essa experiência para você?
3. O relacionamento afetivo com o RN ou família interfere no cuidado prestado frente à situação de dor do neonato?
4. Como você identifica a dor no recém-nascido?
5. Quando você identifica a dor, qual o seu procedimento com o recém-nascido, com a equipe e em relação aos registros?
6. O que significa a dor do recém-nascido para você?

APÊNDICE C - Roteiro de Observação

1. O profissional que está cuidando do recém-nascido consegue identificar a dor.
2. Quando e como ocorre a aproximação ao recém-nascido pelo médico ou enfermeira.
3. Estratégias utilizadas para prevenção, identificação e para alívio da dor.
4. Comunicação entre profissionais da equipe de saúde frente à dor do recém-nascido.

APÊNDICE D - Roteiro para Coleta de Dados em Prontuário

- Registros de identificação da dor por médicos e enfermeiros.
- Registros médicos e de enfermagem sobre as estratégias utilizadas para o alívio da dor dos recém-nascidos.
- Registros sobre a eficácia das estratégias utilizadas para o alívio da dor no recém-nascido.

APÊNDICE E- CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Quadro 01 – Caracterização dos sujeitos do Hospital A

HOSPITAL A						
Código	Profissão	Idade	Sexo	Tempo de Formado	Atuação em Neo (ano)	Especialidade
1A	Enfermeira	44	Feminino	22	22	Neonatologia
2A	Enfermeira	37	Feminino	15	15	Neonatologia e Pediatria
3A	Médica	46	Feminino	20	20	Mestrado em Pediatria
4A	Enfermeira	25	Feminino	2	1	Neonatologia
5A	Enfermeira	41	Feminino	18	18	Neonatologia
6A	Médica	39	Feminino	16	13	Neonatologia e Pediatria
7A	Enfermeira	34	Feminino	10	4	Neonatologia
8A	Médico	41	Masculino	18	15	Neonatologia
9A	Médica	41	Feminino	18	15	Neonatologia
10A	Médica	43	Feminino	19	16	Neonatologia e Pediatria
11A	Médica	34	Feminino	10	7	Neonatologia e Pediatria Mestrado em pediatria
12A	Enfermeira	37	Feminino	14	14	Neonatologia
13A	Médica	45	Feminino	23	18	Neonatologia
15A	Médica	45	Feminino	20	15	Neonatologia
Profissionais						
		Quantidade	Feminino	Masculino		
Enfermeiras		6	6	0		
Médicos		8	7	1		
Total		14	13	1		

Quadro 02 – Caracterização dos sujeitos do Hospital B

HOSPITAL B						
Código	Profissão	Idade	Sexo	Tempo de Formado	Atuação em Neo (ano)	Especialidade
1B	Enfermeira	35	Feminino	11	1	Neonatologia
2B	Médica	41	Feminino	18	16	Neonatologia e Pediatria
3B	Médico	28	Masculino	3	1	Residência em Neonatologia
4B	Enfermeira	58	Feminino	27	2	Neonatologia
5B	Enfermeira	49	Feminino	26	5	Neonatologia
6B	Médica	45	Feminino	20	15	Pediatria
7B	Médica	47	Feminino	23	15	Neonatologia
8B	Enfermeira	52	Feminino	27	4	Neonatologia
9B	Enfermeira	47	Feminino	23	12	Neonatologia
10B	Enfermeira	48	Feminino	26	25	Neonatologia
11B	Enfermeira	40	Feminino	16	5	Neonatologia e Pediatria
12B	Enfermeira	23	Feminino	1	7 meses	Não tem
Profissionais		Quantidade	Feminino	Masculino		
Enfermeiras		8	8	0		
Médicos		4	3	1		
Total		12	11	1		

ANEXO A – Escala de avaliação de dor (NIPS)

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	<i>Relaxada</i>	<i>Contraída</i>	-
Choro	<i>Ausente</i>	<i>"Resmungos"</i>	<i>vigoroso</i>
Respiração	<i>Relaxada</i>	<i>Diferente do basal</i>	-
Braços	<i>Relaxados</i>	<i>Fletidos / estendidos</i>	-
Pernas	<i>Relaxadas</i>	<i>Fletidas / estendidas</i>	-
Estado de consciência	<i>Dormindo / calmo</i>	<i>Desconfortável</i>	-
<i>Define-se como dor, nessa tabela, valores maiores e iguais a 4 pontos.</i>			

Fonte: Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria** 1999; 75 (3): 149-60

ANEXO B – Sistema de codificação da atividade facial neonatal (NFCS)

Movimento Facial	0 ponto	1 ponto
<i>Fronte saliente</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Fenda palpebral estreitada</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Sulco naso - labial aprofundado</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Boca aberta</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Boca estirada (horizontal ou vertical)</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Língua tensa</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Protusão da língua</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Tremor de queixo</i>	<i>Ausente</i>	<i>Presente</i>
<i>Escore Máximo 8 (oito) pontos: Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação da presença da dor</i>		

Fonte: Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria** 1999; 75 (3): 149-60

ANEXO C – Perfil da dor do prematuro (PIP)

	Indicadores	0	1	2	3
Observar RN por 15 seg. Anotar FC/SPO2 basais	IG (sem.)	≥ 36	32 – 35s 6/7	28 – 31s 6/7	< 28
	Estado de alerta	ativo	quieto	ativo	quieto
	Estado de alerta	acordado	acordado	dormindo	dormindo
	Estado de alerta	olho aberto movimentos faciais +	olho aberto sem mímica facial	olho fechado movimentos faciais +	olho fechado sem mímica facial
Observar RN 30 seg.	FC Máxima	0 - 4 bpm	5 - 14 bpm	15 - 24 bpm	≥ 25 bpm
	SO 2 Mínima	0 - 2,4 %	2,5 - 4,9 %	5,0 - 7,4 %	≥ 7,5 %
	Testa franzida	ausente	mínimo	moderado	máxima
	Olhos espremidos	ausente	mínimo	moderado	máxima
	Sulco nasolabial	ausente	mínimo	moderado	máxima
<i>Define-se como ausente = 0% a 9% do tempo de observação de 30 Seg. com a alteração comportamental pesquisada; mínimo=10% a 39% do tempo; moderado=40% a 69% do tempo; máximo = mais de 70% do tempo de observação com a alteração de mímica facial em questão.</i>					

Fonte: Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria** 1999; 75 (3): 149-60.

ANEXO D – Parecer do CONEP