

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

FATORES QUE INFLUENCIAM OS ENFERMEIROS NA
ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS
PARA O CONTROLO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Dissertação de Mestrado

Orientação:

Prof. Doutor António Luís Rodrigues Faria de Carvalho

Co-orientação:

Prof.(a) Mestre Sandra Sílvia Silva Monteiro Santos Cruz

Cristina Isabel Moreira Correia

Porto | 2011

"Para os seres humanos, a dor é um flagelo mais terrível do que a própria morte"

Albert Schweitzer

Ao meu filho José Guilherme e a todos os recém-nascidos.

Ao meu marido, Mário, pelo seu apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A concretização desta dissertação só foi possível graças à participação de diversas pessoas.

Ao Professor Doutor Luís Carvalho pela orientação, sapiência, disponibilidade e estímulo.

À Mestre Sandra Cruz pela sua co-orientação, ensinamentos, estímulo e conforto dado em momentos menos positivos que tive.

Ao corpo docente deste mestrado, de modo particular à Professora Doutora Paula França e à Professora Doutora Cândida Pinto pelo apoio dado na fase inicial desta dissertação.

Ao meu marido Mário e meus pais que sempre me apoiaram e compreenderam as minhas ausências.

Às colegas de mestrado Tânia Campos e Sandra Magalhães, pela amizade e companheirismo demonstrado desde o primeiro momento. Bem hajam pelos momentos partilhados.

À Amélia Rocha pela amizade, compreensão e apoio incondicional.

Às enfermeiras entrevistadas que, amavelmente partilharam comigo as suas opiniões e experiências.

ABREVIATURAS E SIGLAS

DGS – Direção Geral de Saúde

E1 – Entrevistado 1

E2 – Entrevistado 2

E3 – Entrevistado 3

E4 – Entrevistado 4

E5 – Entrevistado 5

E6 – Entrevistado 6

E7 – Entrevistado 7

E8 – Entrevistado 8

E9 – Entrevistado 9

EDIN – Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

g – Gramas

IASP - International Association for the Study of Pain

Não REM – Non-Rapid Eye Movements

NIDCAP – Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

NIPS – Neonatal Infant Pain Scale

nº - Número

N-PASS – Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale

PIPP – Premature Infant Pain Profile

REM – Rapid Eye Movements

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SOS – Save Our Souls

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1 – SISTEMA CONCEPTUAL	21
1.1 – O Conceito Dor	21
1.2 – A Dor no Recém-Nascido	24
<i>1.2.1 – As Respostas do Recém-Nascido à Dor</i>	29
<i>1.2.2 – Avaliação da Dor no Recém-Nascido</i>	34
1.3 – As Medidas não Farmacológicas no Controlo da Dor do Recém-Nascido	38
2 – O QUE INFLUENCIA OS ENFERMEIROS DA NEONATOLOGIA NA ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O CONTROLO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO	45
2.1 - Problema de Investigação e Finalidade do Estudo	46
2.2 – Paradigma de Investigação	47
2.3 – Participantes no Estudo	49
2.4 – Instrumento de Recolha de Dados	51
2.5 – Considerações Éticas	53

3 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO	55
3.1 – Apresentação dos Dados	56
3.1.1 – <i>Caracterização dos Participantes</i>	57
3.1.2 – <i>Valorização da Dor Neonatal por Parte dos Enfermeiros da Neonatologia</i>	57
3.1.3 – <i>Manifestações de Dor do Recém-Nascido Reconhecidas pelos Enfermeiros da Neonatologia</i>	65
3.1.4 – <i>Procedimentos Farmacológicos e Não Farmacológicos para Controlar a Dor do Recém-Nascido</i>	68
3.1.5 – <i>Implementação de Medidas Não Farmacológicas</i>	72
3.2 – Discussão dos Resultados	80
4 – CONCLUSÃO	91
BIBLIOGRAFIA	95
ANEXOS	105
ANEXO I – ESCALA DE DOR EDIN	107
ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO	111
ANEXO III – CARTA DIRECIONADA AO ENFERMEIRO DIRETOR DO CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA	115

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Alterações fisiológicas apresentadas pelo recém-nascido face à dor.....	29
Quadro 2 – Alterações comportamentais face à dor	31
Quadro 3 – Escalas de avaliação da dor no recém-nascido.....	35
Quadro 4 – Guião de entrevista	52
Quadro 5 – Referencial de análise de conteúdo	56
Quadro 6 – Subcategoria prevenção da dor	58
Quadro 7 – Subcategoria controlo da dor	60
Quadro 8 – Subcategoria avaliação da dor	61
Quadro 9 – Subcategoria registo da dor	63
Quadro 10 – Subcategoria manifestações comportamentais	66
Quadro 11 – Subcategoria manifestações fisiológicas	67
Quadro 12 – Subcategoria procedimentos farmacológicos	69
Quadro 13 – Subcategoria procedimentos não farmacológicos	70
Quadro 14 – Subcategoria formação	73
Quadro 15 – Subcategoria protocolos.....	75
Quadro 16 – Subcategoria recursos materiais	77
Quadro 17 – Subcategoria variáveis organizacionais	78

RESUMO

A dor é um fenómeno universal cuja abordagem é mutável de acordo com a cultura onde o fenómeno ocorre. As evidências demonstram que o recém-nascido é hiperálgico. E quando este se encontra doente está menos apto a modular as respostas fisiológicas de stresse e, conseqüentemente, a manter a homeostasia (Batalha, 2010).

São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor. As medidas não farmacológicas dão a possibilidade aos enfermeiros de planearem e executarem múltiplas intervenções de enfermagem de carácter autónomo cujo objetivo é controlar a dor do recém-nascido. Quando essas intervenções são corretamente implementadas promovem o desenvolvimento infantil mais harmonioso, apesar das condicionantes que cada recém-nascido experimenta.

O presente estudo obedeceu ao paradigma qualitativo e optámos por um desenho de carácter descritivo e transversal. Procurámos compreender quais os fatores que influenciam os enfermeiros da neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na adoção de estratégias não farmacológicas para controlo da dor do recém-nascido.

A recolha de dados foi efetuada com recurso a entrevista semi-estruturada presencial, face a face e individual. A seleção dos entrevistados obedeceu a critérios de inclusão e na relação com os entrevistados cumprimos os pressupostos éticos da investigação. A análise dos dados foi efetuada com recurso à análise de conteúdo, conforme defendido por Bardin (2009).

Os resultados obtidos sugerem que fatores como a valorização da dor, o conhecimento das manifestações de dor do recém-nascido, os conhecimentos que os enfermeiros possuem acerca das medidas não farmacológicas bem como fatores relacionados com a existência de protocolos, disponibilidade de recursos, a

formação e as variáveis organizacionais condicionam os enfermeiros na decisão de implementar medidas não farmacológicas.

Pensamos que ao clarificar estas condicionantes poderemos contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população neonatal.

Palavras-chave: Dor, Recém-nascido, Medidas não farmacológicas e Enfermeiros.

ABSTRACT

Pain is a universal phenomenon whose approach is changeable according to the culture in which the phenomenon occurs. Evidence shows that the newborn is hyperalgetic and when he's sick is less able to modulate the physiological responses to stress and, consequently, to maintain homeostasis (Batalha, 2010).

There are several causes that may act upon existence and intensity of pain. Nonpharmacologic measures make it possible for nurses to plan and implement multiple autonomous interventions whose goal is to control the pain of the newborn. When they are properly applied promote child development more harmonious, despite the constraints that each newborn experiences.

This study followed the qualitative paradigm and opted for a design of a descriptive nature and transverse. Tried to understand what factors influence the Neonatal Nurses Centro Hospitalar Tâmega e Sousa in the adoption of non-pharmacological strategies for pain control of the newborn.

Data collection was performed using semi-structured interview in person, face to face and individually. The selection of respondents followed the inclusion criteria and relationship with the respondents fulfill the ethical research. Data analysis was performed using the content analysis, as advocated by Bardin (2009).

The results suggest that factors such as the appreciation of pain, knowledge of the manifestations of pain in newborns, the knowledge that nurses have about non-pharmacological as well as factors related to the existence of protocols, availability of resources, training and organizational variables affect the nurses in the decision to implement non-pharmacological measures.

We think that by clarifying these constraints can contribute to improving the quality of nursing care provided to the neonatal population.

Keywords: Pain, Newborn, non-pharmacological measures and nurses.

INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno complexo e com variáveis multidimensionais. São inúmeras as causas que podem influenciar a existência e a intensidade da dor. O seu entendimento ao longo dos tempos tem refletido o domínio sucessivo de várias orientações filosóficas. Aristóteles considerava a dor como um fenómeno emocional. Na idade média a dor era associada ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição. Com o iluminismo a dor passou a ser entendida como fenómeno físico e poderia ser suprimida através de técnicas mecânicas. *“Esta conceção rejeita a participação do homem na construção da sua dor, a sua dimensão emocional, entendendo-a apenas como um facto puramente sensorial”* (Batalha, 2010, p. 3).

A International Association for the Study of Pain (IASP) descreve a dor como *uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal dano*. A American Academy of Pediatrics (2000) refere-se à dor como sendo sempre subjetiva. Nesse contexto a dor dos indivíduos que não podem exprimi-la através de palavras torna-se um fenómeno à parte.

Uma crença inicial defendia que o recém-nascido não tinha mecanismos neuroendócrinos e neuroanatómicos desenvolvidos para conduzir os estímulos dolorosos. Não sendo assim capaz de sentir dor (Medeiros e Madeira, 2006). Numa segunda fase oriunda de investigações realizadas nos anos 80 demonstrou-se que o recém-nascido tinha estruturas anatómicas adequadamente desenvolvidas para sentir e manifestar a dor (Lago et al, 2009; Pereira e Justo, 2010). No atual estado do conhecimento reconhece-se que o recém-nascido além de sentir dor, esta será também responsável por graves consequências a nível orgânico, emocional e pode comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil (Friaça e colaboradores, 2010).

Felizmente dispomos de ferramentas como o conhecimento da fisiologia da dor do recém-nascido, escalas de avaliação e medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenir e minimizar a dor dos recém-nascidos e otimizar os cuidados de enfermagem no sentido de obtermos uma melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros que cuidam dos recém-nascidos.

Esta filosofia de cuidados conduz-nos ao respeito pela autonomia do recém-nascido. Assim, os enfermeiros devem procurar executar sempre a melhor prevenção e tratamento da dor, já que o recém-nascido não é competente para tomar decisões. A Ordem dos Enfermeiros (2008) faz referência à negação ou à desvalorização da dor do outro como um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Sendo a dor um sintoma subjetivo, esta pode e deve ser avaliada e atenuada.

Estima-se que o recém-nascido internado numa neonatologia seja submetido a procedimentos potencialmente dolorosos cerca de 50 a 150 vezes ao dia, sendo que os recém-nascidos com peso de nascimento abaixo de 1.000g, devido ao longo período de internamento e à especificidade do seu tratamento, podem sofrer 5.000 ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua hospitalização (Araújo e colaboradores, 2010). É também por isto que consideramos ser urgente refletir e ter um pensamento crítico sobre o nosso exercício profissional no âmbito do foco de atenção dor no contexto neonatal.

Sabe-se que a dor no recém-nascido pode causar alterações fisiológicas de diversas ordens e, inclusivamente, sequelas neurológicas, tendo consequências diretas a longo prazo no que respeita ao desenvolvimento neurológico e comportamental (Kashaninia, 2008). A Canadian Pediatric Society (2000) recomenda a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar o stresse e a dor no recém-nascido.

A evidência já demonstrou que as medidas não farmacológicas são medidas adequadas e eficazes para neutralizar a dor inerente a muitos dos procedimentos e intervenções dolorosas ou potencialmente dolorosas. O uso de intervenções não farmacológicas e a sua implementação nos planos de cuidados de enfermagem é uma ação independente da enfermagem (Batalha 2010).

A enfermagem é uma profissão em evolução, uma disciplina académica e uma ciência. Como disciplina, há uma relação recíproca entre a teoria e a prática. A prática é a base para o desenvolvimento da teoria de enfermagem, e essa teoria deve ser validada na prática. A teoria tem as suas raízes na prática, sendo refinada pela pesquisa e reaplicada na prática. Para McEwen e Wills (2009), para melhorar a prática de enfermagem, os enfermeiros necessitam de rever a literatura, analisar

criticamente os resultados da evidência científica, questionar permanentemente a sua prática e procurar melhores alternativas.

No contexto da nossa prática clínica, constatamos que ainda há procedimentos que são executados por enfermeiros ou por outros elementos da equipa multidisciplinar que provocam dor ou desconforto ao recém-nascido e não são aplicadas medidas não farmacológicas para minimizar tais danos. As evidências científicas demonstram que a sua implementação surte efeito na minimização da dor ou desconforto. Verificamos também que em vários momentos a dor é avaliada, mas como é considerada ligeira nada é feito para a atenuar. Neste contexto consideramos que a implementação de medidas não farmacológicas surtiria efeito aliviando e minimizando a dor.

Por verificarmos que há ainda um longo caminho a percorrer pelos enfermeiros, no sentido de garantir que os recém-nascidos possam usufruir das vantagens da implementação de medidas não farmacológicas na prevenção e controlo da dor, surgiu então a inquietação de entender o que condiciona os enfermeiros da neonatologia na decisão de implementar medidas não farmacológicas nos seus planos de cuidados. Assim, aproveitamos a oportunidade de desenvolver esta temática, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria ministrado na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Em conformidade com que foi mencionado anteriormente, consideramos que esta investigação poderá ser um fator catalisador para alterar algumas das práticas atuais dos enfermeiros no que respeita à implementação de medidas não farmacológicas.

Perante estas inquietações esta dissertação tem como pergunta de partida: **Quais os fatores que influenciam os enfermeiros da Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor do recém-nascido?**

Pretendemos com a execução desta dissertação reforçar a pertinência da prevenção e tratamento da dor neonatal. Pois, este é um imperativo ético, moral e um direito inalienável de qualquer criança.

A crescente tomada de consciência de que o recém-nascido sente dor e é capaz de manifestar dor, conduziu à necessidade de avaliar objetivamente este sinal vital. As evidências científicas já demonstraram a eficácia das medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido, no entanto, no contexto da prática dos cuidados de enfermagem é comum confrontarmo-nos com a desvalorização da eficácia destas medidas. Objetivamos ser agentes promotores de melhores práticas de enfermagem na gestão da dor do recém-nascido e traçar

estratégias promotoras de mudanças na prática de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Perante estas intenções e pela relevância desta temática enunciamos os seguintes objetivos de investigação:

- Descrever a valorização da dor neonatal por parte dos enfermeiros da Neonatologia;
- Identificar as práticas de avaliação da dor no recém-nascido por parte da equipe de enfermagem;
- Elencar quais os instrumentos / métodos que os profissionais de enfermagem recorrem para monitorizar a dor do recém-nascido;
- Identificar indicadores de dor no recém-nascido reconhecidos por profissionais de enfermagem;
- Apreender quais as medidas não farmacológicas que os enfermeiros conhecem para controlo da dor do recém-nascido;
- Conhecer quais as medidas não farmacológicas a que os enfermeiros recorrem para controlo da dor do recém-nascido;
- Identificar as dificuldades que os enfermeiros da Neonatologia sentem na implementação de medidas não farmacológicas.

A metodologia adotada para este estudo é de carácter qualitativo. Este paradigma permite ressaltar o sentido ou o significado que o fenómeno em estudo reveste para os indivíduos. A estratégia utilizada para a recolha de dados foi a entrevista semi-estruturada e a análise foi efetuada com recurso à análise de conteúdo, conforme defendido por Bardin (2009).

A estrutura desta dissertação foi a priori estabelecida. Tendo em conta que a teoria é integrante do processo de pesquisa, o enquadramento conceptual constitui o primeiro capítulo. Neste, clarificamos os conceitos teóricos como a dor, avaliação da dor e as medidas não farmacológicas que os enfermeiros podem autonomamente executar para prevenir e controlar da dor do recém-nascido. O segundo capítulo é constituído pelo enquadramento metodológico onde é descrito o paradigma de investigação, os participantes no estudo, o instrumento de recolha de dados e as considerações éticas desta investigação. Os resultados deste estudo e a sua discussão constituem o terceiro capítulo. Por último, são apresentadas as principais conclusões, salientando os aspetos que consideramos mais significativos e enunciamos algumas sugestões que consideramos suscetíveis de virem a promover a implementação de medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido.

1 – SISTEMA CONCEPTUAL

A teoria é integrante do processo de pesquisa. Esta constitui a estrutura para dar perspectiva e orientação do estudo de pesquisa (McEwen e Wills, 2009). Esta revisão inicial permite familiarizarmo-nos com o processo de pesquisa documental, com vista a explorar o tema em estudo. O sistema conceptual possibilita explicar a lógica que consideramos estar na origem da base do fenómeno em estudo. A teoria permite alcançar as proposições explicativas do fenómeno a estudar e prever qual o plano de pesquisa a seguir e as operações a aplicar.

1.1 – O Conceito Dor

O entendimento de dor ao longo dos tempos tem refletido o domínio sucessivo de várias orientações filosóficas. Aristóteles considerava a dor como um fenómeno emocional. Na idade média a dor era associada ao pensamento religioso, sendo aceite como uma punição. Com o iluminismo a dor passou a ser entendida como fenómeno físico e poderia ser suprimida através de técnicas mecânicas. *“Esta conceção rejeita a participação do homem na construção da sua dor, a sua dimensão emocional, passando a ser entendida como um facto puramente sensorial”* (Batalha, 2010,p. 3).

A dor é um fenómeno universal, vivenciado em todas as faixas etárias, níveis socioeconómicos e em todas as situações ambientais. Ao longo do tempo, variadas formas de abordagem foram aplicadas para a sua compreensão. Cada sociedade integra a dor na sua própria visão do mundo, o que altera o seu sentido e valor tornando-a mutável de acordo com a sua cultura (Kazanowski e Laccetti, 2005; Ojugas, 1999).

Melzack e Wall em 1965 enunciou a teoria do portão (Gate Control Theory) introduzindo uma nova perspectiva na compreensão da dor. Enfatizaram a importância dos sistemas modulares ascendentes e descendentes, abrindo portas para os diferentes síndromes dolorosos. Uma das implicações diretas da teoria do portão foi a compreensão do mecanismo dos vários níveis do sistema nervoso em que atuam os diferentes métodos de alívio e a decorrente procura de novas estratégias de controlo da dor. Para Fernandes (2000), esta teoria integra conhecimentos com origem na investigação da neurofisiologia e na bioquímica. Sabe-se hoje que a dor é um fenómeno doloroso que não é apenas multidimensional, complexo, é também subjetivo e seria também inacessível se não pudesse ser comunicado através de comportamentos de dor.

Em 1979 a International Association for the Study of Pain (IASP) descrevia a dor como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual potencial ou real ou descrita em termos de tal dano”*. A esta definição deverá ser ainda acrescentada o início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível (Johnson e colaboradores, 2009). Batalha (2010, p. 3) considera que a definição da International Association for the Study of Pain *“encerra dois conceitos de dor: como experiência individual e subjetiva e como dor com dois componentes indissociáveis. O sensorial é determinado neurofisiologicamente e o emocional é baseado no estado afetivo, experiências passadas, estágio de desenvolvimento e inúmeros outros fatores de ordem pessoal, cultural e espiritual, que requerem aprendizagem desde muito cedo na vida das pessoas”*.

A dor na população pediátrica é definida segundo a American Academy of Pediatrics (2000, p 454), como uma *“experiência sensorial desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. A dor é sempre subjetiva.”* Nesse contexto a dor dos indivíduos que não podem exprimi-la através de palavras torna-se um fenómeno à parte.

Pelo descrito anteriormente e porque mesmo nos procedimentos de rotina como avaliar sinais vitais, posicionar e mudar a fralda há em comum a dor ou o stresse, a Direção Geral de Saúde a 14/06/2003 emanou a Circular Normativa n.º 09 que prevê a implementação da avaliação e registo sistemático da intensidade da dor em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde, elevando assim, também em Portugal, a dor à categoria de 5º sinal vital. Através do Programa Nacional de Controlo da Dor emitiu a circular Nº: 11/DSCS/DPCD de 18/06/2008, com alguns princípios orientadores para a prática nos cuidados relativamente à dor. Estes princípios orientadores fazem referência à subjetividade da dor; a esta deve

ser dada particular atenção ao controlo da dor nos indivíduos com dificuldade ou impossibilidade de comunicação verbal como é o caso do recém-nascido. É feita também referência à sua monitorização como 5º sinal vital, uma vez que esta representa um sinal de alarme vital para a integridade do indivíduo e fundamental para o diagnóstico e monitorização de inúmeras patologias, mas não deve ser causa de sofrimento desnecessário. A avaliação e registo regular da intensidade da dor constitui uma norma de boa prática clínica que deve ser observada.

A Ordem dos Enfermeiros em 2008 emitiu um guia de boas práticas onde defende que:

“...a relação da dor com o sofrimento merece uma referência particular. Sabemos que a negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional. Sendo sintoma subjetivo, a dor corre o risco de estar colocada num quadro de análise que a considera «necessária» ou «inevitável» – e se sofrimento é o consentimento humano à finitude, a dor pode e deve ser avaliada, atenuada, mitigada. Ademais, seja o que for que se diga do sofrimento, ficará ainda muito distante do sofrimento vivido e da sua experiência, pois que é indizível. Assim, e com o que hoje sabemos do fenómeno da dor e dos fatores que a influenciam, ao longo do ciclo vital, na diversidade de cada um, seja neonato ou idoso, em processo agudo, crónico ou paliativo, o que mais releva e é realmente importante, é valorizar a dor, tomá-la verdadeiramente como «5.º sinal vital», avaliar e respeitar a avaliação que o outro faz quando pode (pois que a intensidade da dor é a que a pessoa diz que é) e a que enfermeiro realiza por ele, quando o próprio não pode” (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p.7).

O recém-nascido não verbaliza a dor, no entanto, é capaz de manifestar a sua dor através de alterações comportamentais e fisiológicas (Gaiva e Dias, 2002; Gasparido, Linhares, Martinez, 2005; Crescêncio; Zanelato; Leventhal, 2009; Cardoso e colaboradores, 2010) como enfermeiros temos o dever ético e humanitário em reconhecer, minimizar e tratar a dor no sentido de garantir que este tenha os seus direitos preservados e a sua integridade protegida. Tal só será possível se os enfermeiros executarem os seus cuidados de acordo com os princípios éticos defendidos por Beauchamp e Childress (1994), que se baseiam em 4 princípios: a autonomia, beneficência, não maleficência e o princípio da justiça.

Partilhamos da perspectiva de Christoffel e colaboradores (2009) no que respeita aos princípios éticos perante a temática da dor do recém-nascido. O respeito pela autonomia do recém-nascido exige que o enfermeiro procure executar sempre o melhor tratamento, já que o recém-nascido não é competente para tomar decisões; pelo que o enfermeiro também deve procurar envolver a família nos cuidados ao recém-nascido, informando-os adequadamente e utilizando uma linguagem acessível. Ainda no que se refere à autonomia, o enfermeiro deve implementar medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido pois estas são intervenções de enfermagem autónomas. No que respeita aos princípios da beneficência e não maleficência, estão presentes nas situações em que é necessário causar dor ou desconforto para originar um bem maior ou seja a recuperação e a vida do recém-nascido. O princípio da justiça relaciona-se com a garantia dos direitos individuais do recém-nascido e família nas várias situações clínicas diárias.

Os enfermeiros têm o dever de prevenir e minimizar a dor do recém-nascido e encorajar os pais a lidar com as suas angústias e preocupações, incentivá-los a participar nas decisões e cuidados necessários para garantir o bem-estar do recém-nascido.

1.2 – A Dor no Recém-Nascido

O debate sobre a dor no recém-nascido tem evoluído ao longo dos últimos 30 anos. Na nossa ótica, o comportamento de dor do recém-nascido é constituído, como refere Teixeira (2006), por todas as respostas ou reações à dor observáveis e que possam ser utilizadas para comunicar a experiência dolorosa. Os recém-nascidos têm capacidade para evidenciar alterações fisiológicas, comportamentais, hormonais e metabólicas como resposta a estímulos dolorosos (Gaiva e Dias, 2002; Kopelman e colaboradores, 2006; Gaspardo, Linhares, Martine, 2005; Cardoso e colaboradores, 2010; Veronez e Corrêa, 2010).

A crença inicial defendia que o recém-nascido não tinha mecanismos neuroendócrinos e neuroanatômicos desenvolvidos para conduzir os estímulos dolorosos, não sendo assim capaz de sentir dor (Medeiros e Madeira, 2006). Numa segunda fase oriunda de investigação realizada nos anos 80 demonstrou-se que o recém-nascido tinha estruturas anatómicas adequadamente desenvolvidas para

sentir e manifestar a dor (Lago e colaboradores, 2009; Pereira e Justo, 2010). Atualmente também é reconhecido que o recém-nascido além de sentir dor, esta será também responsável por graves consequências a nível orgânico, emocional e pode comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil (Friaça e colaboradores, 2010). Sendo assim, dispomos de ferramentas como conhecimento da fisiologia da dor do recém-nascido, escalas de avaliação e medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenir e minimizar os scores de dor nos recém-nascidos e tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados. Christoffel e colaboradores (2009) defendem que os enfermeiros devem identificar, avaliar e tratar a dor do recém-nascido, para assim maximizar os benefícios e minimizar os danos ou prejuízos adjacentes aos cuidados necessários durante o internamento nas unidades de neonatologia.

Torna-se pois urgente valorizar a dor do recém-nascido, atendendo ao número de manipulações e intervenções potencialmente dolorosas como a evidência demonstra. Batalha, Santos e Guimarães (2007) verificaram que nove em cada dez recém-nascidos revelaram ter sido alvo de pelo menos uma intervenção dolorosa em oito horas. Neste período, pelo menos metade dos recém-nascidos sofreram quatro ou mais intervenções. A extrapolação destes resultados revelou que, em média, os recém-nascidos sofreram doze procedimentos dolorosos ao fim de um dia e 84 ao fim de uma semana.

Calasans, Camargo e Valente (2007) constataram que os recém-nascidos podem estar sujeitos a 132 manipulações por dia, onde se incluem os cuidados gerais mas também procedimentos mais complexos e dolorosos. Na primeira semana de vida um recém-nascido prematuro sofre em média 53 a 63 invasivos. Quanto menor a idade gestacional maior é a necessidade de expor o recém-nascido a procedimentos dolorosos sendo que um recém-nascido de 23 semanas pode ser sujeito a 488 procedimentos invasivos durante o seu internamento.

Sousa e colaboradores (2008, P. 272) quantificaram as manipulações a que foi submetido um grupo de recém-nascidos prematuros com idade gestacional entre 27 e 32 semanas e apuraram que o grupo foi submetido *“em média a 7,57 manipulações por hora, com 7 minutos e 41 segundos de duração”*. Podendo clarificar-se que num período de 6 horas os prematuros foram manipulados durante 341 minutos, sendo que sofreram 45,42 manipulações e restaram apenas 19 minutos de tempo para descanso/repouso.

As anteriores evidências vêm reforçar a afirmação de Cardoso e colaboradores (2010) que referem que os recém-nascidos de termo em estado crítico e os prematuros são expostos a múltiplas situações de stresse e desconforto

e dor. Entende-se por stressse segundo o Conselho Internacional de Enfermeiros (2011, p.77) como sendo o “*sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estágio mental e físico do indivíduo.*”

No decorrer das manipulações e procedimentos, o recém-nascido é sujeito a estímulos dolorosos. Este tenta limitar a duração dessa experiência dolorosa, de um modo geral, gastando muita energia com as alterações dos parâmetros fisiológicos, mudanças de comportamento, através de modificações corporais ativas, choro e expressões faciais específicas de dor. Se esta experiência persistir de forma intermitente ou contínua, o recém-nascido passa a apresentar uma marcada conservação de energia, tornando-se pouco reativo à dor, podendo surgir, a curto ou longo prazo, consequências como irritabilidade, diminuição de atenção e orientação, alteração do padrão de sono, aumento do tempo de sono não REM, diminuição do apetite ou até recusa alimentar, alteração na relação entre mãe-filho (Kopelman e colaboradores, 2006).

Diversas linhas de evidência sugerem que a exposição a estímulos dolorosos durante um período fundamental para o desenvolvimento do sistema nervoso leva ao comportamento persistente e mudanças no volume das áreas sensoriais do cérebro. A estimulação deve ser adequada ao estado de desenvolvimento de cada recém-nascido e às exigências individuais, considerando-se que há consequências maléficas para o desenvolvimento das estruturas cerebrais, relacionadas com a super estimulação do sistema nervoso imaturo (Klaus, Kennell e Klaus, 2000; Moura-Ribeiro e Gonçalves, 2010). A estimulação intensa e repetitiva pode levar a um hiperfuncionamento do sistema nervoso simpático, responsável pela quebra da homeostase interna do organismo, hipersensibilidade a estímulos potencialmente dolorosos e não dolorosos, aumento das ramificações nervosas no local de agressão e diminuição do limiar de dor. No caso particular do recém-nascido prematuro podem ainda surgir alterações nos mecanismos neurobiológicos de regulação e modulação do sistema de aferência (Kopelman e colaboradores I, 2006).

Para Balda e Guinsburg (2004), o recém-nascido que passe por experiências dolorosas demonstra consequências a curto e longo prazo. Assim, referem que a curto prazo pode apresentar irritabilidade, diminuição da atenção e orientação, alteração do padrão de sono, recusa alimentar e consequente interferência na relação mãe-filho. A longo prazo pode ocorrer aumento da

sensibilidade à dor, com hipersensibilidade a estímulos dolorosos e não dolorosos, devido ao aumento das ramificações nervosas no local agredido repetidamente. A experiência dolorosa repetida favorece o aparecimento de alterações cognitivas e déficit de atenção em atividades escolares e diminuição do limiar de dor.

A dor e o stresse provocam no recém-nascido alterações nos valores de tensão arterial. O aumento da tensão arterial durante e após o estímulo doloroso pode, em parte, ser responsável pelo aumento da pressão intra-craniana, predispondo o recém-nascido prematuro ao aparecimento de hemorragia peri e intraventricular. Isto porque a circulação cerebral no recém-nascido prematuro nem sempre apresenta as características amadurecidas da autorregulação do fluxo sanguíneo (Kopelman e colaboradores, 2006).

As consequências da dor para o recém-nascido dependem da idade gestacional, da duração da exposição e da natureza do estímulo nociceptivo. *“A ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal não necessita que o desenvolvimento cortical esteja completo para reagir a estímulos. Do ponto de vista do neurodesenvolvimento, existem evidências de que a exposição a estímulos dolorosos a partir das 16 semanas poderá ter consequências a curto prazo e, possivelmente, também a longo termo no que se refere à maturação das vias neuronais”* (Gonçalves, Rebelo e Tavares, 2010, p. 424).

A DGS (2010) faz referência a investigações na área da Neurobiologia que demonstram que as vias nervosas ascendentes necessárias à experiência de dor estão presentes no feto a partir das 20 semanas de gestação e estão totalmente desenvolvidas por volta das 28 semanas de gestação. Refere também que as vias de controlo descendente são ainda imaturas, daí resultando uma hipersensibilidade aos estímulos dolorosos nos recém-nascidos prematuros.

Aguiar e colaboradores (2010) referem que os sistemas sensoriais desenvolvem-se na seguinte sequência: táctil, vestibular, auditivo, olfativo/gustativo e visual. Assim, um feto com 8 semanas começa a desenvolver o seu sistema táctil na região bucal. Às 15 semanas de gestação já suga no dedo e com 20 semanas apresenta sensibilidade táctil em todo o corpo. O segundo sistema a desenvolver-se é o vestibular. O feto às 28 semanas de gestação apresenta respostas como piscar perante um estímulo sonoro ou susto. Às 29 a 32 semanas de gestação o feto apresenta movimentos de sucção ou despertar perante odores desagradáveis e resposta de fuga para odores eversivos. Entre as 32 e 34 semanas o feto apresenta respostas de atenção e alerta. Por último, o sistema visual às 26 e 30 semanas de gestação o feto apresenta percepção cortical da luz. Pelo que o

premature, a partir das 30 semanas fecha os olhos perante o estímulo de luz forte e com pouca luminosidade consegue abrir os olhos e focar um objeto de forma breve.

Para Batalha (2010, p. 9), “os mecanismos básicos de percepção da dor (transdução, transmissão, percepção e modulação) são idênticos entre crianças e adultos, verificando-se apenas algumas exceções ao nível da maturidade neurofisiológica e cognitiva.”

No embrião, cada célula lança uma pequena fibra que se divide numa junção em T. Um braço penetra no tecido através dos nervos, o outro braço penetra na espinal-medula onde existe um vasto grupo de fibras nervosas semelhantes. A pele é profusamente enervada por três tipos de fibras sensitivas: as fibras A-beta, A-delta e fibras C (Wall, 2007). Teixeira (2006) refere que os nociceptores localizam-se na extremidade das fibras amielóticas tipo C e A-delta e reagem a estímulos químicos, mecânicos e/ou térmicos. São classificados como terminações nervosas livres das fibras A-delta e C, sensibilizadas por processos inflamatórios e terminações aferentes A-beta que são de sensibilização central.

Assim, as sensações dolorosas são transportadas por fibras de alto limiar e pequeno diâmetro, mielinizadas (A-delta) e não mielinizadas (fibras C). A mielinização das fibras A-delta é incompleta à nascença, o que apenas contribui para a diminuição da velocidade de condução dos impulsos dolorosos, mas esta é compensada pelas curtas distâncias interaxionais da criança. As vias medulares encontram-se completamente mielinizadas à 28ª semana de gestação. Pois as raízes modulares das vias aferentes diferenciam-se entre o 28º e 32º dia embrionário, sendo que, as conexões medulares com os recetores periféricos fazem-se entre a 6ª e 20ª semana. Os recetores opióides desenvolvem-se antes do nascimento, permitindo uma ação analgésica mesmo nos prematuros (Batalha, 2010).

Torna-se desta forma irrefutável a afirmação de que os recém-nascidos prematuros têm dor e manifestam maiores respostas fisiológicas após um procedimento doloroso (Anand, 2007; Anand e colaboradores, 2005; Lago, 2008; Chimello e colaboradores, 2009). O recém-nascido de termo responde mais vigorosamente a procedimentos invasivos, apontando que a maturação é importante particularmente na manifestação visível das respostas comportamentais (Kurdahi, 2010). O sistema nociceptivo desenvolve-se normalmente até ao nascimento, mas o sistema inibitório é ainda indiferenciado aos três meses de vida (Batalha, 2010). Este sistema é constituído por nociceptores cujas terminações nervosas são livres e localizadas nas extremidades das fibras amielóticas do tipo C e A-delta. As fibras tipo C têm velocidade de condução inferior a 2 metros por

segundo. E as fibras A-delta 25 a 50 metros por segundo. O sistema nociceptivo possui ainda nociceptores silenciosos, responsáveis pelas respostas quando ocorrem lesões nos tecidos e exposição a agentes inflamatórios (Teixeira, 2006). Segundo Batalha (2010), o desequilíbrio qualitativo e quantitativo entre os sistemas nociceptivo e antinociceptivo faz com que a transmissão e percepção de dor sejam aumentadas e potenciadas, principalmente por uma diminuição da capacidade em modular a dor. Assim, em contraposição com o conceito antigo de insensibilidade à dor, o recém-nascido é hiperálgico. E quando este se encontra doente está menos apto a modular as respostas fisiológicas de stresse e, conseqüentemente, a manter a homeostasia.

Reconhecemos que o recém-nascido sente e manifesta dor, bem como esta tem conseqüências a curto e a longo prazo. Consideramos primordial que o foco de atenção dor esteja presente em todos os planos de cuidados de enfermagem e que as intervenções sejam cuidadosamente implementadas e atualizadas.

1.2.1 – As Respostas do Recém-Nascido à Dor

Os recém-nascidos e, de modo particular, os prematuros estão expostos a múltiplos eventos dolorosos ou promotores de stresse, incluindo excesso de luz, ruídos e muitas manipulações, das quais pode resultar a desorganização fisiológica e comportamental (Gaiva e Dias, 2002; Kopelman e colaboradores, 2006; Gasparido, Linhares, Martine, 2005; Lago, 2008; Cardoso e colaboradores, 2010; Veronez e Corrêa, 2010). Para Mancuso e Burns (2009) a morbidade dos recém-nascidos é menor quando a dor é corretamente tratada.

O recém-nascido, após estímulos nociceptivos, pode manifestar dor através de várias alterações fisiológicas como se descreve no quadro 1.

Quadro 1 – Alterações fisiológicas apresentadas pelo recém-nascido face à dor.

Frequência cardíaca	Após um estímulo nociceptivo o recém-nascido pode manifestar aumento ou diminuição do valor da frequência cardíaca em relação ao valor em repouso, sem que apresente necessariamente taquicardia ou bradicardia. Estas alterações podem verificar-se durante e imediatamente após o estímulo doloroso. Existem fatores como idade gestacional, estado de
----------------------------	--

	sono e vigília, estado clínico e a experiência prévia de dor, que podem influenciar a alteração da frequência cardíaca face à dor a que o recém-nascido é exposto.
Frequência respiratória	A frequência respiratória apresenta variabilidade durante e logo após o estímulo doloroso. Assim, a apnéia é manifestada por recém-nascidos prematuros e recém-nascidos de termo em estado crítico.
Tensão arterial	Os valores da pressão sistólica e/ou média aumentam durante e após um procedimento doloroso em recém-nascidos de termo e pré-termo.
Saturação de oxigênio	Quando o recém-nascido é exposto a procedimentos agudos potencialmente dolorosos verifica-se uma diminuição dos valores de saturação de oxigênio. A idade gestacional e o estado clínico não interferem nesta resposta à dor.
Pressão transcutânea de oxigênio	Pressão transcutânea de oxigênio diminui em resposta à dor.
Pressão intracraniana	Os recém-nascidos prematuros e de termo apresentam um aumento da pressão intracraniana quando submetidos a procedimentos dolorosos sem analgesia.
Sudorese Palmar	Esta manifestação não é específica para a dor, no entanto, verifica-se que existe um aumento da sudorese palmar após a exposição a um estímulo doloroso. Esta alteração só está presente em recém-nascidos com idade gestacional acima das 36 semanas de gestação.
Tónus vagal	O tónus vagal do recém-nascido diminui significativamente durante o estímulo doloroso.

Adaptado de Kopelman e colaboradores, 2006, p. 578

O recém-nascido também apresenta alterações comportamentais após estímulos nociceptivos tais como: respostas motoras, choro, alteração da mímica facial e padrão de sono vigília.

Quadro 2 – Alterações comportamentais face à dor.

Respostas motoras a dor	Perante o estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax, movimentos de flexão e extensão das extremidades. Esta resposta pode ser mais lentificada nos recém-nascidos prematuros.
Choro	O choro do recém-nascido com dor tem início súbito, sem antecedência de gemidos, fase expiratória prolongada, tonalidade mais aguda, perda do padrão melódico e com duração aumentada.
Mímica facial	O recém-nascido com dor manifesta-a através de fronte saliente, olhos espremidos, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca esticada, lábios franzidos, língua tensa e tremor do queixo.
Padrão de sono vigília	Após estímulo doloroso existe um aumento do sono não REM.

Adaptado de Kopelman e colaboradores, 2006, p. 578

Alguns parâmetros fisiológicos ocorrem secundariamente a alterações a nível metabólico e hormonal. Segundo Gonçalves, Rebelo e Tavares (2010, p. 421), *“o estímulo nociceptivo induz stresse com ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e do sistema nervoso autónomo. Consequentemente, observam-se alterações hemodinâmicas subjacentes à ação de corticosteroides e catecolaminas, como taquicardia e aumento da pressão arterial. “*

A instabilidade clínica do recém-nascido face à dor e stresse evidenciam a necessidade de serem adotadas medidas que minimizem essas alterações.

O reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende, segundo Cardoso e colaboradores (2007), do conhecimento acerca da dor no período neonatal, da sensibilidade e atenção para a perceção desses sinais de dor. No decorrer da sua pesquisa também reconheceram que os enfermeiros devem ser peritos em comunicar com o recém-nascido, para assim poderem cuidar e ajudar a ultrapassar de forma confortável todos os procedimentos necessários à sua sobrevivência. Byrd, Gonzalez e Parsons (2009) constataram que os enfermeiros reconhecem que existe uma inadequada gestão da dor do recém-nascido. Apontam como causas a falta de protocolos para a gestão da dor baseados em evidências e défice de conhecimentos na gestão e avaliação da dor.

Como enfermeiros, temos a obrigação e dever moral de reconhecer e aceitar a linguagem de dor do recém-nascido. Esta temática tem sido destacada no

contexto da assistência humanizada ao recém-nascido e na filosofia dos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento infantil.

O stresse oriundo do espaço físico e das condições químicas e emocionais potenciam a dor. Pelo que estes focos de atenção devem estar presentes nos processos de enfermagem (Bouza, 2009). Através destes, os enfermeiros devem satisfazer as necessidades do recém-nascido com um plano holístico de cuidados.

Entendemos que o processo de enfermagem é o instrumento que permite ao enfermeiro executar de forma sistemática e agir como um profissional autónomo. Para Doenges e Moorhouse (2010), o processo de enfermagem é simultaneamente a base de todas as ações de enfermagem e a essência da enfermagem.

Assim, o processo de enfermagem é um conceito central do domínio da enfermagem. Constitui a ferramenta que na prática sustenta o processo de pensamento para a tomada de decisão (Pereira, 2009).

No caso do recém-nascido internado num serviço de Neonatologia requer do enfermeiro especial atenção devido às suas particularidades homeostáticas. A tomada de decisão relativa ao foco de atenção dor do recém-nascido nem sempre é fácil, pois existem múltiplas condicionantes que podem afetar a identificação do problema e conduzir a decisões e soluções nem sempre desejáveis no que respeita à qualidade dos cuidados de enfermagem. A origem da dificuldade está na observação/mensuração da dor do recém-nascido.

O enfermeiro na Neonatologia tem a dupla dificuldade em avaliar a dor inerente à subjetividade deste sinal vital e à impossibilidade do recém-nascido em verbalizá-la. Segundo Kopelman e colaboradores (2006), o recém-nascido apresenta uma “linguagem própria” de dor. O reconhecimento e a aceitação desta linguagem de dor por parte do adulto que cuida do recém-nascido é fundamental para a avaliação do fenómeno nociceptivo e minimização eficaz da dor. O enfermeiro na neonatologia deverá estar atento às alterações comportamentais e fisiológicas que acompanham os episódios dolorosos. Com o recurso a escalas de avaliação, esta tarefa fica facilitada. Constatamos que existem várias escalas reconhecidas e validadas pela comunidade científica. Entre essas escalas destacam-se as escalas de heteroavaliação sendo as mais utilizadas pela sua simplicidade e utilidade clínica (Batalha, 2010).

Com a correta avaliação e monitorização da dor, a inclusão deste foco nos processos de enfermagem dos recém-nascidos faculta a resolução deste fenómeno. O enfermeiro é responsável pela implementação de medidas tendentes à resolução do foco de atenção dor, ou seja, é responsável pelo planeamento e implementação de intervenções de enfermagem que incluam a prevenção e

controle da dor. Para Johnson e colaboradores (2009), as intervenções de enfermagem são definidas como o comportamento do enfermeiro ou a atitude que os enfermeiros tomam para ajudar o paciente a caminhar na direção de um resultado desejado. A intervenção, por sua vez, é definida como qualquer tratamento baseado no julgamento clínico e no conhecimento que é feito por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente /cliente.

As intervenções de enfermagem incluem o cuidado direto e indireto, tratamentos iniciados por enfermeiros ou outros elementos da equipa multidisciplinar. A cada intervenção está inerente uma ação e uma razão (Johnson e colaboradores, 2009).

A implementação de intervenções de enfermagem inerentes ao foco dor está dependente do conhecimento que os enfermeiros possuem acerca da dor do recém-nascido, e de fatores internos e externos que podem influenciar a experiência da dor. Estes fatores podem igualmente influenciar a avaliação realizada (Fernandes, 2000). O alívio da dor por parte dos enfermeiros, tendo por base os pressupostos de Fernandes (2000), poderá estar dependente de condições como o acesso às medidas de alívio, a experiência e o conhecimento acerca das estratégias de alívio da dor. O acesso pode relacionar-se com questões de legalidade, relacionadas com a prescrição e administração de fármacos.

Para Jesus (2006), existem fatores suscetíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem. Refere que estes podem ser agrupados em fatores contextuais e individuais. Sendo que os fatores contextuais podem incluir o contexto ou natureza da atividade, complexidade do problema, características do utente, informação/recursos disponíveis e a intensidade do trabalho. No que respeita aos fatores individuais, faz referência ao conhecimento e experiência do enfermeiro, o tipo predominante de “locus controlo”, autoconhecimento, valores e crenças pessoais.

No entanto, o enfermeiro, perante o foco dor, tem a responsabilidade de efetuar corretamente: avaliação diagnóstica, intervenção e monitorização dos resultados do tratamento e comunicação das informações sobre a dor do paciente (Rigotti e Ferreira, 2005).

De acordo com as várias evidências, torna-se urgente otimizar as práticas de enfermagem no sentido de prestar cuidados de qualidade no que respeita à gestão da dor do recém-nascido.

1.2.2 – Avaliação da Dor no Recém-Nascido

Como experiência humana, a dor é uma caixa-de-ressonância impregnada de significados pessoais e sociais e que deve ser avaliada e tratada como experiência pessoal de quem a vivencia e de quem a cuida. Uns e outros são influenciados por mitos, preconceitos, crenças, valores culturais e religiosos que, por vezes impedem a uma abordagem lúcida (Batalha, 2010).

As manifestações de dor nem sempre são reconhecidas pelos profissionais de saúde, no entanto, o alívio eficaz da dor dos recém-nascidos tem benefícios positivos para este e para os profissionais que dele cuidam (McKechnie e Levene, 2008). Twycross, Dowden e Bruce (2009) referem que a gestão da dor por parte dos enfermeiros ainda necessita de ser melhorada. Veronez e Corrêa (2010), identificaram vulnerabilidades no conhecimento dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos recém-nascidos nas unidades de neonatologia, no que se refere à necessidade de identificar e tratar o fenómeno dor e às estratégias utilizadas para o seu controlo.

A DGS (2010) emitiu a Orientação Técnica nº014/2010 sobre a avaliação da dor nas crianças. Nesta, faz referência à inexistência de uma solução universalmente aceite no que se refere à avaliação da dor. Segundo a mesma organização, estando o recém-nascido internado, a dor deve ser avaliada desde o primeiro contacto e reavaliada pelo menos uma vez por turno de trabalho (8 horas). O seu registo deve ser efetuado no processo clínico com informação qualitativa de outros aspetos considerados úteis.

A avaliação da dor fundamenta as intervenções utilizadas no seu controle. Segundo Batalha (2010), um dos avanços mais importantes no estudo e tratamento da dor tem sido o conhecimento adquirido na forma de a avaliar e medir. Saber quantificar a dor na criança é considerado o primeiro passo para o seu correto tratamento. A quantificação da dor é considerada cientificamente correta quando feita através de escalas validadas para o efeito. Como não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental, suficientemente sensível e específico que assegure o diagnóstico da dor, a utilização de vários indicadores da dor numa escala validada permite aos profissionais de saúde uma avaliação muito mais segura do que a avaliação subjetiva e individual, feita com base em critérios e indicadores de cada um. As respostas dos recém-nascidos de termo e prematuros a procedimentos dolorosos são reconhecidos pela comunidade científica. As respostas

comportamentais e fisiológicas são a base para o desenvolvimento e validação de escalas de dor (Stevens e colaboradores, 2008).

O processo de tratamento da dor é um constante desafio. Envolve a avaliação da sua presença, do tipo, da intensidade, da localização e das possíveis causas da dor, pelo que o recurso a instrumentos de avaliação de dor no período neonatal representa uma ferramenta fundamental para proporcionar cuidados de qualidade aos recém-nascidos. Após uma revisão conceptual acerca desta temática, constatamos que existem várias escalas reconhecidas e validadas pela comunidade científica como referem Pereira da Silva e Justo da Silva (2010, p. 440-441).

Quadro 3 – Escalas de Avaliação da dor no recém-nascido.

Escalas	Tipo de Dor
Douleur Aiguë du Nouveau-né (DAN); Acute Pain in Newborns (APN); Neonatal Infant Pain Scale (NIPS); ABC Pain Scale; Neonatal Pain Analyzer (ABC analyzer); Distresse Scale for Ventilated Newborn Infants (DSVNI); Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP); Premature Infant Pain Profile (PIPP); Bernese Pain for Neonates (BPSN); Pain Assessment in Neonates (PAIN); The Infant Body Coding System (IBCS); Scale for Use in Newborns (SUN); Nepean Neonatal Intensive Care Unit Pain Assessment Tool (NNICUPAT).	Dor Aguda
Liverpool Infant Distresse Scale (LIDS); Échelle de Douleur Inconfort Nouveau-né (EDIN); Premature Infant Pain Profile (PIPP); Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale (NPASS); Crying Requires increased oxygen administration, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness (CRIES); Pain Assessment Tool (PAT)	Dor Prolongada

Adaptado de PEREIRA DA SILVA e JUSTO DA SILVA, 2010.

A DGS (2010) emitiu a orientação técnica 014/2010 sobre a avaliação da dor em crianças, recomendando que a dor do recém-nascido seja avaliada de acordo com as especificidades de cada recém-nascido e obedecendo às seguintes escalas de dor: EDIN; NIPS; PIPP; N-PASS. Sendo que a escala de EDIN (Échelle de

Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) é a escala de referência para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. A escala NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), mais apropriada para prematuros e recém-nascidos de termo. A escala PIPP (Premature Infant Pain Profile), útil para a avaliação da dor em procedimentos e a escala N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale), útil para recém-nascidos em ventilação assistida.

Dada a existência de inúmeras escalas de heteroavaliação passamos a descrever as recomendadas pela DGS na norma 014/2010 de 2010.

Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau- Né (EDIN)

“Esta escala foi desenvolvida a partir de indicadores comportamentais mais pertinentes para avaliar a dor do recém-nascido (prematuro e de termo) em unidades de neonatologia. É uma escala unidimensional comportamental composta por cinco indicadores: expressão facial, movimentos corporais, qualidade do sono, qualidade da interação e reconforto. Cada indicador é medido numa escala de zero a três pontos, perfazendo no total uma pontuação mínima de zero e um máximo de quinze pontos. Para um valor igual ou superior a cinco recomenda-se uma intervenção terapêutica para alívio da dor. A sua utilização clínica é simples requerendo um contido mínimo com o recém-nascido de, pelo menos, uma hora, embora idealmente se recomende um contacto entre quatro a oito horas” (Batalha 2010, p.31).

Neonatal Infant Pain Score (NIPS)

“Esta escala avalia a expressão facial, choro, os movimentos respiratórios, os movimentos das pernas e braços e o estado de vigília. A avaliação de cada um dos indicadores varia entre zero e um ponto. O choro é a exceção; este varia entre o valor zero e dois pontos. A cotação total da escala varia de zero a sete pontos e o critério para intervenção farmacológica situa-se entre dois e quatro pontos. Esta escala mostrou ser útil na avaliação da dor em recém-nascidos com mais de 24 semanas de gestação. No entanto não pode ser utilizada em recém-nascidos entubados” (Batalha, 2010,p. 34).

Escala Premature Infant Pain Profile (PIPP)

“Esta escala multidimensional tem como objetivo avaliar a dor aguda em recém-nascidos. Esta inclui indicadores fisiológicos, comportamentais e contextuais: frequência cardíaca, a saturação de oxigénio, o tempo de permanência com a testa franzida, olhos fechados e com sulco naso-labial,

estado de alerta e idade gestacional no momento da avaliação. A avaliação para cada indicador varia entre zero e três pontos. A idade gestacional do recém-nascido vai condicionar a pontuação máxima dada pela escala, sendo a máxima possível de vinte e um pontos. Sendo que a pontuação menor ou igual a seis indica ausência ou dor mínima. A pontuação superior a doze indica dor moderada a intensa” (Batalha, 2010).

Escala N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale).

A escala N-PASS está validada para uso em dor prolongada. Esta duração está relacionada com a ventilação mecânica ou pós-cirurgia. Está também validada para ser utilizada em recém-nascidos pré-termo e de termo. São utilizados cinco parâmetros: o choro e irritabilidade; comportamento; expressão facial; tônus das extremidades e os sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial e saturação de oxigênio). Estes parâmetros são pontuados entre menos dois, menos um, zero, um e dois. A sedação é pontuada de zero a menos dois para cada um dos parâmetros, sendo que a sedação é considerada profunda se a pontuação variar entre menos cinco e menos dez. É considerada a sedação leve se a pontuação variar entre menos cinco e menos dois. No entanto a pontuação negativa, sem administração de opióides/sedativos podem indicar: dor persistente, stresse ou depressão neurológica. A pontuação zero é dada se não são apresentados sinais de sedação ou sub-reagir. A avaliação da dor e agitação varia entre zero e dois para cada um dos critérios fisiológicos e comportamentais. A pontuação varia entre zero e onze pontos, sendo que o score maior que três indica necessidade de intervenção farmacológica. Esta escala não distingue dor de agitação (Hummel e colaboradores, 2003).

Posteriormente, os autores reavaliaram a eficácia desta escala e verificaram que esta é válida para avaliar a dor/agitação em recém-nascidos com idade gestacional superior ou igual a 23 semanas e lactentes até aos 100 dias de vida em situações de pós-operatório ou em ventilação mecânica sob efeito de sedação (Hummel colaboradores, 2008). No entanto, esta escala ainda é muito recente pelo que é necessária a autorização expressa dos autores para a sua implementação.

A avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. Uma dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos (Batalha, 2010). Os enfermeiros, numa unidade de neonatologia, são o grupo profissional que ocupa uma posição privilegiada no controlo da dor do recém-nascido. A organização hierárquica numa unidade de

neonatologia permite ao enfermeiro prestar cuidados integrais ao recém-nascido, o que lhe possibilita a avaliação da dor e a implementação de intervenções de enfermagem no âmbito do controlo de dor. A generalidade das intervenções de enfermagem perante o foco dor, como refere Lemos e colaboradores (2010), incluem intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Sendo que, intervenções não farmacológicas são todas as estratégias que objetivam prevenir a intensificação do processo doloroso, a desorganização do recém-nascido, o stresse e a agitação, minimizando assim as repercussões da dor.

1.3 – As Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor no Recém-Nascido

Na revisão da literatura constatamos que, apesar da tecnologia existente numa unidade de Neonatologia, existem múltiplas intervenções de enfermagem de carácter autónomo, como é o caso da implementação de medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido. Quando corretamente implementadas promovem o desenvolvimento infantil mais harmonioso, apesar das condicionantes que cada recém-nascido experimenta. A vantagem da implementação de medidas não farmacológicas em relação às medidas farmacológicas está relacionada com o facto de a sua aplicabilidade ser autónoma; na maioria das situações não apresentam efeitos secundários para a criança (Batalha, 2010).

Muitas unidades possuem diretrizes relativas à formação e implementação de medidas não farmacológicas eficazes no controlo da dor (McKechnie e Levene, 2008). Estas medidas são, em si, intervenções de enfermagem adjacentes ao processo de enfermagem elaborado pelo enfermeiro para a resolução do foco de atenção dor do recém-nascido. A sua implementação obedecerá às guias orientadoras de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica. Esta constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A qualidade do exercício profissional do enfermeiro como refere Pereira (2009), sofre a influência das competências profissionais, habilidades e dos conhecimentos que fundamentam a ação de cada enfermeiro e, por sua vez, influencia as dimensões mais abrangentes da qualidade em saúde. Daqui inferimos que a decisão de implementar, e quais

medidas não farmacológicas a implementar, está relacionada com os conhecimentos, disponibilidade (pessoal e material) e a experiência que cada enfermeiro possui. Os resultados obtidos estão dependentes de várias condicionantes como outros provedores de cuidados de saúde, variáveis organizacionais e ambientais, características de cada recém-nascido (Johnson e colaboradores, 2009).

A evidência demonstra que as medidas não farmacológicas são eficazes, quando utilizadas na prevenção e controlo da dor de leve intensidade, pelo que deverão ser associadas a intervenções farmacológicas quando a dor é moderada ou severa (Medeiros e Madeira, 2006; Lemos e colaboradores, 2010). As medidas não farmacológicas, segundo Lemos e colaboradores (2010), são estratégias que objetivam principalmente prevenir a intensificação do processo doloroso, a desorganização do recém-nascido, o stress e a agitação e minimizar as repercussões da dor. Esta será a definição de medidas não farmacológicas utilizada ao longo deste estudo. Para Batalha (2010), a categorização das técnicas não farmacológicas são normalmente categorizadas em: comportamentais (envolvem o ensino de comportamentos concretos para alívio da dor), cognitivas (usam métodos mentais para alívio da dor), cognitivo-comportamentais (usam estratégias que têm como alvo o comportamento e a cognição), físicas, emocionais e ambientais. A escolha das medidas não farmacológicas para Batalha (2010), variam de acordo com o custo benefício, recursos existentes em cada serviço, da preferência e habilidades da criança e do desenvolvimento cognitivo da criança.

No caso particular do contexto da Neonatologia, as medidas não farmacológicas puderam ser categorizadas da seguinte forma: comportamentais (relaxamento), físicos (massagem e posicionamento), suporte emocional (toque e conforto que inclui o envolver, amamentar, administração de sacarose por via oral e promoção da sucção não nutritiva, presença dos pais) e ambientais (temperatura, luz e ruído) (Lemos e colaboradores, 2010; Batalha, 2010; Friaça e colaboradores, 2010; Twycross, Dowden, Bruce, 2009; Pinto e colaboradores, 2008; Medeiros e Madeira, 2006). Para Friaça e colaboradores (2010) destacam-se também como medida não farmacológica a mudança de rotinas em relação aos procedimentos dolorosos. Veronez e Corrêa (2010) acrescentam que as intervenções dolorosas devem ser associadas a eventos agradáveis.

Para a Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2006), as medidas não farmacológicas devem ser implementadas quando detetado que o recém-nascido está com desconforto e agitado. Este deve ser controlado utilizando medidas ambientais e comportamentais. A prevenção da dor e analgesia

deverá obedecer a medidas gerais que promovam o conforto de recém-nascido, a prevenção do stresse e da dor. Entre as medidas ambientais recomendadas encontra-se: a presença dos pais; a redução do ruído (não superior a 80 decibéis); proteção da luz intensa pela utilização de focos de intensidade regulável e a utilização de coberturas para as incubadoras; promoção de ciclos de dia e noite. Como medidas comportamentais recomenda a monitorização não invasiva; posição confortável (posição fletida e uso de ninho); suporte postural; manipulação mínima e movimentos suaves; concentração de cuidados; minimização das colheitas de sangue e dos procedimentos invasivos; utilização de lanceta apropriada para picada do calcanhar; aspiração endotraqueal, só se indicada e uso de analgesia adequada antes de procedimentos invasivos.

A evidência demonstra que os recém-nascidos são submetidos a múltiplos procedimentos dolorosos sendo alguns deles invasivos. Para Taddio e colaboradores (2008), os filhos de mãe com diabetes gestacional realizaram cerca de 10 punções capilares nas primeiras 48 horas, fazem também referência que estes recém-nascidos manifestavam mais dor que os recém-nascidos que nunca tinham experimentado punções capilares repetidas. Estes mesmos autores corroboram a evidência de que a sacarose associada à sucção não nutritiva reduz a dor quando o recém-nascido é submetido a punções capilares ou venosas com recurso a agulha. Stevens, Yamada e Ohlsson (2010) vão de encontro a pesquisas anteriores referindo que a sacarose a 24% quando administrada dois minutos antes do procedimento doloroso produz maior efeito antiálgico. Constataram que o efeito da sacarose se prolonga por cerca de 4 minutos atingindo o pico 2 minutos após a administração, pelo que recomendam que sejam administradas pequenas quantidades de sacarose de 2 em 2 minutos quando se verificar que o procedimento dura mais de 4 minutos. Para Liu e colaboradores (2010), a sucção não nutritiva promove a estimulação sensorial e a autorregulação conduzindo a redução de dor durante os procedimentos dolorosos. Quando associada a substância açucarada a sucção não nutritiva verifica-se que o efeito da sucção não nutritiva é potenciado. Os mesmos autores sugerem que nos hospitais que proíbem o uso de chupeta a sucção não nutritiva pode ser promovida através da adaptação do recém-nascido à mama da mãe. A administração de leite ou a amamentação deve ser utilizada para o alívio da dor nos recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos (Leite, Castral e Scochi, 2006; McKechnie e Levene, 2008; Aguiar e colaboradores 2010).

O uso de medidas não farmacológicas, como a sucção não nutritiva com recurso a chupeta e a estimulação tátil, proporcionam maior conforto ao recém-

nascido, conduzindo também à estabilização da frequência cardíaca e da variabilidade de frequência respiratória após o estímulo doloroso agudo (Kopelman e colaboradores, 2006). Desta forma, o recurso à massagem realizada pelo enfermeiro ou pelos pais promove o conforto ao recém-nascido.

A Massagem é considerada uma medida não farmacológica. Batalha (2010), considera que esta técnica deveria ser mais divulgada e aplicada. O seu efeito no alívio da dor pode ser explicado pela remoção dos produtos de degradação celular e pela estimulação das fibras de grande diâmetro dos aferentes primários. No entanto, esta pode estar contraindicada em recém-nascidos com menos de 32 semanas de gestação (Batalha, 2010). Para Heath e Bainbridge (2000) a massagem pode começar logo no primeiro dia de vida extra uterina. As experiências de toque são importantes para o estabelecimento de laços de vinculação afetiva, tanto quanto para promover a regulação dos sistemas fisiológicos e imunitário. Esta técnica promove a diminuição da ansiedade e das hormonas de stresse (Figueiredo, 2007).

Consideramos que a estimulação táctil pode ser proporcionada pela massagem e pela implementação do método de canguru.

O método de canguru ou contacto pele com pele reúne consensos na comunidade científica no que respeita à sua utilização como medida não farmacológica. Este método consiste em colocar o recém-nascido verticalmente em supina sobre o peito da mãe (Kopelman e colaboradores, 2006). O recém-nascido deverá ser colocado nesta posição 10 a 15 minutos antes do procedimento doloroso. O facto de o recém-nascido estar aconchegado e ser tocado pela mãe promove uma sensação de bem-estar (Medeiros e Madeira, 2006). O contacto físico entre mãe e filho durante procedimentos agudos tem-se demonstrado eficaz para diminuir a dor do recém-nascido, quando se estuda a mímica facial de dor e o choro, em particular após as punções capilares (Aguiar e colaboradores 2010).

Para Johnston e colaboradores (2009) o método de canguru deverá ser incluído como estratégia não farmacológica por revelar ser eficaz na redução da dor. Assim, destacam que as crianças reconhecem as suas mães através da sua memória olfativa adquirida através do líquido amniótico. Na sua pesquisa concluíram que a estimulação sensorial do contacto pele a pele, que incluem sensações tácteis e olfativas, são suficientes para diminuir as manifestações de dor nos recém-nascidos prematuros. Kashaninia e colaboradores (2008) consideram esta medida não farmacológica eficaz, de fácil implementação, é uma intervenção segura no controlo da dor do recém-nascido. Referem que a alta taxa de

colaboração das mães sugere que este procedimento pode ser implementado facilmente em ambientes hospitalares.

O envolvimento dos pais na tentativa de minimizar a dor e promover o conforto do recém-nascido é possível se for criado um ambiente confortável e forem dadas orientações de encorajamento em atos como o toque, aconchego, conversas e canto (Medeiros e Madeira, 2006). Para tal, existem procedimentos potencialmente dolorosos que devem ser evitados quando se aproxima o horário de contacto com os pais, a fim de que o recém-nascido se encontre disponível para interagir. Aos pais deve ser dada a oportunidade de participarem nos cuidados favorecendo a transição para a parentalidade e o estabelecimento de laços efetivos. Numa unidade de neonatologia onde a tecnologia é imprescindível, esta não substitui o contacto humano e familiar.

Pequenos gestos podem proporcionar a concretização da humanização e minimizar sofrimento psíquico do recém-nascido. Kopelman e colaboradores (2006), consideram que o recém-nascido, deve ser colocado na incubadora em semi-flexão simétrica dos membros e os mesmos próximos à linha média do corpo; as mãos devem ficar próximas ao rosto para permitir o toque no rosto e boca. Poderão ser utilizados também rolinhos ou estruturas de apoio que possibilitarão ao recém-nascido a sensação de aconchego e limite. Existem também medidas como as mudanças de posição e decúbito. Estas são medidas não farmacológicas a implementar pela equipa de enfermagem, pois promovem a reorganização do recém-nascido e em particular o recém-nascido prematuro pelo que são reconhecidas como úteis na promoção do conforto. A adição da posição fetal parece ser reconfortante para os prematuros (Batalha, 2010).

A redução do barulho e luminosidade que facilitaram os momentos de descanso do recém-nascido e proporcionaram maior disponibilidade ao recém-nascido para interagir com os pais em pequenos cuidados como o banho e a troca de fralda. A concentração de atividades e a manipulação mínima do recém-nascido puderam permitir ao recém-nascido períodos sono mais prolongados, favorecendo a prevenção e o controlo da dor (Lemos e colaboradores, 2010).

Os cuidados diários como posicionar, pesar e trocar fralda são considerados procedimentos não dolorosos. Cardoso e colaboradores (2010, p. 111) verificaram que os recém-nascidos apresentavam, aquando desses cuidados, *“movimentos respiratórios irregulares, movimentos bruscos, extensão dos membros, afastamento dos dedos, contorcimento e arqueamento do corpo, dessaturação para valores abaixo de 92%, o que aponta para a existência de stresse. Pelo que os autores sugerem a implementação de protocolos de manipulação mínima. “*

Consideramos que uma forma de fazer face a tais efeitos passaria pela implementação de um programa de NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program), que visa modificar positivamente o ambiente nas unidades, promovendo a redução da luminosidade, ruído e manuseio, além de fomentar períodos de descanso para o recém-nascido, a fim de diminuir os níveis de stresse (Gaspardo, Martinez e Linhares, 2010). Para Westrup, Sizun e Lagercrantz (2007), este programa promove a diminuição das respostas fisiológicas do recém-nascido face à dor e stresse, levando a uma diminuição da necessidade do uso de sedativos e opióides. A implementação deste programa revelou efeitos positivos sobre a morbidade pulmonar e lesões cerebrais. Consideramos que este programa poderá ser incluído na categoria de suporte emocional e ambiente. De acordo com Butler e Als (2008), este programa permite considerar os pais como cuidadores primários do recém-nascido mesmo estando este numa unidade de neonatologia. As condições que este programa preconiza permitem aos pais mais interação com os filhos. Os autores fazem ainda referência a um pequeno gesto, que os profissionais podem ter, como permitir que as incubadoras sejam protegidas com mantas que os pais elaborem sendo algumas delas consideradas arte familiar e pautadas por gestos de amor.

A musicoterapia também reúne consenso no que se refere à sua implementação como medida não farmacológica. Está integrada nas técnicas cognitivo-comportamentais pelo efeito de distração promovendo o desvio da atenção da sensação dolorosa para algo agradável. A música tem sido usada com sucesso em todas as idades e em unidades de cuidados intensivos neonatais (Batalha, 2010). A música produz relaxamento minimizando desta forma a dor. Segundo Leão e Silva (2004) citando Ortiz (1998), promove a libertação de endorfinas o que conduz a neutralização do stresse e dor. Para Kazanowski e Laccetti (2005) a musicoterapia induz ao relaxamento e modera as emoções pelo que resulta na redução da dor. A música poderá ser reproduzida no ambiente ou colocando fones próximos do ouvido do recém-nascido.

2 – O QUE INFLUENCIA OS ENFERMEIROS DA NEONATOLOGIA NA ADOÇÃO DE ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA O CONTROLO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

A investigação científica constitui o método, por excelência, que permite adquirir novos conhecimentos. É um processo sistemático que assenta na colheita de dados observáveis e verificáveis, retirados do mundo empírico que é alcançável aos nossos sentidos, tendo em vista descrever, explicar, prever ou controlar fenómenos (Fortin, 2009).

A pesquisa em enfermagem é definida como um processo científico que valida e aperfeiçoa o conhecimento existente e gera novos conhecimentos que, direta ou indiretamente, influenciam a prática de enfermagem (McEwen e Wills, 2009). Enquanto ciência, a enfermagem procura alcançar uma consistência de saberes, necessitando para isso de uma combinação de conhecimentos cientificamente corroborados. A própria Ordem dos Enfermeiros defende que o profissional de enfermagem deve analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Em resposta a estes pressupostos e como objetivo pessoal, realizamos esta investigação. Todo o processo que conduziu à realização desta dissertação obedeceu aos princípios da metodologia científica. Pois a investigação define-se como um processo racional em que o rigor e a sistematização devem estar presentes (Fortin, 2009).

Iniciamos este capítulo descrevendo o problema de investigação, os objetivos e finalidade do estudo e o paradigma de investigação. Seguidamente são descritos os critérios de inclusão e caracterização dos participantes, onde é efetuada a contextualização e caracterização do espaço. É dada continuidade a este capítulo apresentando o instrumento de recolha de dados, considerações

éticas e a interpretação dos dados obtidos. Posteriormente é efetuada a discussão dos resultados.

2.1 – Problema de Investigação e Finalidade do Estudo

Sabe-se que a dor no recém-nascido pode causar alterações fisiológicas de diversas ordens e, inclusivamente, sequelas neurológicas, tendo consequências diretas a longo prazo no que respeita ao desenvolvimento neurológico e comportamental (Kashaninia, 2008). A Canadian Pediatric Society (2000) recomenda a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar o stresse e a dor no recém-nascido.

A evidência já demonstrou que as medidas não farmacológicas são medidas adequadas e eficazes para neutralizar a dor inerente a muitos dos procedimentos e intervenções dolorosas ou potencialmente dolorosas (Batalha 2010).

Estes pressupostos foram a base para a nossa tomada de decisão para clarificar algumas situações do nosso contexto de trabalho. A mestrandia é enfermeira numa unidade de Neonatologia em funcionamento há cerca de dez anos. Esta unidade possui a valência de cuidados intensivos e cuidados intermédios, sendo transferidos apenas para outras unidades de apoio os recém-nascidos com menos de 28 semanas de idade gestacional, bem como os recém-nascidos do foro cirúrgico ou com patologia cardíaca. Constatámos no contexto da nossa prática, tal como em outras realidades, que existem obstáculos para o efetivo reconhecimento e tratamento da dor no período neonatal. Assim, enunciámos a seguinte pergunta de investigação: **Quais os fatores que influenciam os enfermeiros da Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor do recém-nascido?**

Para melhor conduzir a nossa pesquisa delimitámos os seguintes objetivos:

- Descrever a valorização da dor neonatal por parte dos enfermeiros da Neonatologia;
- Identificar as práticas de avaliação da dor no recém-nascido por parte da equipe de enfermagem;
- Apreender quais as estratégias / métodos que os profissionais de enfermagem recorrem para monitorizar a dor do recém-nascido;

- Identificar indicadores de dor no recém-nascido reconhecidos por profissionais de enfermagem;
- Elencar quais as medidas não farmacológicas que os enfermeiros conhecem para controlo da dor do recém-nascido;
- Conhecer quais as medidas não farmacológicas a que os enfermeiros recorrem para controlo da dor do recém-nascido;
- Identificar as dificuldades que os enfermeiros da Neonatologia sentem na implementação de medidas não farmacológicas.

Esta investigação permite clarificar os fatores que podem condicionar a inclusão de medidas não farmacológicas no processo de enfermagem que os enfermeiros da neonatologia necessitam implementar para a resolução do foco de atenção dor do recém-nascido. As medidas não farmacológicas já revelaram serem eficazes e seguras na prevenção e controlo da dor do recém-nascido.

Com os resultados desta investigação conjecturamos obter contribuições que encaramos potenciar uma melhor compreensão do significado de dor do recém-nascido por parte dos enfermeiros da neonatologia. É nossa intenção reforçar a pertinência da prevenção, avaliação e o tratamento da dor neonatal. Este é um imperativo ético, moral e um direito inalienável de qualquer criança. É nosso propósito contribuir para a melhoria da qualidade da assistência ao recém-nascido. Consideramos que esta investigação poderá ser um fator catalisador para alterar algumas das práticas atuais dos enfermeiros no que respeita à implementação de medidas não farmacológicas. Em conformidade com o que foi mencionado anteriormente pretendemos ser agentes promotores de melhores práticas de enfermagem na gestão da dor do recém-nascido o que por sua vez se reflete na qualidade dos cuidados de enfermagem.

2.2 – Paradigma de Investigação

A metodologia adotada para este estudo está relacionada com o problema em estudo, com os objetivos definidos e com o contexto da investigação (Fortin, 2009). Assim, julgamos que a abordagem mais adequada é de carácter qualitativo. Esta abordagem permitiu descrever as experiências e o significado dado pelos enfermeiros do serviço de Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa relativamente ao controlo da dor do recém-nascido e às estratégias não

farmacológicas. Para Fortin (2009), este paradigma encerra a crença de que existem várias realidades e cada realidade é baseada nas percepções dos indivíduos e tende a fazer ressaltar o sentido ou o significado que o fenómeno em estudo reveste para os indivíduos. Tem como objetivos descobrir, explorar, descrever fenómenos e compreender a sua essência. Em concordância com a natureza das nossas questões de investigação, optamos por um desenho de carácter descritivo.

Segundo Fortin (2009), o desenho descritivo é apropriado quando o objetivo perseguido é descrever um fenómeno ainda mal conhecido como é o caso dos fatores que conduzem os enfermeiros à implementação de medidas não farmacológicas para o controlo da dor do recém-nascido. No que se refere ao tempo, este foi de carácter transversal pois decorreu apenas num determinado momento.

Para melhor conduzir a investigação enunciámos algumas questões de investigação por possibilitarem a especificação dos aspetos a investigar. Estas questões advêm diretamente dos objetivos traçados para a nossa investigação e indicam qual a informação que pretendemos obter. As questões de investigação carecem, segundo Fortin (2009), de uma exploração ou de uma descrição do vivido. Pela relevância desta temática e conduzidos pela inquietação que ela provoca em nós enunciamos as seguintes questões de investigação:

- Será que os enfermeiros da Neonatologia valorizam a dor do recém-nascido?
- Como será que os enfermeiros da Neonatologia avaliam a dor do recém-nascido?
- Será que os enfermeiros da Neonatologia conhecem as manifestações de dor no período neonatal?
- Que estratégias usam os enfermeiros da Neonatologia para controlar a dor do recém-nascido?
- Será que os enfermeiros da Neonatologia identificam as medidas não farmacológicas utilizadas no controlo de dor do recém-nascido?
- Que medidas não farmacológicas os enfermeiros da Neonatologia implementam no contexto da sua prática no controlo de dor do recém-nascido?
- Que dificuldades sentem os enfermeiros da Neonatologia na implementação de medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido?

Julgamos ser possível clarificar estas inquietações recorrendo à metodologia qualitativa pois esta pode desenrolar-se no meio natural dos participantes onde o investigador tem um papel de agente de investigação. Este paradigma permite orientar as questões de investigação de acordo com a colheita de dados; supõe uma visão holística do fenómeno e permite a interpretação da descrição da ação do indivíduo, pondo em evidência as categorias na análise dos dados e extrair conclusões (Fortin, 2009).

2.3 – Participantes no Estudo

A amostragem é um processo pelo qual um grupo de pessoas (amostra) é escolhido de maneira a representar uma população inteira. O objetivo deste exercício é tirar conclusões precisas sobre a população a partir de um grupo mais restrito de indivíduos (Fortin, 2009).

Tendo por base as questões de investigação e o tipo de estudo a realizar, tornou-se imprescindível descrever a nossa fonte de dados, isto é, o contexto e os participantes sobre o qual se realizou o estudo.

O serviço de Neonatologia onde se desenvolveu o estudo está integrado no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na Unidade Padre Américo. Este Centro Hospitalar tem como área de influência os concelhos de: Amarante, Baião, Felgueiras, Cinfães, Lousada, Castelo de Paiva, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Penafiel, Paredes e Resende (Portal da Saúde, 2011). Este serviço encontra-se em funcionamento desde 8 de setembro de 2001. Encontra-se fisicamente situado no quarto piso no edifício principal do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Os recém-nascidos que são admitidos no serviço são provenientes do Bloco de Partos, Bloco Operatório, Urgência Pediátrica, Serviço de Obstetrícia/Ginecologia e Consulta Externa de Pediatria. A população alvo são recém-nascidos com idade gestacional superior ou igual a 28 semanas. Os recém-nascidos com idade inferior a 28 semanas de gestação ou com patologia cardíaca ou cirúrgica são transferidos para outras unidades de apoio externas a este Centro Hospitalar. A unidade de Neonatologia possui duas valências: Cuidados intensivos neonatais (5 unidades), cuidados intermédios (10 unidades).

No que respeita à formação facultada aos enfermeiros do serviço de Neonatologia no âmbito da formação em serviço, a temática dor do recém-nascido tem sido abordada com alguma frequência. A escala de dor em vigor no serviço é a escala de EDIN (ANEXO I). Em novembro de 2009 iniciou-se a implementação da escala de dor PIPP (fase de teste até fevereiro de 2010), no entanto esta escala ainda não está protocolada no serviço, pelo que não se encontra em uso.

No que respeita às medidas não farmacológicas, existe em vigor o protocolo de sacarose. O serviço também possui desde 2007 material de posicionamento: ninhos, rolos de tecido, colchões e cunhas de gel.

A equipa de enfermagem é constituída por 24 enfermeiras. Destas, quatro são especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediatria (incluindo a investigadora e a enfermeira chefe), uma enfermeira especializada em saúde materna e obstétrica, três enfermeiras possuem pós-graduação em cuidados intensivos neonatais e as restantes enfermeiras possuem apenas licenciatura em enfermagem.

Os participantes em estudo obedeceram a critérios de inclusão que correspondem às características essenciais dos elementos totais da população (Fortin, 2009).

Assim os critérios de inclusão para este estudo foram:

- Serem enfermeiras na prestação de cuidados.
- Enfermeiras com formação graduada (enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria, enfermeiros com especialidade em enfermagem de saúde materna e obstétrica e enfermeiras com pós-graduação em neonatologia).

Por este estudo ter um tempo limitado de realização optou-se por constituir uma amostra não probabilística através da amostragem por escolha racional. Segundo Fortin (2009), a amostragem não probabilística consiste em tratar uma amostra na qual se encontram características conhecidas da população. No que respeita à amostragem por escolha racional, os indivíduos correspondem a critérios de inclusão.

Tendo por base os anteriores critérios de inclusão e saturação de dados, o número de elementos da amostra foi sendo aumentado até à obtenção de saturação dos dados. Sendo a saturação do ponto de vista operacional o momento em que se pára a recolha de dados. De acordo com Fortin (2009), a saturação acontece quando os temas e as categorias se tornam repetidas e a colheita de

dados já não fornece mais informações. Do ponto de vista metodológico permite generalizar os resultados ao universo de trabalho a que o grupo analisado pertence (generalização empírico-analítica). Pelo que a saturação pode ser considerada uma categoria de análise, significando que no contexto da interrogação, o entrevistador dá conta da repetição das informações face aos aspetos centrais do questionamento. A saturação, para Guerra (2006), é um fenómeno pelo qual depois de um certo número de entrevistas, o investigador tem a noção de nada recolher de novo quanto ao objeto em pesquisa. No presente estudo foram efetuadas nove entrevistas. Nestas participaram nove enfermeiras com licenciatura sendo que duas enfermeiras são especialistas e duas enfermeiras com pós-graduação em cuidados intensivos neonatais.

2.4 – Instrumento de Recolha de Dados

A escolha dos instrumentos de recolha de dados a usar no processo de investigação é determinada pelas questões de investigação e pelas definições conceptuais e operacionais dos conceitos em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

Na investigação qualitativa, a flexibilidade dos métodos de colheita de dados e da análise favorece a descoberta de novos fenómenos ou o aprofundamento de fenómenos já conhecidos (Fortin, 2009). Não existem dados relativos aos fatores que condicionam os enfermeiros da Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na implementação de medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido.

Para a recolha de utilizamos a entrevista semiestruturada, presencial face a face e individual. As questões permitiram obter uma ideia precisa do que constitui a experiência dos enfermeiros desta unidade de neonatologia. Os participantes puderam ainda exprimir espontaneamente a sua opinião. A utilização deste tipo de entrevista implicou a construção de um guião de entrevista onde constaram as linhas orientadoras das temáticas em estudo como se demonstra no quadro 4.

Guião de entrevista

Como valoriza a dor do recém-nascido?

Como é que avalia a dor do recém-nascido?

Como é que documenta a dor do recém-nascido?

Refira características presentes num recém-nascido que manifeste dor?

Quais os procedimentos que utiliza no controlo de dor do recém-nascido?

Na sua opinião, qual a relação que pode existir entre as medidas farmacológicas e as não farmacológicas?

Que importância atribui as medidas não farmacológicas no controlo da dor no recém-nascido?

No seu serviço existem protocolos de implementação de medidas não farmacológicas? Considera importante a existência desses protocolos?

Nos seus planos de cuidados implementa medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido? Se sim, quais?

Considera que as medidas não farmacológicas são eficazes no controlo da dor do recém-nascido?

Reavalia a sua eficácia?

Na sua opinião que fatores poderão condicionar a utilização de intervenções não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido?

O guião da entrevista foi submetido a uma validação através da realização de entrevistas a duas enfermeiras que não pertenceram aos sujeitos em estudo mas que reuniam as condições e características dos participantes. A fase de validação da entrevista tornou-se, deste modo, indispensável para verificar se as questões eram bem compreendidas pelos participantes e possibilitar, se necessário, a sua modificação.

Os dados foram colhidos através da gravação em suporte áudio. Posteriormente foi efetuada a sua transcrição para suporte escrito, respeitando de forma integral a linguagem utilizada pelos participantes.

A informação recolhida foi analisada de forma sequencial, ou seja, foi efetuada em simultâneo com a colheita dos dados.

Por este estudo obedecer a uma metodologia qualitativa as inferências foram fundadas no tema e nas palavras e não na frequência de aparição em cada entrevista. Pretendeu-se obter indicadores qualitativos que possibilitaram a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens. Assim, com a leitura das entrevistas obtivemos uma espécie de *insight* sobre o fenómeno em estudo. Utilizamos como técnica, a análise de conteúdo, defendida por Bardin (2009).

A análise de conteúdo para Bardin (2009), pode ser uma análise dos significados, embora possa ser também uma análise dos significantes. Assim, a análise de conteúdo passa pela análise da própria mensagem. Esta análise pode realizar-se a partir das significações que a mensagem fornece.

2.5. – Considerações Éticas

No decorrer desta investigação cumprimos os pressupostos éticos da investigação. Os participantes foram sempre respeitados e não os prejudicamos, intenção que está relacionada com a dimensão da não maleficência. Assim, se durante a entrevista verificássemos que o participante estava a abordar algum aspeto que pudesse por em causa o seu bem-estar terminaríamos de imediato essa entrevista o que não se verificou.

Cada um dos entrevistados deu o seu consentimento informado livre e esclarecido (ANEXO II) obedecendo ao princípio da autonomia. Cada um deles teve garantida a sua confidencialidade e o anonimato no decorrer deste processo de recolha, análise e publicação dos resultados obtidos com esta pesquisa. Todos os envolvidos neste estudo foram tratados com dignidade e respeito obedecendo ao princípio de beneficência e justiça (Bauchamp & Childress, 1994).

De forma a assegurar os princípios da conduta ética da investigação, foi elaborada uma carta direcionada ao Enfermeiro Diretor do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (ANEXO III), com o objetivo de obter autorização para a realização deste estudo. Como esta pesquisa envolvia apenas enfermeiros, foi dispensado o parecer da comissão de ética.

As enfermeiras foram convidadas a participar neste estudo sendo que a realização das entrevistas foi efetuada mediante a disponibilidade das entrevistadas. No momento da entrevista, foram sempre reforçados os propósitos e

objetivos do estudo, a metodologia para a colheita de dados, com espaço para exposição de dúvidas.

Foi pedida a autorização para gravação áudio, e explicado a todos os participantes que poderiam desistir se essa fosse a sua vontade em qualquer altura da entrevista.

De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade dos entrevistados, foram atribuídos códigos de identificação e os dados em análise foram agrupados, o que não permite a identificação dos indivíduos pelas suas respostas.

3 – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO

No presente capítulo é efetuada a apresentação dos resultados obtidos a partir das entrevistas realizadas aos enfermeiros da unidade de Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa.

Em primeiro lugar será apresentada a caracterização da amostra temos com o propósito de clarificar as características dos participantes.

Posteriormente foi efetuado o tratamento da informação, utilizando-se como técnica a análise de conteúdo. Para Bardin (2009), a análise de conteúdo da mensagem passa pela análise da própria mensagem. Sendo que esta constitui o material, o ponto de partida e o indicador sem o qual a análise não seria possível.

Desta análise emergiram indicadores qualitativos que conduziram à inferência de conhecimentos relativos aos “Fatores que condicionam os enfermeiros na implementação das medidas não farmacológicas”.

As mensagens das entrevistas foram agrupadas e examinadas várias vezes (análise do áudio e transcrições) e posteriormente foi efetuada a categorização dos dados. Estes foram agrupados em temas que conduziram ao *insight* sobre o fenómeno em estudo. Para esta categorização foi efetuado o cruzamento de dados oriundos da revisão conceptual e do conteúdo das entrevistas (unidades de registo). Obedecemos assim às orientações de Bardin (2009), pois este refere que a análise de conteúdo pode realizar-se a partir das significações que a mensagem fornece.

Após esta categorização foi possível ordenar dados obedecendo a um quadro de referência constituído por categorias e subcategorias, facilitando assim a descodificação dos códigos, sendo estes indicadores da realidade subjacente.

3.1 – Apresentação dos Dados

A análise do conteúdo das entrevistas e da revisão conceptual possibilitou a elaboração do quadro 5 onde se descreve o referencial de análise de conteúdo acerca dos fatores que condicionam os enfermeiros da neonatologia na implementação das medidas não farmacológicas.

Quadro 5 - Referencial de análise de conteúdo.

Categorias	Subcategorias
Valorização da dor	Prevenção Controlo Avaliação Registo
Manifestação da dor	Comportamentais Fisiológicas
Procedimentos de controlo de dor	Farmacológicos Não farmacológicos
Implementação de medidas não farmacológicas	Formação Protocolos Recursos Variáveis organizacionais

As categorias e subcategorias identificadas são o ponto de partida para a apresentação dos dados e posterior análise.

A apresentação dos dados desta investigação inicia-se com a caracterização dos participantes. Posteriormente são apresentados os dados referentes a cada categoria. As unidades de registo são apresentadas em quadros que denominamos como quadros de referência. No entanto, há unidades de registo que são apresentadas fora desses quadros de referência por considerarmos que facilita a compreensão do significado dessas unidades de registo.

3.1.1 – Caracterização dos Participantes

O número de participantes previamente estabelecido foi aumentado por necessidade de saturação de dados. Completando no total 9 entrevistados. A nossa amostra foi constituída por enfermeiras da unidade de neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na Unidade Padre Américo, que obedeceram a critérios de inclusão previamente estabelecidos. As entrevistas semi-estruturadas realizadas obedeceram a orientações éticas. Em nenhum momento os participantes revelaram constrangimento ou sinais de recusa em participar no estudo. A caracterização dos participantes é efetuada de uma forma generalizada para assim ser possível evitar riscos de identificação dos vários participantes.

Optámos pois por caracterizar a amostra centrando-nos em aspetos gerais como, tempo de exercício profissional, tempo de serviço na área da neonatologia, tipo de formação (graduada ou não) e formação relativa à temática dor do recém-nascido.

Relativamente ao tempo de serviço este oscila entre os 7 e os 25 anos. No que respeita ao tempo de serviço na neonatologia oscila entre os 3 e os 10 anos.

Quanto à categoria profissional, as nove enfermeiras são detentoras do grau de licenciatura, sendo que duas das enfermeiras são especialistas e duas possuem pós-graduação em cuidados intensivos neonatais.

Quando abordámos os entrevistados relativamente à formação específica na gestão da dor no recém-nascido apenas 1 entrevistado referiu nunca ter tido formação. Os restantes referiram ter tido formação no âmbito da formação em serviço e os enfermeiros com formação pós-graduada referiram também terem abordado esta temática nas respetivas formações.

3.1.2 – Valorização da Dor Neonatal por Parte dos Enfermeiros da Neonatologia

Os avanços tecnológicos tornaram possível a sobrevivência de muitos dos recém-nascidos prematuros ou de termo mas a sobrevivência tem um custo que se pode refletir no seu desenvolvimento infantil. Os procedimentos constantes, invasivos e não invasivos condicionam o desenvolvimento neurológico (Pinto, e

colaboradores., 2008). Para Franck, Greenberg e Stevens (2000), a dor, quando inadequadamente prevenida e tratada, aumenta a morbidade (infecções, coagulação vascular disseminada, esgotamento de reservas, alterações hemodinâmicas, imunitárias, respiratórias, cardiovasculares, gástricas, intestinais e comportamentais) e a mortalidade.

Após a análise das entrevistas realizadas foi possível retirar do conteúdo de unidades de registo relativas a prevenção, controlo, avaliação e registo da dor por parte dos enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo.

Nos quadros 6 a 9 apresentamos como é efetuada a valorização da dor por parte dos participantes.

Quadro 6 – Subcategoria prevenção da dor.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Valorização da dor	Prevenção da dor	<p>E1 – <i>“...se não tivermos sacarose usamos glicose, o aconchego, silenciar dos monitores que tanto me incomoda, que fará a eles. ... Se calhar a prevenção ainda é um caminho grande a percorrer, provavelmente...”</i></p> <p>E4 – <i>“Acho que as medidas não farmacológicas são essenciais para prevenir a dor. Eu considero que é importante e tento usar as medidas disponíveis. Quando mantemos a criança organizada contribuimos para a diminuição da dor. Quando é em procedimentos dolorosos, a sucção não nutritiva acaba por resolver. O facto de usar medidas não farmacológicas diminui o risco de dor e diminui a dor em si.”</i></p> <p>E7 – <i>“Acredito que as medidas não farmacológicas podem prevenir a dor.... E era bom que entrassem em rotina antes de iniciarmos a técnica.”</i></p> <p>E8 – <i>“Se calhar quando vamos fazer uma colheita de sangue, por exemplo, se calhar poderíamos utilizar a sacarose ou assim... prepararmos o bebé para a técnica em si... eu acho que aí poderíamos</i></p>

Valorização da dor	Prevenção da dor	<p><i>atuar mais...acho que se pode prevenir a dor... Não tenho qualquer dúvida que um aconchego... quantas vezes nós picamos um bebé... e ele nem chora. Quantas vezes nos acontecem, porque temo-lo aconchegado”.</i></p> <p>E9 – “Sempre que vamos fazer as técnicas invasivas que vão provocar dor, principalmente colocar cateteres, puncionar, realizar testes do pezinho, acho que a grande maioria das pessoas tem sempre a preocupação de administrar por exemplo a sacarose e colocar a chupeta ao bebé, porque sabemos que faz produzir as endorfinas que reduz a dor ao bebé, e a própria sucção e acho que a grande maioria das pessoas tem e desde que se instituiu o protocolo da sacarose tem-se tido mais essa medida...”</p>
--------------------	------------------	--

Para Aquino e Christoffel (2010), a prevenção da dor é importante, não somente por causa dos aspetos éticos, mas também pelo potencial de consequências nocivas da exposição repetida do recém-nascido à dor. As consequências incluem alteração da sensibilidade, alterações comportamentais e fisiológicas. Neves e Corrêa (2008) constataram que os profissionais de enfermagem reconhecem a dor do recém-nascido e as suas consequências, bem como implementam medidas não farmacológicas antes dos procedimentos dolorosos. No que diz respeito à prevenção da dor, obtivemos várias unidades de registo que evidenciam que os enfermeiros reconhecem que as intervenções não farmacológicas surtem efeito.

As intervenções não farmacológicas objetivam prevenir a dor, a desorganização, agitação e o stresse. Mas são igualmente úteis no controlo da dor. Razões humanitárias bastariam para justificar o controlo da dor pois os efeitos não são inócuos no desenvolvimento da criança (Batalha 2010). No quadro 7 encontram-se as unidades de registo que evidenciam o significado que os entrevistados têm acerca do controlo da dor do recém-nascido.

Quadro 7 – Subcategoria controlo da dor.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Valorização da dor	Controlo da dor	<p>E3 – “...mas quando se vê que o bebé está com muita dor em sofrimento, e não se consegue com medidas não farmacológicas, acho que temos o cuidado de falar com os médicos para adotar medidas farmacológicas.”</p> <p>E5 – “colocar a chupeta... fazer massagem... posicioná-lo, numa maneira que eu ache que ele está mais confortável, ou então verificar se tem o soro infiltrado, porque às vezes a dor pode vir daí... ou dar banho... pegar nele ao colo...”</p> <p>E7 – “...tenta-se acalmar o bebé... também pelo colo... quando é possível. Pelo conforto...”</p> <p>E8 – “... colocamos a chupetinha... acariciamos... muitas vezes pegamos nele ao colo... damos a sacarose ou a glicose... aconchegamos... sei lá muitas vezes damos banho, fazemos massagem...”</p> <p>E6 – “... acho que sim, seria importante para o controlo da dor termos protocolos... muita gente não está ciente disso... mas penso que sim”.</p> <p>E8 – “...se calhar se existissem protocolos fazíamos as coisas mais metodicamente... aquilo que nós fazemos empiricamente... que fazemos... aconchegamos... damos um miminho... pomos a chupeta... damos a sacarose... se calhar se houvesse um protocolo... fazíamos as coisas mais organizadas... e com times”.</p>

Batalha, Santos e Guimarães (2007) descrevem que o tratamento da dor é um fenómeno universal que deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os profissionais de saúde do ponto de vista humanitário e ético. Destacam o

controlo adequado da dor focando a importância do tratamento de forma orientada por uma abordagem interdisciplinar, multimodal e individualizada.

No controlo da dor são destacadas atitudes não farmacológicas em algumas unidades de registo o que vai de encontro à revisão conceptual efetuada. Batalha, Santos e Guimarães (2007) fazem referência à importância do questionar a organização dos cuidados (rotinas instituídas, técnicas usadas, escolha de materiais, repetição de procedimentos, estímulos ambientais, preservação dos períodos de sono e vigília), o adotar sempre uma atitude preventiva e implementar protocolos de atuação como parte integrante do objetivo do controlo de dor.

Twycross, Dowden e Bruce (2009) referem que a gestão da dor por parte dos enfermeiros ainda necessita de ser melhorada. Veronez e Corrêa (2010) identificaram vulnerabilidades no conhecimento dos profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos recém-nascidos nas unidades de neonatologia, no que se refere à necessidade de identificar e tratar o fenómeno dor e às estratégias utilizados para o seu controlo.

Tendo como base a análise conceptual e a nossa experiência profissional consideramos que para que ocorra um controlo adequado da dor é fundamental que se verifique uma correta avaliação da dor. No quadro 8, evidenciam-se as unidades de registo referentes à avaliação da dor.

Quadro 8 – Subcategoria avaliação da dor.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Valorização da dor	Avaliação da dor	<p>E1 – “...se tiver um score zero essa avaliação é feita uma vez por turno. Se um bebé manifesta desconforto é avaliada a dor pelo menos de 4 em 4 horas ou em SOS e são vistas as medidas que foram efetuadas e é feita a reavaliação”.</p> <p>E2 – “...pelo que vejo aqui na unidade. Porque muitas vezes nós queremos cuidar do bebé e não conseguimos que o bebé está desorganizado... e muitas vezes é por dor... Não é fácil, às vezes, diagnosticar a dor no bebé, mas julgo que poderíamos se calhar fazer um bocadinho mais”.</p> <p>E5. “...antes mesmo de nós avaliarmos o score, o valor... não é... nós já percebemos que a criança</p>

Valorização da dor	Avaliação	<p><i>não está bem e a primeira coisa não é avaliar o score, agora deixa-me pegar na folhinha para ver qual é o valor que dá... primeiro vou atuar... não é... e depois faço o resto”.</i></p> <p><i>E7 – “a maior parte das vezes monitorizamos porque aparece no plano de cuidados que normalmente está uma vez por turno... e normalmente é só nessa altura... a não ser casos extremos ou gritantes e aí avaliamos mais que uma vez por turno. Senão é só uma vez por turno. E mesmo assim acho que às vezes é quase por rotina. É chapa 5... normalmente o zero”.</i></p>
---------------------------	------------------	--

Perante a subjetividade da dor, a sua avaliação é realizada com recursos a métodos multidimensionais. A DGS, através da circular normativa nº 09/DGCG de 14/06/2003, estabeleceu que a avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

Na unidade de neonatologia onde decorreu o estudo está protocolado a monitorização do parâmetro dor uma vez por turno, ou seja, a cada 6 horas. Assim, é efetuada a avaliação e posterior registo do parâmetro Dor tendo como base a escala de EDIN. Esta escala encontra-se entre as recomendações pela DGS na norma 014/2010 de 2010.

Batalha (2010) constatou que, apesar de muito poucos enfermeiros usarem instrumentos padronizados (escalas) para avaliar a intensidade da dor, as taxas da prevalência da dor comparadas com as taxas de tratamento parecem comprovar que os enfermeiros reconhecem manifestações de dor no recém-nascido e tomam medidas para o seu controlo. No decorrer da nossa pesquisa verificámos que os enfermeiros reconhecem, tal como Batalha (2010) refere, um recém-nascido com dor e atuam implementando intervenções de enfermagem que visam o controlo da dor. Só depois efetuam a respetiva avaliação da dor com recurso à escala de dor.

Constatamos que neste serviço os enfermeiros efetuam a avaliação da dor de forma objetiva e subjetiva.

A avaliação subjetiva foi constatada em algumas unidades de registo.

E9 – *“sim, penso que está em uso uma escala, mas confesso que eu... (risos) tenho a minha própria escala em que eu olho para a criança e observo as manifestações físicas que ele tem... confesso que a escala... nem sei onde é que ela anda...”*

A avaliação objetiva é a mais focada nas unidades de registo. Esta é realizada com recurso a escala de EDIN. Como referiram os entrevistados E2; E3; E4; E5; E6; E7; E8.

Apurámos que por vezes esta avaliação objetiva apresenta algumas condicionantes que podem por em causa a valorização da dor, o que por sua vez, condiciona a prevenção e o tratamento da dor como refere Batalha (2010), a avaliação da dor fundamenta as intervenções dos profissionais de saúde no seu controlo. A dor não identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos.

Consideramos que após as respetivas avaliações de dor o seu registo deve ser sempre efetuado. Esta ação obedece às orientações de boas práticas. No seguinte quadro encontram-se as unidades de registo alusivas ao registo da dor.

Quadro 9 – Subcategoria registo da dor

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Valorização Da dor	Registo da dor	<p>E1 – <i>“Se essa intervenção não estiver depois de ser a 1ª vez efetuada, uma vez por turno, é colocada em SOS no SAPE. Podemos colocar lá uma nota a dizer as medidas que foram efetuadas ou não. Medidas farmacológicas ou não farmacológicas mediante o score de dor...”</i></p> <p>E3 – <i>“Não há preocupação com o registo. Muitas vezes põe-se zero e nem se preocupam muito com isso. Acho que não há uma preocupação no registo... No registo acho que falhamos um bocado. Acho que não há muitos registos. Embora muitas vezes se coloque lá qual é a escala de dor e coloca-se a maior parte das vezes valor zero. Embora às vezes tenham um pico de dor, com por exemplo uma cólica ou dor que</i></p>

Valorização Da dor	Registo da dor	<p><i>tenha a ver com uma intervenção em si ou uma dor normal do RN.”</i></p> <p><i>E5 – “...registo as atitudes que tomei perante a dor... não só através do score mas também daquilo que eu vejo ou faço...”</i></p> <p><i>E7 – “É chapa 5... normalmente regista-se o valor zero.”</i></p> <p><i>E8 – “registamos sempre... isso faz parte... é o quinto sinal vital para nós...acho que sempre que a criança tem dor acho que pomos em SOS...”</i></p> <p><i>E1; E2; E3; E4;E7; E9 – “registo o score no SAPE”.</i></p> <p><i>E8 – “...registamos sempre... isso faz parte... é o quinto sinal vital para nós...acho que sempre que a acriança tem dor acho que pomos em SOS...”</i></p>
-----------------------	-------------------	--

A DGS, na circular normativa 09/DGCG de 14/06/2003, contempla que o registo sistemático da intensidade da dor é uma norma de boas práticas no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde. Preconiza igualmente que para a mensuração da intensidade da dor se tenha como base a utilização de escalas validadas internacionalmente.

O registo do parâmetro dor é efetuado no aplicativo SAPE uma vez por turno e em SOS. Constatámos que nesta unidade de neonatologia, o SAPE, permite não só registar o valor numérico do parâmetro dor mas também o registo de intervenções de enfermagem executadas para prevenir ou controlar a dor.

Obtivemos também indicadores nas unidades de registo de alguns défices no registo da intensidade e dor que cada recém-nascido apresenta. A dor é uma experiência subjetiva que tem acompanhado o homem ao longo da sua existência. É um fenómeno cuja perceção e padrões de resposta resultam de intrínsecas interações de múltiplos fatores. Daí surgirem dificuldades na sua conceptualização, compreensão, avaliação e tratamento adequado (Leão e Pais da Silva, 2005).

A implementação de intervenções de enfermagem inerentes ao foco dor está dependente do conhecimento que os enfermeiros possuem acerca da dor do recém-nascido, e de fatores internos e externos que podem influenciar a experiência da dor. Estes fatores podem igualmente influenciar a avaliação realizada (Fernandes, 2000). O alívio da dor por parte dos enfermeiros, tendo por

base os pressupostos de Fernandes (2000), poderá estar dependente de condições como o acesso às medidas de alívio, a experiência e o conhecimento acerca das estratégias de alívio da dor.

Disponemos de ferramentas como conhecimento da fisiologia da dor do recém-nascido, escalas de avaliação e medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenir e minimizar a intensidade de dor do recém-nascido e tornar os cuidados de enfermagem mais humanizados. Christoffel e colaboradores (2009), defendem que os enfermeiros devem identificar, avaliar e tratar a dor do recém-nascido, para assim, maximizar os benefícios e minimizar os danos ou prejuízos adjacentes aos cuidados necessários durante o internamento nas unidades de neonatologia.

3.1.3 – Manifestações de Dor do Recém-Nascido Reconhecidas pelos Enfermeiros da Neonatologia

A crença inicial defendia que o recém-nascido não tinha mecanismos neuroendócrinos e neuroanatômicos desenvolvidos para conduzir os estímulos dolorosos. Não sendo assim capaz de sentir dor (Medeiros e Madeira, 2006). Reconhece-se que o recém-nascido além de sentir dor, esta será também responsável por graves consequências a nível orgânico, emocional e pode comprometer o crescimento e desenvolvimento infantil (Friaça e colaboradores, 2010).

Os recém-nascidos e de modo particular os prematuros, estão expostos a múltiplos eventos dolorosos ou promotores de stresse, incluindo excesso de luz, ruídos e muitas manipulações, dos quais podem resultar alterações fisiológicas e comportamentais (Gaiva e Dias, 2002; Kopelman e colaboradores, 2006; Gaspardo, Linhares, Martine, 2005; Lago, 2008; Cardoso e colaboradores, 2010; Veronez e Corrêa, 2010).

O reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende, segundo Cardoso e Rolim (2007), do conhecimento acerca da dor no período neonatal, da sensibilidade e atenção para a perceção desses sinais de dor.

No que se refere às manifestações de dor do recém-nascido, os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo reconhecem que o recém-nascido manifesta a dor através de alterações comportamentais e fisiológicas.

Nos quadros seguintes é demonstramos como é efetuado o reconhecimento das manifestações de dor por parte dos enfermeiros na unidade de neonatologia em estudo.

Quadro 10 – Subcategoria manifestações comportamentais.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Manifestação da dor	Manifestações comportamentais	<p><i>E2 – “Às vezes é difícil caracterizar as manifestações comportamentais, mas considero ser a fâcies, o choro... pronto, pelo comportamento geral do bebé... muitas vezes o franzir da sobrancelha, o choro gritado e alto, o bebé está desorganizado... consegue-se perceber muitas vezes o bebé quando chora, que tem a fralda suja, ou, é diferente de um bebé que está com dor e está desconfortável...”</i></p> <p><i>E3 – “... Regra geral eu acho que é o choro, o fâcies e o comportamento corporal do recém-nascido.”</i></p> <p><i>E6 – “...o choro, as horas de repouso de sono, as características faciais que ele me pode demonstrar e a expressão facial e corporal do recém-nascido.”</i></p> <p><i>E9 – “A postura das mãos, o próprio choro... a gente sabe perfeitamente distinguir. ...os gemidos, por exemplo... estar com gemidos é sempre de valorizar... o gemido poderá ser dor”.</i></p>

Para Teixeira (2006), o recém-nascido manifesta a sua dor através de respostas ou reações observáveis e que refletem a sua experiência dolorosa. Nas várias unidades de registo analisadas verificámos que os enfermeiros reconhecem como principais manifestações comportamentais de dor as alterações do choro, fâcies, sono e comportamento corporal. Tal como refere a literatura, estes

parâmetros comportamentais estão presentes na generalidade das escalas que contemplam os parâmetros comportamentais, o que nos permite depreender que as enfermeiras da unidade de neonatologia em estudo são capazes de reconhecer um recém-nascido com dor através das alterações comportamentais.

A dor do recém-nascido será corretamente avaliada se associarmos à avaliação dos parâmetros comportamentais os parâmetros fisiológicos, como se verifica na generalidade das escalas de avaliação da dor validadas internacionalmente.

Para Gonçalves, Rebelo e Tavares (2010), os recém-nascidos apresentam respostas a estímulos dolorosos através do aumento de adrenalina, noradrenalina, cortisol e variações nos níveis de beta-endorfina. Estas respostas provam que o recém-nascido é capaz de responder a estímulos dolorosos através da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal e sistema nervoso autónomo, o que por sua vez se reflete em alterações no parâmetros fisiológicos.

Após a revisão da literatura, verificámos que as manifestações fisiológicas refletem alteração dos parâmetros de: frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, saturação e pressão transcutânea de oxigénio, pressão intracraniana, sudorese palmar e diminuição do tónus vagal (Kopelman e colaboradores, 2006).

No quadro 11 apresentamos as unidades de registo relativas às manifestações fisiológicas que os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo identificaram como indicadores fisiológicos de que o recém-nascido está com dor.

Quadro 11 – Subcategoria manifestações fisiológicas.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Manifestação da dor	Manifestações fisiológicas	<p><i>E1 – “...a própria taquicardia ou alteração de outro sinal vital, tudo isso pode manifestar que ele está com dor. A polipneia...”</i></p> <p><i>E2 – “...pelos parâmetros vitais estáveis do bebé também nos dizem... muita coisa... não é? A frequência respiratória, cardíaca...”</i></p> <p><i>E7 - taquicardia... ou outras alterações de sinais vitais...”</i></p> <p><i>E9 – “As alterações de frequência cardíaca, polipneia, tudo isso é valorizado e claro temos que ver o conjunto da criança, não é?”</i></p>

A análise das várias unidades de registo permite-nos referir que os enfermeiros, na unidade de neonatologia em estudo, reconhecem como alterações fisiológicas consequentes de estímulos dolorosos a alteração da frequência cardíaca, sendo que especificam a taquicardia. Também se verifica que reconhecem que a frequência respiratória se altera perante um estímulo doloroso, referem como alteração a polipneia. Verificámos a existência de referência a alterações de sinais vitais onde além dos anteriores se inclui a tensão arterial e a temperatura. Ficando por identificar a saturação e pressão transcutânea de oxigénio, pressão intracraniana, sudorese palmar e a diminuição do tónus vagal.

3.1.4 - Procedimentos Farmacológicos e Não Farmacológicos para Controlar a Dor do Recém-Nascido

Na análise às várias unidades de registo evidencia-se, à semelhança do descrito na literatura, que o controlo de dor do recém-nascido é efetuado com recurso à implementação de procedimentos farmacológicos e não farmacológicos.

O tratamento farmacológico da dor em pediatria sofreu um grande desenvolvimento nos últimos anos, tendo os profissionais de saúde a prevenção da dor como finalidade terapêutica. O médico, em função do diagnóstico da situação, decide qual o tratamento (fármaco, dose, frequência, via e modo de administração e duração do tratamento). Ao enfermeiro cabe a tarefa de preparar e administrar a terapêutica prescrita, decidir quando administrar (se prescrita em SOS), avaliar e comunicar a sua eficácia, vigiar e controlar efeitos secundários e colaborar na revisão terapêutica em função duma avaliação contínua da dor (Batalha, 2010).

Para Gonçalves, Rebelo e Tavares (2010), a analgesia do recém-nascido torna-se um imperativo a partir do momento em que se reconhece a possibilidade de consequências a nível do neurodesenvolvimento, aquando da exposição a estímulos nociceptivos. Os autores colocam duas questões: Em que circunstâncias analgesiar? E como analgesiar?

Batalha, Santos e Guimarães (2007) referem que o controlo inadequado da dor tem como principal causa o insuficiente tratamento farmacológico, que aparentemente se deve à não orientação do tratamento pela intensidade da dor e à alta prevalência de prescrições *ad hoc*. A secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2006) refere que a sedação tem como objetivos a redução

da morbidade ligada ao stresse e à melhoria das condições de segurança (diminuição das extubações acidentais, arrancamento de catéteres, desadaptação do ventilador). No âmbito da neonatologia referem que a sedação é frequentemente realizada com recurso a benzodiazepinas e a opiáceos, no entanto também são administrados barbitúricos, hidrato de cloral e a cetamina.

Nas várias entrevistas realizadas, apenas um entrevistado focou o tratamento farmacológico como primeiro procedimento no controlo de dor, caso o recém-nascido tenha fármacos prescritos para o controlo de dor.

Quadro 12 – Subcategoria procedimentos farmacológicos.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Procedimentos de controlo de dor	Procedimentos farmacológicos	<p><i>E6 – “...acho que surte mais efeito as não farmacológicas no controlo da dor. Se utilizar as não farmacológicas... podemos não ter que chegar às farmacológicas...”</i></p> <p><i>E9 – “...acho que se cai um bocado, falando no geral... no erro de: ok... tem prescrito Paracetamol, ok, opta-se logo pelo Paracetamol, as pessoas esquecem-se depois um bocado da não farmacológica. Poderiam se calhar primeiro optar pela não farmacológica e depois se essa não surtir efeito ir à farmacológica. Mas acho que não... depois de estar prescrito vai-se logo para a farmacológica... se tiver uma farmacológica prescrita acho que não se aplicam as não farmacológicas”.</i></p>

A anterior unidade de registo foca não só o desempenho pessoal, mas a interpretação que faz do desempenho dos enfermeiros da unidade em estudo, relativo ao uso de procedimentos farmacológicos no controlo de dor do recém-nascido. Torna-se desta forma evidente que os enfermeiros administram os fármacos prescritos para o controlo de dor, sem ter a preocupação em associar procedimentos não farmacológicos. No entanto, constatamos noutras unidades de

registo que os profissionais de enfermagem elegem os procedimentos não farmacológicos como primeira medida no controlo da dor do recém-nascido.

As medidas não farmacológicas são estratégias que objetivam principalmente prevenir a intensificação do processo doloroso, a desorganização do recém-nascido, o stresse e a agitação e minimizar as repercussões da dor (Lemos e colaboradores, 2010). Para Kopelman e colaboradores (2006), as medidas não farmacológicas podem ser utilizadas isoladamente ou em conjunto com atitudes farmacológicas. Detetamos unidades de registo que evidenciam isso mesmo. Dando preferência pela ação autónoma no controlo de dor, ou seja, os enfermeiros preferem iniciar o controlo de dor pelas medidas não farmacológicas e também optam por associá-las ao controlo farmacológico.

As medidas não farmacológicas a implementar na prevenção e alívio da dor do recém-nascido podem ser categorizadas em comportamentais (relaxamento), cognitivo-comportamentais (distração); físicos (massagem e posicionamento), suporte emocional (toque e conforto que inclui o envolver, amamentar, administração de sacarose por via oral e promoção da sucção não nutritiva) e ambientais (temperatura, luz e ruído) Lemos e colaboradores, 2010; Batalha, 2010; Friaça e colaboradores, 2010; Twycross, Dowden, Bruce, 2009; Pinto e colaboradores, 2008; Medeiros e Madeira, 2006). Friaça e colaboradores (2010) destacam também como medida não farmacológica a mudança de rotinas em relação aos procedimentos dolorosos.

No quadro 13 encontram-se as unidades de registo que evidenciam quais os procedimentos não farmacológicos que os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo usam no controlo de dor do recém-nascido.

Quadro 13 – Subcategoria procedimentos não farmacológicos.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Procedimentos de controlo de dor	Procedimentos não farmacológicos	<p><i>E1 – “Dar a sacarose antes de os punçarmos associada à sucção não nutritiva é muito importante... tentamos aconchegá-lo com um lençol... colo da mãe...”</i></p> <p><i>E2 – “Dou sacarose... se o bebé estiver muito choroso pomos na chupetinha umas gotinhas de sacarose ou de glicose a 10%... mais aconchegar o bebé... dar-lhe um colinho...resulta”.</i></p>

Procedimentos de Controlo de dor	Procedimentos não farmacológicos	<p><i>E3 – Acho que normalmente o que nós fazemos é começar pelas medidas não farmacológicas, e conseguimos resolver a situação. Eu uso sacarose, glicose, Chupeta, material de contenção...”</i></p> <p><i>E5 – “colocar a chupeta... fazer massagem... posicioná-lo, numa maneira que eu ache que ele está mais confortável, ou então verificar se tem o soro infiltrado, porque às vezes a dor pode vir daí... ou dar banho... pegar nele ao colo...”</i></p> <p><i>E6 – “...contenção e sacarose ou glicose”.</i></p> <p><i>E8 – “...colocamos a chupetinha... acariciamos... muitas vezes pegamos nele ao colo... damos a sacarose ou a glicose... aconchegamos... sei lá muitas vezes damos banho, fazemos massagem...”</i></p>
----------------------------------	----------------------------------	---

As nossas unidades de registo vão de encontro ao que refere Batalha (2010), quando menciona, que as medidas não farmacológicas mais utilizadas pelos enfermeiros são do tipo emocionais, cognitivo-comportamentais e físicas.

Constatamos também em algumas unidades de registo que os enfermeiros identificaram algumas condicionantes no que se refere ao controlo não farmacológico. Entre essas condicionantes destacam o défice de recursos da unidade.

Em relação à associação das medidas farmacológicas e não farmacológicas, os enfermeiros consideram que há vantagens em associar os dois tipos de procedimentos.

E1 – “...Quando associamos as medidas não farmacológicas às medida farmacológicas o seu resultado da vai ser muito mais eficaz, sem dúvida alguma... complementam-se”.

E2 – “...Em alguns casos, quando a dor é mesmo moderada... ou algum procedimento doloroso... se calhar a não farmacológica... não chega. Quando se calhar é uma dor mais ligeira, entre aspás, acaba por resolver”.

E3 – “Acho que as duas devem-se inter-relacionar. Começar sempre pela não farmacológica e depois a farmacológica. Eu acho que uma ajuda a outra... Eu acho que uma interage com a outra. Podes começar por uma e ver que não é suficiente e com outra consegues resolver”.

E4 – “...Acho que o não farmacológico tem um efeito mais imediato no conforto e o outro tem efeito no tempo de atuação mais tardio. O não farmacológico acaba por potenciar o alívio imediato”.

E6 – “...Elas as duas relacionadas funcionam se calhar melhor... mas as não farmacológicas penso que terão mais sucesso”.

E8 – “Eu até posso ter dado... vamos supor que eu dei o Paracetamol... na hora de eu picar se eu der um bocadinho de sacarose... surte muito mais efeito... sem dúvida... na punção lombar... surte efeito”.

A evidência demonstra que as medidas não farmacológicas são eficazes quando utilizadas na prevenção e controlo da dor de leve intensidade, pelo que deverão ser associadas às intervenções farmacológicas quando a dor é moderada ou severa (Medeiros e Madeira, 2006; Lemos e colaboradores, 2010).

3.1.5 – Implementação de Medidas não Farmacológicas

A implementação de medidas não farmacológicas permite ao enfermeiro autonomamente prevenir e amenizar a dor do recém-nascido. Estas intervenções já revelaram serem eficazes, seguras e de baixo custo atendendo aos benefícios que fomentam no recém-nascido.

Os entrevistados referenciaram várias medidas não farmacológicas que reconhecem como eficazes no controlo de dor. Torna-se pois imprescindível compreender se existem fatores que condicionem essa implementação. Assim, na análise das várias entrevistas, constatamos que existem varias condicionantes e estas foram categorizadas em: formação, protocolos, recursos e variáveis organizacionais.

No que se refere à formação, de acordo com Batalha (2010), a execução do tratamento não farmacológico está dependente da formação que os profissionais possuem e da dificuldade sentida pelos profissionais de saúde para lidarem com a dor aguda. Tal facto está relacionado com a não sensibilização dos profissionais de

saúde para investigações recentes que validam as intervenções não farmacológicas.

Na categoria formação, de acordo com as várias evidências conceptuais, encontram-se associados os conhecimentos e a experiência profissional. Como refere Johnson e colaboradores (2009), a experiência que cada enfermeiro tem condiciona a implementação das medidas não farmacológicas.

No quadro 14 encontram-se as unidades de registo referentes à subcategoria formação como uma condicionante para a implementação das medidas não farmacológicas.

Quadro 14 – Subcategoria formação.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
<p>Implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Formação</p>	<p><i>E2 – “Se calhar o desconhecimento... ou às vezes as pessoas acharem que... as medidas não farmacológicas não vão resolver o problema... e não valorizarem...”</i></p> <p><i>E3 – (risos) “...acho que há muita falha de conhecimento acerca dos bebés, depois isso reflete-se na forma como vão cuidar... Falta um bocadinho de conhecimento sobre a dor, principalmente nos mais prematuros que é o que nós temos tido mais ultimamente e onde é mais difícil ver se o RN tem realmente dor. ...Eu acho que a subjetividade, da dor nos prematuros condiciona, embora haja escalas, é muito difícil ...Sente-se mais dificuldade em estabelecer medidas não farmacológicas...se calhar também pela nossa inexperiência nos prematuros”</i></p> <p><i>E4 – “...Formação vem fornecer outros meios de atuação. Geralmente quanto mais meios temos para trabalhar melhor. Mais nos facilita a nossa atuação. Acho que a formação é sempre válida e justificada. Mesmo que as pessoas já tenham feito essa formação pode haver coisas de que já não se lembrem ou precisar de reforçar algumas</i></p>

<p>Implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Formação</p>	<p><i>ideias... quando as coisas estão mais presentes lembram que devem ser feitas”.</i></p> <p><i>E6 – “...não temos formação suficiente. Tem-se algumas noções mas... não. Parte-se logo desde o posicionamento do recém-nascido ... que se encontra muitas das vezes mal posicionado. E daí pode logo também causar desconforto ao recém-nascido desde início”.</i></p> <p><i>E9 – “Se calhar há falta de mais informação sobre mais medidas não farmacológicas. Sinceramente considero que deveria haver mais exploração sobre as medidas não farmacológicas no serviço, se calhar voltar a haver mais formação sobre medidas não farmacológicas. Se calhar as pessoas é que não têm tanta noção que existem mais medidas não farmacológicas além da sacarose para se adotar”.</i></p>
---	------------------------	--

Na análise das várias unidades de registo constata-se que os enfermeiros reconhecem que a formação que têm relativa às várias medidas não farmacológicas não é suficiente. É efetuada a observação de um aspeto pertinente nomeadamente o reconhecimento da pertinência da reciclagem da formação.

E4 – “Acho que as pessoas precisam de mais formação, para criar mais consciência da existência do problema dor. A subjetividade da dor... sem dúvida... quando há dados que não são objetivos são menos valorizados, ou passam despercebidos para algumas pessoas. As pessoas podem estar só atentas aos sinais visíveis, só ao que é mais físico, mais palpável e a dor não é”.

Os entrevistados citaram aspetos importantes como o conhecimento sobre a dor do recém-nascido e em particular o recém-nascido prematuro, subjetividade da dor e a experiência profissional.

É irrefutável a afirmação de que os recém-nascidos prematuros têm dor e manifestam maior desorganização e variação de respostas fisiológicas após um procedimento doloroso (Anand, 2007; Anand e colaboradores, 2005; Lago, 2008; Chimello e colaboradores, 2009). O recém-nascido de termo responde mais vigorosamente a procedimentos invasivos, estando este facto relacionado com a

maturação o que se torna evidente nas demonstrações das respostas comportamentais (Kurdahi, 2010). Tal facto encontra-se evidente na unidade de registo onde o entrevistado reconhece que há um défice de formação, conhecimento e experiência sobre a dor recém-nascido prematuro, o que vai, na opinião do entrevistado, refletir-se na dificuldade em aplicar medidas não farmacológicas no controlo de dor.

Os nossos dados vão de encontro ao que menciona Cardoso e colaboradores (2007), quando refere que o reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende do conhecimento acerca da dor no período neonatal, da sensibilidade e atenção para a perceção dos sinais de dor.

Byrd, Gonzales e Parsons (2009) constataram que os enfermeiros reconhecem que existe uma inadequada gestão da dor do recém-nascido e apontam como causas a falta de protocolos para a gestão da dor.

No quadro 15 encontram-se as unidades de registo referentes à subcategoria protocolos. Demonstramos que os vários entrevistados identificaram a existência de protocolos como uma condicionante para a implementação das medidas não farmacológicas

Os protocolos têm como objetivo obter uma padronização de um procedimento. Neste contexto, visam promover a correta implementação das medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido.

Quadro 15 – Subcategoria protocolos.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
Implementação de medidas não farmacológicas	Protocolos	<p><i>E2 – “Não tenho conhecimento que existam protocolos de medidas não farmacológicas no serviço. ...era fundamental ter protocolos de medidas não farmacológicas... porque se houvesse toda a gente iria agir de uma maneira mais uniforme... ia-nos facilitar o nosso trabalho. Sem dúvida alguma, passariam a implementar mais medidas não farmacológicas”.</i></p> <p><i>E3 – “Temos em vigor o protocolo da sacarose. Mas às vezes não se cumpre o protocolo da sacarose”.</i></p> <p><i>E4 – “...se houvesse protocolos a implementação seria mais fácil. Pois os enfermeiros tinham logo</i></p>

<p>Implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Protocolos</p>	<p><i>estruturado como deviam atuar. Acho que os protocolos facilitam a atuação”.</i></p> <p><i>E6 – “...acho que os protocolos de medidas não farmacológicas, seriam importantes para o controlo da dor... muita gente não está ciente disso... Não no nosso serviço não existem protocolos de medidas não farmacológicas”.</i></p> <p><i>E7 – “...acho que era importante, porque assim iríamos fazer todos da mesma maneira e não haveria tantas dúvidas, o problema é mesmo esse não haver protocolos, e cada pessoa faz como acha melhor... no momento. Os protocolos seriam uma boa ideia”.</i></p> <p><i>E8 – “...se calhar fazíamos as coisas mais metodicamente... aquilo que nós fazemos empiricamente... que fazemos... aconchegamos... damos um miminho... pomos a chupeta... damos a sacarose... se calhar se houvesse um protocolo... fazíamos as coisas mais organizadas... e com times”.</i></p>
---	--------------------------	--

A existência de protocolos referentes à implementação de medidas não farmacológicas é reconhecida como fator facilitador para a implementação das medidas não farmacológicas no controlo de dor do recém-nascido.

Na unidade de neonatologia em estudo a única medida não farmacológica que se encontra protocolada é referente à administração de sacarose a 24%. Apuramos que cinco dos entrevistados conhecem esse protocolo. Mas também obtivemos uma unidade de registo que faz referência facto de existir esse protocolo e nem sempre ser seguido com rigor.

No quadro 16 encontram-se as unidades de registo referentes à subcategoria recursos. Constatámos que dois dos entrevistados identificaram a existência de condicionantes para a implementação das medidas não farmacológicas relacionados com os recursos e disponibilidade pessoal. A disponibilidade pessoal está relacionada, segundo os entrevistados, com a capacidade dos enfermeiros improvisarem, com os materiais que possuem no

serviço no sentido de colmatar algumas falhas de material, como por exemplo rolos de posicionamento.

A escolha de cada uma das técnicas não farmacológicas depende, segundo Batalha (2010), dos recursos existentes em cada serviço, sendo uma condicionante para a sua implementação os problemas financeiros que algumas técnicas exigem.

Quadro 16 – Subcategoria recursos materiais.

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
<p>Implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Recursos materiais</p>	<p><i>E2 – “... Ainda há procedimentos que nós fazemos e que acabamos por não... não usar o que deveríamos usar para prevenir a dor. Acho que está relacionado com facto de não termos todos os recursos materiais que necessitamos...”</i></p> <p><i>E4 – “...geralmente usamos substâncias açucaradas, a sucção não nutritiva, quando há a sacarose usa-se. Posicionamentos corretos, aconchego, mais as medidas de conforto, mas não temos acesso a muitas mais coisas”.</i></p> <p><i>E6 – “...condicionantes eu acho que é mais pessoal... porque todos temos um lençol, todos temos um rolinho ali à mão e uma chupetinha para aconchegar o bebé, por isso é que é mais um descuido pessoal para ser rápida e eficaz. Sinceramente acho que pode existir condicionantes pessoais de cada um mais do que propriamente do serviço. Porque enfermagem é improvisar e nós conseguimos improvisar... conseguíamos e conseguimos... de qualquer das maneiras...”.</i></p> <p><i>E7 – “A sacarose a 24%... que neste momento nem sequer está disponível... voltamos a usar a glicose... que há quem use a glicose a 10%, há quem use a glicose a 30%, nem sequer é uniforme pela equipa toda...”</i></p>

Na análise das unidades de registo, constatámos que não existe consenso no que se refere aos recursos materiais disponíveis na unidade como condicionante para a implementação de medidas não farmacológicas.

As enfermeiras da unidade de neonatologia em estudo identificaram também as variáveis organizacionais como condicionante para a implementação das medidas não farmacológicas.

Quadros 17 – Subcategoria variáveis organizacionais

Categoria	Subcategoria	Unidades de registo
<p>Implementação de medidas não farmacológicas</p>	<p>Variáveis organizacionais</p>	<p><i>E1 – “O excesso de trabalho pode ser uma condicionante para que as medidas não farmacológicas não sejam implementadas. Pois acaba-se por se fazer realmente aquilo que tem que ser feito, o mais importante e descuraram-se as medidas não farmacológicas, queremos fazer várias coisas, mas temos que estabelecer prioridades... O tempo que temos para cuidar dos bebés também interfere... Eu acho que não é o não saber e o não estarem despertos, é mesmo o corre-corre e o excesso de trabalho”.</i></p> <p><i>E4 – “...acho que é mesmo o stresse e as condições de trabalho que acabamos por não ter consciência... o stresse de andar sempre a correr, as pessoas acabam por dar menos importância a este género de coisas como o posicionamento, o bebé que chora e fica na incubadora só com um lençol... acho que as pessoas têm a noção de como devem fazer, mas às vezes o facto do excesso de trabalho e do stresse acabam por desviar um bocadinho e condicionar as atitudes mais corretas...”</i></p> <p><i>E7 – “...nós estamos mais virados para as questões farmacológicas... mais técnicas, e debatemo-nos com vários problemas, falta de tempo, disponibilidade... e se calhar muitas das</i></p>

Implementação de medidas não farmacológicas	Variáveis organizacionais	<p><i>vezes usamos também isso como desculpa para não usarmos as medidas não farmacológicas”.</i></p> <p><i>E8 – “Eu acho que é o motivo número um da não implementação das medidas não farmacológicas... que é a sobrecarga de trabalho. A verdade é essa... muitas vezes tu estás a trabalhar, estás a fazer horas a mais... estás a fazer mais horas do que o que deverias fazer... são precisos mais enfermeiros mas não são colocados mais enfermeiros a trabalhar... porquê? ...porque eles sabem que ao fim e ao cabo acabas por deixar o serviço todo feito... só que é essa diferença... o serviço aparece feito, mas não somos tão... humanos...tão profissionais como deveríamos de ser. Realmente o grosso fica todo feito... mas é essa parte humana... essa parte mais meticulosa. A qualidade dos cuidados é refletida...A emergência de fazer as coisas... e se calhar ter muitas coisas para fazer ao mesmo tempo...”</i></p> <p><i>E3 – “...o facto de não querer estar no serviço, desleixam-se um bocadinho”.</i></p>
---	---------------------------	---

Os vários entrevistados referem que a sobrecarga de trabalho e o stresse gerados pelas condições laborais condicionam a implementação das medidas não farmacológicas. Reconhecem também que estas variáveis se refletem na qualidade dos cuidados apesar de, no entender dos entrevistados, terem conhecimentos e formação adequada para implementarem as medidas não farmacológicas, ou seja, condicionam a correta implementação do processo de enfermagem perante o foco de atenção dor do recém-nascido. Para Jesus (2006), existem fatores suscetíveis de influenciar o processo de decisão clínica de enfermagem; refere que estes podem ser agrupados em fatores contextuais e individuais. Sendo que os fatores contextuais podem incluir o contexto ou natureza da atividade, complexidade do problema, características do utente, informação/recursos disponíveis e a intensidade do trabalho.

3.2 – Discussão dos Resultados

A análise das entrevistas conduziu-nos à reflexão crítica sobre as mesmas e tivemos como adjuvante os dados obtidos na revisão conceptual. Essa análise evidenciou quatro dimensões que constituem as categorias e respetivas subcategorias que nos conduzem à compreensão de quais os fatores que influenciam os enfermeiros da Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na adoção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor do recém-nascido. A discussão dos resultados é efetuada seguindo como fio condutor as categorias adjacentes do referencial de análise de conteúdo desta investigação.

As evidências científicas remetem-nos para a necessidade de minimizar as experiências desagradáveis a que os recém-nascidos são expostos durante a sua permanência nas unidades de neonatologia. A subjetividade da dor e o número de manipulações e procedimentos a que os recém-nascidos são sujeitos faz emergir um conjunto de práticas nas quais se incluem as medidas não farmacológicas que permitem minimizar os danos provenientes da estimulação intensa das vias nociceptivas.

As medidas não farmacológicas são, em si, intervenções de enfermagem adjacentes ao processo de enfermagem elaborado pelo enfermeiro para a resolução do foco de atenção dor do recém-nascido.

A forma como o enfermeiro põe de lado mitos como o recém-nascido não tem memória para a dor ou não é possível avaliar corretamente a dor do recém-nascido, condiciona o processo de enfermagem. A subjetividade da dor e a inabilidade do recém-nascido relatar verbalmente a sua dor conduz o enfermeiro à obrigatoriedade de estar atento às alterações fisiológicas e comportamentais que acompanham o processo doloroso e atuar no sentido de controlar a dor, avaliar e registar corretamente a dor e não menos importante prevenir a dor.

A valorização da dor implica prevenir, controlar, avaliar e registar a dor. Se os enfermeiros valorizarem a dor cumprem os imperativos éticos que conduzem a prática clínica.

CATEGORIA – VALORIZAÇÃO DA DOR

Tendo como base a revisão conceptual efetuada, constatamos que a dor é valorizada quando se verifica que os enfermeiros possuem conhecimentos adequados para executarem uma correta gestão do foco dor. Esta gestão será

adequada se os enfermeiros implementarem intervenções que contemplem a correta prevenção, controlo, avaliação e registo da dor.

Após a análise das unidades de registo verificámos que os enfermeiros reconhecem que nem sempre a dor é valorizada o que nos permite inferir que a correta gestão do foco dor está em causa.

As consequências da dor para o recém-nascido dependem da idade gestacional, da duração da exposição e da natureza do estímulo nociceptivo. A neurobiologia já demonstrou que as vias nervosas ascendentes estão operantes no recém-nascido muito antes das vias de controlo descendentes. Por este facto os enfermeiros devem estar particularmente motivados para prevenir a dor aquando das múltiplas manipulações e procedimentos dolorosos a que o recém-nascido está exposto durante o internamento na Neonatologia.

A dor nunca deve ficar para segundo plano. A Ordem dos Enfermeiros (2008), defende que a negação ou a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional.

Byrd, Gonzales e Parsons (2009) constaram que os enfermeiros reconhecem que o foco dor do recém-nascido não é gerido corretamente. Apontam como barreiras para a correta gestão do foco dor os instrumentos de avaliação e o treino dos profissionais em relação à avaliação, prevenção e controlo da dor.

Obtivemos unidades de registo que nos permitem aproximar dos resultados da investigação anterior. As enfermeiras manifestam que nem sempre se preocupam em prevenir a dor aquando da execução de algum procedimento. Constatamos que a dor nem sempre é corretamente avaliada apesar de estar protocolado o uso da escala de EDIN. Ainda se avalia a dor do recém-nascido de forma subjetiva. Tal facto condiciona o controlo da dor.

Os entrevistados citaram que efetuam o registo do parâmetro dor tal como é preconizado pela DGS (2010), ou seja, uma vez por turno. No entanto, constatamos que esse registo não é corretamente efetuado. A escala em vigor no serviço é a escala de EDIN o que oferece aos enfermeiros a possibilidade de avaliarem objetivamente a dor do recém-nascido. Apenas um entrevistado refere que o valor que regista obedece à sua própria escala o que depreendemos que este enfermeiro apenas faz uma avaliação subjetiva da dor do recém-nascido. Foi possível apurar que os enfermeiros possuem formação relativa à temática da dor do recém-nascido, escala de avaliação da dor EDIN e medidas não farmacológicas.

Todos referem que os valores numéricos referentes à dor são registados no SAPE. É feito também referência à associação de registos de enfermagem

referentes às intervenções de enfermagem implementadas no plano de cuidados do recém-nascido. Constatamos que os enfermeiros reconhecem que existem falhas nos registos de enfermagem e na prevenção da dor do recém-nascido. Estas falhas advêm de variáveis organizacionais e pessoais. Os entrevistados enumeram que a prevenção é secundária pois a sobrecarga de trabalho e a desvalorização das intervenções de enfermagem não farmacológicas parecem estar na origem da inadequada prevenção. Fernandes (2000) refere que a abordagem não farmacológica pode oferecer aos enfermeiros a possibilidade de contribuírem para a gestão eficaz da dor de uma forma autónoma.

Relativamente aos registos não foi enumerada qualquer condicionante relacionada com o sistema informático nem com a escala em vigor. O sistema informático revela ser bastante eficaz uma vez que relembra ao enfermeiro que tem que efetuar a avaliação da dor. O facto de a avaliação e registo da dor não serem corretamente efetuados, no nosso entender, põe em causa a implementação de intervenções de enfermagem não farmacológicas e farmacológicas. Tal facto condiciona a correta prevenção e controlo da dor. Batalha, Santos e Guimarães (2007) consideram que o recém-nascido beneficiará de um controlo adequado da dor. As evidências encontradas na revisão conceptual e na análise das várias unidades de registo dos enfermeiros entrevistados permite-nos afirmar que quando a dor não é corretamente avaliada e registada poderá condicionar a prevenção e o seu controlo, ou seja, estará condicionada a resolução do foco de atenção de enfermagem dor do recém-nascido.

Os ganhos em saúde ficam assim condicionados, uma vez que o reconhecimento e definição do problema dependem da avaliação e monitorização da dor por parte do enfermeiro. A deficiente identificação e reconhecimento que o recém-nascido sente dor conduzirá a decisões erradas ou ausência de soluções, uma vez que não são reunidas todas as informações relevantes para a correta implementação de um plano de cuidados de enfermagem adequado ao problema de enfermagem em causa.

A valorização ou não valorização da dor do recém-nascido terá pois como base múltiplos fatores em cadeia. Onde cada elo desta cadeia condiciona o resultado final. Tal facto está pois relacionado com as várias fases de tomada de decisão e julgamento clínico, pois a deficiente identificação do problema conduzirá a decisões erradas, como a inadequada prevenção e controlo da dor, e à ausência de soluções.

Em suma, com esta investigação constatamos que os enfermeiros reconhecem que a dor não é corretamente valorizada o que permite lembrar que

estamos perante um problema sobre o qual se deve refletir. A dimensão humanitária e ética deste problema deve conduzir os enfermeiros a repensar sobre as suas práticas quotidianas e à necessidade de formação no âmbito desta temática.

CATEGORIA – MANIFESTAÇÃO DA DOR

O enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra numa posição mais privilegiada para melhor identificar e interpretar os sinais de dor do recém-nascido. É reconhecido e aceite pela comunidade científica que todos os recém-nascidos são capazes de sentir e manifestar dor.

Como enfermeiros, temos a obrigação e dever moral de reconhecer e aceitar a linguagem de dor do recém-nascido. Esta temática tem sido destacada no contexto da assistência humanizada ao recém-nascido e na filosofia dos cuidados de enfermagem promotores do desenvolvimento infantil. No entanto, o reconhecimento ou descodificação dos sinais de dor por parte dos enfermeiros depende, segundo Cardoso e colaboradores (2007), do conhecimento acerca da dor no período neonatal e da sensibilidade e atenção para a perceção desses sinais de dor.

Os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo reconhecem que o recém-nascido manifesta a dor através de alterações comportamentais e fisiológicas. Referem que é difícil identificar as alterações comportamentais que os recém-nascidos possam apresentar quando efetivamente têm dor. Verificamos que identificam um recém-nascido com dor se este apresentar alterações no tipo de choro, no padrão de sono, na expressão facial e no comportamento corporal. O que nos permite depreender que os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo reconhecem que o recém-nascido sente dor e é capaz de demonstrar a sua dor através de alterações comportamentais.

Estas evidências permitem-nos admitir que a escala de dor em uso neste serviço poderá ser corretamente utilizada, uma vez que a escala de EDIN é uma escala comportamental. No entanto, os enfermeiros reconhecem que tal não se verifica. Este facto vai de encontro a Lemos e colaboradores (2010) quando referem que existem vários instrumentos para a avaliação da dor; no entanto, os profissionais ou não os conhecem ou não os utilizam.

Os parâmetros fisiológicos são objetivos mas não são específicos da dor, uma vez que podem ocorrer alterações similares quando se verificam estímulos desagradáveis mas não dolorosos. Assim, estes parâmetros são úteis para avaliar

e alertar para a presença de dor mas devem ser associados a outros dados como as alterações comportamentais.

Dos parâmetros comportamentais os mais focados, nas unidades de registo, foram choro, expressão facial e alteração postura corporal. Os parâmetros fisiológicos mais mencionados foram a taquicardia e a polipneia. Os entrevistados que mencionaram as alterações nos parâmetros fisiológicos nunca as citaram de forma isolada; encontravam-se associados a alterações comportamentais. Foram identificadas mais alterações comportamentais que alterações nos parâmetros fisiológicos. Dos nove entrevistados, cinco referem que identificam a dor do recém-nascido através de alterações comportamentais e fisiológicas. Os restantes entrevistados identificaram como características presentes num recém-nascido que manifeste dor apenas as alterações comportamentais.

Os enfermeiros utilizam preferencialmente variáveis comportamentais na identificação de indicadores de dor e fazem uma utilização mínima de equipamentos para as variáveis fisiológicas (Batalha, 2010). Tais factos vêm fundamentar a atitude dos entrevistados quando abordados acerca das características presentes num recém-nascido que manifeste dor.

CATEGORIA – PROCEDIMENTOS DE CONTROLO DE DOR

No decorrer das múltiplas manipulações e procedimentos o recém-nascido é sujeito a estímulos dolorosos. A estimulação intensa e repetitiva pode levar a um hiperfuncionamento do sistema nervoso simpático, responsável pela quebra da homeostase interna do organismo, hipersensibilidade a estímulos potencialmente dolorosos e não dolorosos, aumento das ramificações nervosas no local de agressão e diminuição do limiar de dor. No caso particular do recém-nascido prematuro podem ainda surgir alterações nos mecanismos neurobiológicos de regulação e modulação do sistema de eferente (Kopelman e colaboradores, 2006).

Os enfermeiros são hoje peritos em descodificar a linguagem de dor do recém-nascido e os seus conhecimentos acerca da fisiopatologia da dor que atingem hoje níveis satisfatórios, o que possibilita a otimização do planeamento de ações de enfermagem mais ajustadas às necessidades dos recém-nascidos. A preocupação em implementar procedimentos para o controlo da dor do recém-nascido tem sido crescente. No entanto há ainda um longo caminho para percorrer no sentido de tratar e prevenir a dor de forma mais efetiva. As evidências científicas sugerem vários fatores que podem estar na origem do controlo ineficaz da dor como por exemplo a experiência profissional e pessoal com a dor, o conhecimento insuficiente acerca da fisiopatologia da dor, fatores relacionados com o uso de

escalas de avaliação, as características do recém-nascido e as falhas de comunicação dentro da equipa multidisciplinar (Maia e Coutinho, 2011).

Os entrevistados referiram que implementam preferencialmente medidas não farmacológicas e consideram-nas até essenciais na prevenção e alívio da dor do recém-nascido e acreditam na sua eficácia, no entanto, há também referência às medidas farmacológicas.

Constatamos que as enfermeiras acreditam que existe uma relação potenciadora do tratamento não farmacológico sobre o tratamento farmacológico.

Com esta pesquisa verificou-se que os enfermeiros optam preferencialmente por iniciar o controlo da dor pelo tratamento não farmacológico. Consideram que as medidas não farmacológicas têm um efeito imediato sobre o conforto, potenciando um alívio imediato uma vez que o recém-nascido se sente protegido e confortável. Há no entanto indícios de que, se estão prescritos fármacos para o controlo de dor, estes são logo administrados em detrimento da implementação das medidas não farmacológicas. Mas não foi possível clarificar esta posição, uma vez que, também há enfermeiros que descrevem que normalmente iniciam o controlo da dor do recém-nascido pelas medidas não farmacológicas e resolvem o problema sem sequer recorrer às medidas farmacológicas. Este facto, remete-nos para os resultados de anteriores investigações em que se comprovou que a implementação de intervenções não farmacológicas é eficaz se a dor for ligeira, bem como diminui o risco de dor quando o recém-nascido é sujeito a procedimento potencialmente dolorosos. Neves e Corrêa (2008) constataram que os profissionais de enfermagem implementam medidas não farmacológicas antes dos procedimentos dolorosos. Nascimento (2010) verificou que os enfermeiros utilizam intervenções não farmacológicas perante os seguintes procedimentos: punção venosa, arterial e do calcanhar, introdução de cateteres periféricos e cateter umbilical, drenagem torácica e tratamento de feridas.

O processo de controlo da dor é um constante desafio. Os enfermeiros assumem que recorrem a atitudes não farmacológicas e farmacológicas para o seu controlo. Verificamos que os enfermeiros envolvem os pais/família nesta árdua tarefa. As atitudes mencionadas no quadro 13, permitem-nos considerar que os pais são envolvidos na execução de intervenções não farmacológicas que promovem o conforto. Defendemos que é possível negociar com os pais a execução de alguns dos procedimentos necessários ao controlo de dor por parte destes. Como refere Batalha (2010), as famílias devem ser envolvidas nos cuidados à criança a menos que desejem o contrário. Ao apoiarmos a família a manterem o

seu papel protetor estamos a contribuir para uma menor ansiedade de ambas as partes.

CATEGORIA – IMPLEMENTAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

O desenvolvimento tecnológico permitiu aos recém-nascidos um acréscimo da probabilidade de sobrevivência e de qualidade de vida. Mas essa mais-valia tem um custo bastante elevado para esses recém-nascidos. A dor é o preço que estes seres humanos bem pequenos e frágeis são obrigados a suportar. É pois a dor que indiscutivelmente os acompanha durante o internamento nas unidades de neonatologia. Dispomos de evidências suficientes que nos conduzem à obrigatoriedade de minimizar esses custos elevados que os recém-nascidos suportam. Como enfermeiros, podemos autonomamente planear e executar intervenções não farmacológicas que têm como objetivo prevenir ou reduzir a intensidade do processo doloroso e prover a analgesia.

Os entrevistados consideram que as medidas não farmacológicas são essenciais para o conforto do recém-nascido. Os enfermeiros da unidade de neonatologia em estudo conhecem e recorrem a medidas não farmacológicas como a sucção não nutritiva, o uso de substâncias açucaradas (sacarose, glicose), medidas de contenção e conforto, massagem, e, a nível ambiental, mencionaram o controlo da luminosidade e ruído. Assumem que recorrem a essas medidas para prevenir a dor aquando de procedimento potencialmente dolorosos e para minimizar a dor se esta já está instalada. De entre as várias medidas não farmacológicas que conhecem e implementam, as que usam mais frequentemente é a sucção não nutritiva à qual associam as substâncias açucaradas. Para Liu e colaboradores (2010), a sucção não nutritiva promove a estimulação sensorial e a autorregulação conduzindo à redução de dor durante os procedimentos dolorosos. Quando associada a substância açucarada à sucção não nutritiva verifica-se que o efeito da sucção não nutritiva é potenciado. Os mesmos autores sugerem que nos hospitais que proíbem o uso de chupeta, a sucção não nutritiva pode ser promovida através da adaptação do recém-nascido à mama da mãe. A administração de leite ou a amamentação deve ser utilizada para o alívio da dor nos recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos (Leite, Castral e Scochi, 2006; McKechnie e Levene, 2008; Aguiar e colaboradores 2010).

Os enfermeiros entrevistados revelaram conhecer medidas não farmacológicas das categorias: comportamental, suporte emocional e ambiental (Lemos e colaboradores, 2010; Batalha, 2010; Friaça e colaboradores, 2010; Twycross, Dowden, Bruce, 2009; Pinto e colaboradores, 2008; Medeiros e Madeira,

2006). A maioria dos entrevistados reconhece que as medidas não farmacológicas são suscetíveis de produzir efeitos benéficos no controlo da dor do recém-nascido bem como podem ser associadas a medidas farmacológicas potenciando o seu efeito.

Com esta pesquisa foi possível identificar algumas dificuldades que os enfermeiros enfrentam na implementação de medidas não farmacológicas. Os entrevistados focaram aspetos que foram categorizados em quatro áreas distintas. Sendo elas a formação, os protocolos de medidas não farmacológicas, os recursos necessários à sua implementação e as variáveis organizacionais.

No que diz respeito à formação, os entrevistados sugerem que deve haver mais formação acerca das medidas não farmacológicas para assim poderem atuar o mais corretamente possível. Reforçam a necessidade de haver reciclagem dos conteúdos formativos relativos às medidas não farmacológicas.

Consideramos também que a formação deve focar aspetos como a correta utilização dos recursos materiais existentes em cada unidade de neonatologia, como por exemplo o uso de ninhos, rolos de tecido, controlo da luminosidade e ruído. Devem ser também abordadas as estratégias de promoção do papel parental e parceria de cuidados. Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, e é perfeitamente exequível negociar com os pais no sentido de os incentivar a participar na implementação de medidas não farmacológicas, como por exemplo o método canguru e outras estratégias de conforto. Um outro aspeto não menos importante a focar na formação, será o reforço de conteúdos referentes à fisiopatologia da dor e como avaliar a dor do recém-nascido.

O que sugerimos é a inclusão destes conteúdos formativos nos currículos dos cursos de licenciatura em enfermagem e nos planos de formação anual para enfermeiros. Estes planos devem contemplar ações de formação onde sejam focados estes conteúdos e reforçar sempre que possível os dados relativos a resultados de investigações no âmbito desta temática. Os resultados dessas investigações serão um incentivo para o planeamento e implementação das medidas não farmacológicas utilizadas nessas investigações. Defendemos que a prática baseada em evidências é uma abordagem que promove a qualidade nos cuidados de enfermagem, pois, os resultados de pesquisas, o consenso entre especialistas e a experiência clínica confirmada contrastam com os rituais e opiniões sem fundamentação.

Os entrevistados identificaram que enfrentam outra dificuldade para a implementação de medidas não farmacológicas que é a inexistência de protocolos na unidade de neonatologia referentes às medidas não farmacológicas. Os

protocolos promovem a comunicação e conseqüente planeamento de cuidados, o que se reflete na melhoria da qualidade dos cuidados. O estudo europeu realizado por Gharavi e colaboradores (2007) veio comprovar que nas unidades de neonatologia onde existem protocolos referentes à avaliação e documentação da dor e analgesia, estes procedimentos são realizados com maior frequência quando comparados com unidades onde não existem protocolos.

A maioria dos entrevistados focou que está em vigor na unidade de neonatologia o protocolo da sacarose e que o utilizam com frequência. No entanto, salientam um aspeto que bloqueia a sua implementação: a inexistência da sacarose a 24% por alguns períodos. Contudo, esta dificuldade é na opinião deles colmatada com o recurso a outras substâncias açucaradas como a glicose a 10% e 30%.

Na opinião dos entrevistados, os protocolos de medidas não farmacológicas promovem a implementação e a uniformização das práticas favoráveis ao controlo da dor do recém-nascido.

A dificuldade sentida pelos profissionais de enfermagem na implantação do protocolo da sacarose conduz-nos a uma outra condicionante/dificuldade para a implementação das medidas não farmacológicas que são os recursos existentes no serviço.

No que respeita aos recursos, os entrevistados consideram que este aspeto pode ser um obstáculo à implementação de medidas não farmacológicas embora considerem que os enfermeiros possuem uma capacidade de improviso que pode amenizar esse efeito. Na nossa opinião, o improviso estará dependente de características pessoais do profissional e da sua formação relativa à dor do recém-nascido, bem como dos conhecimentos referentes às várias estratégias não farmacológicas.

Por último, identificamos como dificuldade bastante relevante para os entrevistados as variáveis organizacionais. Os entrevistados focam o excesso de trabalho como uma dificuldade que conduz à não implementação das medidas não farmacológicas. Focam aspetos como o excesso de trabalho por turno e a execução de técnicas, o que no entender dos entrevistados conduz à negligência da componente humana e ética necessários para o adequado controlo da dor. Maia e Coutinho (2011) referem que os profissionais que realizam procedimentos invasivos rotineiramente veem diminuída a sua sensibilidade por meio de uma reorganização cognitiva, tornando-se céticos em relação à exibição de respostas subjetivas de dor por parte das crianças.

Um outro aspeto focado pelos entrevistados é o excesso de horas de trabalho que na opinião dos entrevistados conduz ao cansaço, o que se reflete na

qualidade dos cuidados. Os entrevistados evidenciam que a vigilância dada à dor do recém-nascido passa para um segundo plano na atenção do enfermeiro, comprometendo assim a prevenção da dor e o conforto do recém-nascido.

4 – CONCLUSÃO

Numa unidade de neonatologia os recém-nascidos são submetidos a múltiplos procedimentos dos quais resultam experiências menos positivas para estes devido à dor e ao stresse. Torna-se pois urgente valorizar a dor do recém-nascido, atendendo ao número de manipulações e intervenções potencialmente dolorosas como a evidência demonstra. É da responsabilidade do enfermeiro prevenir e tratar a dor e o desconforto oriundo desses procedimentos.

Constatamos que a dor não é corretamente valorizada pelos enfermeiros o que permite relembrar que estamos perante um problema sobre o qual se deve refletir. Verificamos que os enfermeiros não avaliam corretamente a dor apesar de conhecerem a escala de EDIN e possuírem um sistema de registo que lhes permite relembrar que é necessário efetuar a avaliação da dor uma vez por turno ou seja de 6 em 6 horas. Consideramos que as falhas na avaliação da dor vão condicionar todo o processo de controlo da dor.

No entanto, apesar de os enfermeiros reconhecerem que o registo não é corretamente efetuado, referiram que identificam a dor do recém-nascido através de alterações comportamentais e fisiológicas podendo assim ser efetuada uma avaliação subjetiva. No que se refere às alterações comportamentais, identificaram alterações no tipo de choro, no padrão de sono, na expressão facial e no comportamento corporal. Das alterações nos parâmetros fisiológicos foram citadas alterações da frequência cardíaca e respiratória, temperatura e tensão arterial. Ficando por identificar a saturação e pressão transcutânea de oxigénio, pressão intracraniana, sudorese palmar e a diminuição do tónus vagal.

Quando foram questionados relativamente às estratégias que utilizam para controlar a dor do recém-nascido, verificamos que usam medidas não farmacológicas como a sucção não nutritiva, o uso de substâncias açucaradas (sacarose, glicose), medidas de contenção e conforto, massagem e a nível ambiental, mencionaram o controlo da luminosidade e ruído. De entre as várias

medidas não farmacológicas que conhecem e implementam, a que usam mais frequentemente é a sucção não nutritiva, à qual associam as substâncias açucaradas. Os entrevistados consideram que as medidas não farmacológicas podem potenciar o efeito das medidas farmacológicas.

Com esta pesquisa foi possível identificar dificuldades que os enfermeiros enfrentam na implementação de medidas não farmacológicas. Os entrevistados focaram aspetos que foram categorizados em quatro áreas distintas, sendo elas a formação, os protocolos de medidas não farmacológicas, os recursos necessários à sua implementação e as variáveis organizacionais.

Perante estes dados, sugerimos que, relativamente às lacunas identificadas a nível da formação, os conteúdos referentes à fisiologia da dor, métodos de avaliação e registo da dor, bem como os conteúdos referentes às medidas não farmacológicas, devam constar dos conteúdos a lecionar no âmbito da formação de enfermeiros, bem como devem ser incluídos nos planos de formação em serviço. Neste último, os enfermeiros reconhecem que seria conveniente efetuar a “reciclagem” de conteúdos formativos relativos à problemática da dor do recém-nascido e às medidas não farmacológicas.

Os entrevistados identificaram que enfrentam outra dificuldade para a implementação de medidas não farmacológicas que é a inexistência de protocolos na unidade de neonatologia referentes às medidas não farmacológicas. Neste caso, sugerimos que sejam elaborados protocolos de medidas não farmacológicas. Nesta tarefa consideramos que sejam utilizados dados de evidências científicas e toda a equipa multidisciplinar deve ser envolvida na sua elaboração.

No que respeita aos recursos materiais, os entrevistados consideram que a sua escassez pode ser um obstáculo à implementação de medidas não farmacológicas, embora considerem que os enfermeiros possuem uma capacidade de improviso que pode amenizar esse efeito. Contudo, consideramos que o improviso não é solução.

Por último, identificamos como dificuldade bastante relevante para os entrevistados as variáveis organizacionais. Os entrevistados focam o excesso de trabalho como uma dificuldade que conduz à não implementação das medidas não farmacológicas. Sugerimos que sejam efetuados estudos com o objetivo de determinar qual o número de horas de cuidados de enfermagem necessários para este serviço de neonatologia.

Consideramos que todos os nossos objetivos foram concretizados, o que nos permitiu compreender que fatores como a valorização da dor, o conhecimento das manifestações de dor do recém-nascido, os conhecimentos que os enfermeiros

possuem acerca das medidas não farmacológicas e fatores relacionados com a existência de protocolos, disponibilidade de recursos, a formação e as variáveis organizacionais, condicionam os enfermeiros na decisão de implementar medidas não farmacológicas.

Pensamos que ao clarificar estas condicionantes poderemos de alguma forma contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à população neonatal.

As medidas não farmacológicas são pois intervenções de enfermagem adjacentes ao processo de enfermagem elaborado pelo enfermeiro para a resolução do foco de atenção dor do recém-nascido. A sua implementação obedece às guias orientadoras de boas práticas de cuidados de enfermagem baseados em evidências empíricas, o que constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

BIBLIOGRAFIA

AGUIAR, Cláudio R [et al.] – *O Recém-nascido de Muito Baixo Peso*. 2ª Edição. São Paulo: Ateneu, 2010

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS – Prevention and management of pain and stress in neonate. *Pediatrics*, Vol 105, nº 2 (2000), p (454-460)

ANAND KJ, HICKEY PR. - Pain and its effects in the human neonate and fetus. *N Engl J Med* 1987, Vol 317, p (1321–1329)

ANAND, K.J. - Pain assessment in preterm neonates. *Pediatrics*, Vol 119, nº 3, (2007), p (605-607)

ANAND, K.J. [et al] - Analgesia and anesthesia for neonates: Study design and ethical issues. *Clinical Therapeutics*. Vol 27, nº6 (2005), p (814-843)

AQUINO, Fernanda M.; CHRISTOFFEL, Marialda M. - Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial (2010). p. 169-177

ARAÚJO M. C. [et al] - Aspiração traqueal e dor: reacções do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol 9, No 2. (2010), p. (255-261)

BALDA, R. C.; GUINSBURG, R. *Avaliação da dor no período neonatal*. São Paulo: Atheneu, 2004

BARDIN, L – *Análise de Conteúdo*. Lisboa, 2009

BATALHA Luis, SANTOS L. A , GUIMARÃES H – Dor em cuidados intensivos neonatais. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol 38, nº 4 (2007), p. 144-151

BATALHA, Luís – *Dor em Pediatria: Compreender para Mudar*. Lidel, 2010

BATALHA, Luís Manuel Cunha - Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais. *Revista de Enfermagem Referência*. Vol 3, nº 2 (Dez 2010), p. (73-80)

BEAUCHAMP, T. L., Childress, J. F. – *Principles of Biomedical ethics*. 3 Edição. Oxford, England: Oxford University Press, 1994

BOUZA Helen - The impact of pain in the immature brain. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. Vol 22, nº 9 (setembro de 2009), p. (722–732)

BRENNAN, F; COUSINS, M. J. - Pain Relief as a Human Right. *Pain: Clinical Updates*. Vol XII, nº5 (2004), p (1-4)

BUTLER, Samantha; ALS, Heidelise - Individualized developmental care improves the lives of infants born preterm. *Acta Paediatrica*. Vol 97, nº 9 (Set 2008), p. (1173-1175)

BYRD P. J, GONZALES I, PARSONS V, Advances In Neonatal Care: Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. *Official Journal Of The National Association Of Neonatal Nurses* [em linha]. Vol 9. Nº 6 (Dez 2009), p. (299-306). [Consult. 20 Maio 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=17&hid=125&sid=e105d728-885e-4464-a866923b442beb0c%40sessionmgr112&bdata=Jmxhbm9c9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=mnh&AN=20010148>

BYRD P. J; GONZALES I; PARSONS V - Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of nicu nurses. *Official Journal Of The National Association Of Neonatal Nurses*. Vol 9, nº 6 (2009), p. (299-306)

CALASANS M; CAMARGO C; VALENTE C. M - *Concepções dos Profissionais sobre a Dor do Recém-Nascido*. São Paulo: SIMBIDOR, 2007

CANADIAN PEDIATRIC SOCIETY- Prevention and management of pain and stress in neonate. *American Academy of Pediatrics*.vol 105, nº2. (2000); 105, p (454-460)

CARDOSO, Adriana [et al] – Estudo exploratório de dor em recém-nascidos pré-termos em uma unidade de tratamento intensivo. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFScar*. Vol 18, nº 2 (Mai-Agost 2010), p (105-114)

CARDOSO, Maria [et al] – Respostas fisiológicas e comportamentais do recém-nascido de risco durante o cuidado da enfermeira. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. [em linha]. Vol 28, nº 1 (2007), p 98-105. [consult. 18 Mar. 2011]. Disponível em <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4705/2623>

CARMO, H; FERREIRA, M. M. – *Técnicas de Amostragem: Metodologia da Investigação, guia para Auto-Aprendizagem*. Universidade Aberta, Lisboa. 2003

CHIMELLO, J.T. [et al] - Pain reactivity and recovery in preterm neonates: Latency, magnitude, and duration of behavioral responses. *Early Human Development*. Vol 85, nº 5, (2009), p (313-318)

CHRISTOFFEL, Marialda [et al] – Princípios éticos da equipa de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. *Reme – Rev. Min. Enferm.* [em linha]. Vol 13. Nº 3 (Jul/Set 2009), p. (321-326) [Consult. 6 Jun. 2011]. Disponível em http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e4bd3d5213.pdf

COLLIÈRE, M - Cuidar a primeira arte da vida. Lusociência, 2 edição, 2003

CRESCÊNCIO E. P., ZANELATO S., LEVENTHAL L. C - Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Revista. Electrónica de Enfermagem*. [em linha]. Vol 11, nº1 (2009), p (64-69) [Consult. 20 de Nov. 2010]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a08.pdf>

DOENGES, Marilyn E; MOORHOUSE, Mary F – *Aplicação do Processo de Enfermagem e do Diagnostico de Enfermagem: Um texto interactivo para o raciocínio diagnóstico*. 5ª Edição. Loures: lusociência, 2010

- DRUMMOND, J P – *Dor: o que todo o médico deve saber*, São Paulo. Etneu, 2006
- EPPLE, A; CARPENTER, P - *Baby massage and yoga*. London: McGraw-Hill, 2007
- FERNANDES, Ananda – *Crianças com dor: O quotidiano do trabalho de dor no hospital*. Coimbra: Quarteto Editora, 2000
- FIGUEIREDO, Barbara - *Massagem ao bebé. Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol 38, nº 1 (2007), p. (29-38)
- FORTIN, Marie-Fabienne – *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009
- FRANCK L. S.; GREENBERG C. S.; STEVENS B. - Pain assessment in infants and children. *Pediatr Clin North Am*. Vol 47, nº 3 (Junho 2000), p. (487-512)
- FRIAÇA, Kelly [et al] – Atuação do enfermeiro na avaliação e no alívio não farmacológico da dor do Recém-nascido. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental online* [em linha]. nº 2 (Out./Dez. 2010), p (1022-1026) [Consult 26 de Abril 2011]. Disponível em http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1099/pdf_318
- GAIVA M.A.M; DIAS N.S. - Dor no recém-nascido: Percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. *Rev Paul Enfermagem*. Vol 21, nº 3 (2002), p. (234-239)
- GASPARDO C.M; LINHARES M.B.M; MARTINEZ F.E - A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Journal Pediátrico*. Rio de Janeiro. Vol 82, nº 6 (2005), p (435-442)
- GASPARDO, C. M; MARTINEZ, F. E; LINHARES, M. B - Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de protecção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr* [em linha]. Vol 28. nº 1 (2010), p. (77- 85) [Consult. 6 Jun. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v28n1/v28n1a13.pdf>
- GHARAVI, Bahman, [et al] - Pain management and the effect of guidelines in neonatal units in Austria, Germany and Switzerland. *Pediatrics International*. Vol 49, nº 5 (Out 2007), p. (652-658)

GOLIANU B [et al] - Non-pharmacological techniques for pain management in neonates. *Seminars in Perinatology*. Vol 31, nº 5 (Outubro de 2007), p. (318-322)

GONÇALVES N; REBELO S; TAVARES I – Dor Fetal: Mecanismos Neurobiológicos e Consequências. *Acta Med Port*. Vol 23, nº 3 (2010), p. (419-426)

GUERRA, I. C – *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso*. 1 edição, Principia, 2006

HEATH, A. & BAINBRIDGE, N - *Bebé Guia Ilustrado da massagem: O poder calmante do toque*. Porto: Civilização, 2000

HUMMEL, Patricia [et al] - Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. *Journal of Perinatology*. [em linha]. Vol 28. nº 1 (2008), p. (55-60). [Consult. 2 Jun. 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=54&hid=125&sid=e105d728-885e-4464-a866-923b442beb0c%40sessionmgr112>

HUMMEL. Patricia A [et al.] - N-PASS: Neonatal Pain, Agitation, and Sedation Scale.[em linha]. *Pediatric Academic Societies Meeting*, May, Seattle, WA: 2003. [consult. 26 Abril 2011]. Disponível em <http://www.n-pass.com./index.html>

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - *IASP Pain Terminology*. [em linha], 2011. [Consult. 19 Out. 2011]. Disponível em www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Defi...isplay.cfm&ContentID=1728

JAIN S, KUMAR P, MCMILLAN D.D - Prior leg massage decreases pain responses to heel stick in preterm babies. *Journal Of Paediatrics And Child Health*. Vol. 42, nº9 (Set. de 2006), p. (505-508)

JESUS, Élvio Henriques – *Decisão Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Formasau, 2006

JOHNSTON C. C; [et al] - Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial Enhanced kangaroo care in preterms. *Journal of Perinatology*. Vol 29 (Janeiro de 2009), p. (51-56)

KASHANINIA, ZAHRA [et al] - The Effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Vol. 13, nº 4 (Outubro de 2008), p. (275-280)

KASHANINIA, Zahra [et al]- The Effect of Kangaroo Care on Behavioral Responses to Pain of an Intramuscular Injection in Neonates. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. [em linha]. Vol 13, nº 4-12 (Out 2008), p (275- 280) [Consult 02 de Junho 2011].

Disponível

em

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&hid=10&sid=de5c37c9-ed5d-4cdc-92ad-b2bbf8a49029%40sessionmgr111>

KAZANOWSKI, M. K; LACCETTI, M. S – *Dor Fundamentos Abordagem clinica Tratamento*. Editora LAB . Rio de Janeiro, 2005

KAZANOWSKI, MK; LACCETTI, MS – *Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento*; Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005

KLAUS, M. H., KENNEL, J. H., & KLAUS, P. H – *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

KOPELMAN, Benjamin [et al.] – *Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia*. São Paulo: Ateneu, 2006

KURDAHI L. [et al] - Determinants of Premature Infant Pain Responses to Heel Sticks. *Pediatr Nurs*. Vol 36, nº 3 (2010), p. (129-137)

LAGO P; [et al] - Pain Study Group of the Italian Society of Neonatology. *Acta Paediatrica*. Vol 98, nº 6 (Junho de 2009), p. (932-939)

LAGO, Paola [et al] - Remifentanil for percutaneous intravenous central catheter placement in preterm infant: a randomized controlled trial. *Pediatric Anesthesia*. Vol 18, nº 8 (Agosto 2008), p. (736-744)

LEÃO, Elisabete R; PAES DA SILVA, Maria J - Música no controle da dor: Uma possibilidade terapêutica complementar. *Rev Dor*. Vol 6, nº 1 (Jan/Fev/Mar. de 2005), p. (460-468)

LEITE A.M; CASTRAL T.C; SCOCHI C.G.S - Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Revista Brasileira Enfermagem*. Vol 59, nº 4 (2006), p. (538- 542)

LEMOS N. R. F [et al] – Management of pain in the newborn: Literature review. *Journal of Nursing* [em linha]. Vol. 4, nº 3, (Maio/Junho 2010), p. (32-39) [Consult. 1 de Dez. 2010]. Disponível em http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/722/pdf_87

LESSARD-HÉBERT, M; GOYETTE, G; BOUTIN, G – *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Instituto – Piaget, 1990

LIU Mei-Fang [et al] - Using non-nutritive sucking and oral glucose solution with neonates to relieve pain: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*. [em linha]. Vol 19, nº 11-12 (Jun 2010), p (1604-1611) [Consult 22 de Maio 2011]. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&hid=19&sid=de5c37c9-ed5d-4cdc-92ad-b2bbf8a49029%40sessionmgr111>

LIU, W. F. [et al] - - The development of potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*. Vol 27, nº2 (Dezembro de 2007), p. (48-74)

MAIA, Alessandra C; COUTINHO, Sónia B - Factores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. *Rev Paul Pediatr*. [em linha]. Vol 29, nº 2 (2011), p. (270-276) [consult. 25 Jul. 2011]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n2/a20v29n2.pdf>

MALAGUTTI, W; MIRANDA, S. M. R. C – *Os Caminhos da Enfermagem: De Florence à globalização*. São Paulo: Phorte editora, 2010

MANCUSO, T; BURNS J - Ethical concerns in the management of pain in the neonate. *Pediatric Anesthesia*. Vol 19, nº 10 (Out. de 2009), p. (953-957)

MCEWEN, M; WILLS E.M – *Bases Teóricas para a Enfermagem*, 2ª edição. Porto Alegre: artemed, 2009

MCKECHNIE L; LEVENE M - Procedural pain guidelines for the newborn in the United Kingdom. *Journal of Perinatology*, Vol 28, nº 2 (Fev. 2008), p (107-111)

MEDEIROS, Marlene D; MADEIRA, Léia M – Prevenção e tratamento da dor do Recém-nascido em terapia intensiva neonatal. *REME*. Vol 10, nº 2 (Abr./Jun 2006), p. (118-124)

MOURA-RIBEIRO, M. V. L; GONÇALVES, V. M. G. – *Neurologia do Desenvolvimento da Criança*. Revinter, 2ª edição, 2010

NASCIMENTO, Helena – *A Dor no Recém-nascido numa UCI: Concepção e Práticas de Enfermagem*. Dissertação de Mestrado Apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2010

NEVES, Fabrícia A. ; CORRÊA, Darci A – Dor em recém-nascidos: a percepção da equipa de saúde. *Cien Cuid saúde*. Vol 7, nº 4 (Out-Dez 2008), p. (461-467)

OJUGAS, A.C - *Dor através da História e da Arte*; Barcelona: Atlas Medical Publishing; 1999

OLIVEIRA, Roberta [et al.]. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc. Anna Nery* [em linha]. Vol.15, nº 2, (2011), p. (277-283). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a09.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*: Ordem dos Enfermeiros, 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS -Dor - Guia de boa Pratica: Ordem dos Enfermeiros: Lisboa. 2008

ORDEM DOS ENFERMEIROS - *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. [SI]: Ordem dos Enfermeiros, 2003

PEREIRA DA SILVA, Tiago; JUSTO DA SILVA, Lincoln - Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. *Acta Medica Portuguesa*. Vol 23, nº 3 (2010), p. (437-454)

PEREIRA, Filipe – *Informação e Qualidade: Do exercício Profissional dos Enfermeiros*. Coimbra: Formasau, 2009

PHANEUF, M – *Planificação de Cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra: Quarteto editora, 2001

PINTO, Eunice [et al.] – O stresse no neonato pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos factores sensório-ambientais em unidades de terapia intensiva neonatal. *Fit Perf J*. Vol 7, nº 5 (Set-Out 2008), p. (345-351)

PORTUGAL. Ministério da Saúde - Portal Da Saúde [em linha], 2011. [22 Abril de 2011]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=155>

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde – A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. 2003.Lisboa: Circular Normativa nº 09/DGCG

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. – Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. 2010.Lisboa: Circular Normativa nº 014/2010

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde. – Programa Nacional de Luta Contra a Dor. 2008.Lisboa: Circular Nº: 11/DSCS/DPCD

QUIVY, R; CAMPENHOUDT, L – *Manual de Investigação em Ciências sociais: trajectos*. Gravia, 5 edição, 2008

RIGOTTI, Marcelo A; FERREIRA, Adriano M - Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*. Vol 12, nº 1 (2005), p. (50-54)

Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria – Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta pediátrica Portuguesa*. Vol 37, nº 4 (2006), p. (168-173)

SOUSA, Maria [et al] – Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em terapia intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. *Conscientiae Saúde* [em linha]. Vol 7. Nº 2 (2008), p (269-274) [Consult. 20 Maio 2011]. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/929/92970217.pdf>

STEVENS B [et al] - Indicators of pain in neonates at risk for neurological impairment; *Journal of Advanced Nursing*. Vol 65, nº 2, (Fevereiro de 2009), p. (285-296)

STEVENS, B; YAMADA, J; OHLSSON, A - Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures [em linha]. Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online) 2010 Jan 20 (1). [Consult. 3 de Dez 2010]. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&jid=100909747&lang=pt-br&site=ehost-live>

STREUBERT, H. J; CARPENTER, D. R – *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançado o imperativo Humanista*: segunda edição, Lusociência, 2002

TADDIO A. [et al] -.Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *Canadian Medical Association Journal*. Vol 179, nº 1 (Julho de 2008), p. (37-43)

TEIXEIRA, Manoel J – *Dor: Manual para o clínico*. São Paulo: editora Etheneu, 2006


TWYXCROSS A; DOWDEN S. J; BRUCE E - *Managing Pain in Children: a clinical guide*. United Kingdom: Wiley-Blackwell, 2009

VERONEZ; Marly; CORRÊA, Darci – A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. [em linha]. Vol 15, nº 2 (Abril/Junho 2010), p. 263-270. [consult. 15 Mar. 2011]. Disponível em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/17859/11652>

WESTRUP B; SIZUN J; LAGERCRANTZ H – Family-centered developmental supportive care: a holistic and humane approach to reduce stress and pain in neonates. *Journal of Perinatology*. Vol 27, nº 1 (Maio 2007), p (12 -18)

ANEXOS

ANEXO I – ESCALA DE DOR EDIN

			IDENTIFICAÇÃO IS-043-02		
COP 17, 18, 19	PROCESSO		Revisão		Pág.
	Avaliação e tratamento da Dor - Neonatologia		Nº	01	3/4
			Mês/Ano	Fev./2008	

Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN).

SCORE < 5 DESCONFORTO
 SCORE > 5 DOR PROVÁVEL

IDENTIFICAÇÃO				
	0	1	2	3
ROSTO	Rosto calmo	Caretas passageiras: sobrancelhas franzidas/lábios contraídos/queixo franzido/queixo trémulo	Caretas frequentes, marcadas ou prolongadas	Crispação permanente ou face prostrada, petrificada ou face acinzentada
CORPO	Corpo calmo	Agitação transitória, geralmente calmo	Agitação frequente, mas acalma-se	Agitação permanente: crispação das extremidades e rigidez dos membros ou motricidade muito pobre e limitada, com corpo imóvel
SONO	Adormece facilmente, sono prolongado, calmo	Adormece facilmente	Acorda espontânea e frequentemente, sono agitado	Não adormece
INTERACÇÃO	Atento	Apreensão passageira no momento do contacto	Contacto difícil, grito à menor estimulação	Recusa o contacto, nenhuma relação possível. Grito ou gemido sem a menor estimulação
RECONFORTO	Sem necessidade de reconforto	Acalma-se rapidamente com carícias, com a voz ou chupeta	Acalma-se dificilmente	Inconsolável. Sucção desesperada
PONTUAÇÃO TOTAL				

Fonte: Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA, Sémiologie de la douleur chez la prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92

Nota: Ter em conta o conjunto de comportamentos de Recém Nascido, durante o período de 1 a 4 horas.

CONTROLO DE PUBLICAÇÃO		
ELABORADO POR Equipa COP	VERIFICADO POR Grupo Coord. Acreditação e GGQA	APROVADO POR Conselho de Administração
<i>Data:</i>	<i>Data:</i>	<i>Data:</i>

**ANEXO II – CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E
ESCLARECIDO**

CONSENTIMENTO PARA A REALIZAÇÃO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Chamo-me Cristina Isabel Moreira Correia, sou Enfermeira no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa e pretendo fazer um estudo integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Com ele, pretendo compreender “Os factores que influenciam os enfermeiros da Neonatologia do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa na adopção de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor no recém-nascido”, o que será concretizado através da realização de uma entrevista semi-estruturada.

O Conselho de Administração deste Centro Hospitalar autorizou a realização de entrevistas aos colaboradores da equipa de enfermagem da Neonatologia. Naturalmente, só será integrado neste estudo se assim o desejar e poderá rever a sua decisão em qualquer altura.

A entrevista será gravada. Pode ficar seguro que o seu nome NUNCA será publicado, e só eu, como investigadora, terei acesso às gravações. As informações recolhidas serão anónimas. Julgo que a sua participação não excederá 45 minutos. Pretendo que as conclusões desta investigação possam vir a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos recém-nascidos internados na Neonatologia.

Se concordar em participar, por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição.

Eu, _____, tomei conhecimento da finalidade do estudo e do que tenho que fazer para participar no mesmo. Fui devidamente esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as questões que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Assim, declaro que aceito participar no estudo.

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do investigador _____

Data _____

Nota: Contacto do Investigador – 965589000

**ANEXO III – CARTA DIRECIONADA AO ENFERMEIRO
DIRETOR DO CENTRO HOSPITALAR TÂMEGA E SOUSA**

Indicação de interesse de 16.2.2011
Enf. Director
A. Jorge Carvalho

Excelentíssimo Senhor
Enfermeiro Director do Centro
Hospitalar Tâmega e Sousa

Eu, Cristina Isabel Moreira Correia, enfermeira deste Centro Hospitalar a exercer funções na Unidade Padre Américo no Serviço de Neonatologia com nº mecanográfico 71265. Encontro-me a frequentar o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Pretendo realizar uma dissertação cujo tema será "Os factores que influenciam os enfermeiros na adopção de medidas não farmacológicas no controlo da dor do recém-nascido na Neonatologia".

Esta dissertação está a ser orientada pelo Doutor António Luís Carvalho e co-orientada por Mestre Sandra Cruz, docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Esta dissertação terá como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos recém-nascidos. Assim, venho por este meio solicitar a vossa excelência a autorização para entrevistar alguns enfermeiros do serviço de Neonatologia deste Centro Hospitalar. O guião dessa entrevista segue em anexo.

Comprometo-me a cumprir todas as considerações éticas relativas à recolha, análise e tratamentos dos dados.

Desde já afirmo que é minha vontade partilhar com vossa excelência os resultados da minha pesquisa.

*Após reunião com a Excm. Sr.ª Elizabete
Branco do Serviço de Neonatologia
para o parecer favorável à
recolha de dados para o estudo
referido.
15.02.2011*

Pede diferimento

A mestrande Cristina Isabel Moreira Correia
(Cristina Isabel Moreira Correia)

*Deu parecer favorável à
recolha de informações, sob
a forma de inquérito, para
a realização deste estudo
científico. OHTS, 18/2/2011*

Dr. Lídio Quelhas
Assistente Graduado de Pediatria
25810

Porto, 8 de Fevereiro de 2011

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DIRECTOR CLÍNICO ENF. DIRECTOR
ENTRADA 08.02.2011 - 109
SAÍDA 09.02.2011
PARA _____

*Deu parecer favorável à
recolha de informações
a 2.2.2011*
Enf. Director
A. Jorge Carvalho