

CONHECIMENTO DAS ENFERMEIRAS ATUANTES EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA FRENTE A DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

¹ Glebson Moura Silva

² Maria Gorete S. Figueiredo

³ Simone Yuriko Kameo

⁴ Flávia Márcia Oliveira

⁵ Allan Dantas dos Santos

¹ Mestre em Saúde e Ambiente. Docente da Universidade Federal de Sergipe. Aracaju-Sergipe, Brasil.

² Enfermeira. Grupo de estudo e pesquisa em saúde, Faculdade Ages Ltda.

³ Mestre em Enfermagem Fundamental. Docente da Universidade Federal de Sergipe.

⁴ Doutora em Bioquímica e Imunologia. Docente da Universidade Federal de Sergipe.

⁵ Mestre em Parasitologia. Docente da Universidade Federal de Sergipe.

E-mail: glebsonmoura@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução/objetivo: este trabalho objetiva verificar o conhecimento que os enfermeiros de unidade de terapia intensiva neonatal possuem sobre a dor no recém-nascido.

Metodologia: de abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizada num Hospital de referência em Aracaju, Sergipe. A amostra contou com enfermeiros que participaram da entrevista semiestruturada, aplicadas após o consentimento livre e esclarecido. Os dados foram tabulados e selecionados de acordo com as categorias, frequências e variáveis.

Resultados: os resultados enfatizaram: percepção dos enfermeiros quanto à interação mãe, recém-nascido, família; conceito e reconhecimento da dor pelos enfermeiros; conhecimento dos enfermeiros sobre escalas de dor; atitudes de enfermeiros no alívio da dor; percepções dos enfermeiros sobre a humanização na unidade de terapia intensiva neonatal.

Discussão: os profissionais executam medidas de alívio da dor e promovem interação com a família, porém apresentam dificuldades na implantação de protocolos que viabilizem o manejo mais adequado da dor e do estresse.

Palavras-chave: conhecimento, dor, cuidados a o recém-nascido.

El conocimiento de las enfermeras que trabajan en la unidad de cuidados intensivos sobre el dolor en recién nacidos prematuros

RESUMEN

Objetivo: este trabajo tiene como objetivo verificar el conocimiento que las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos neonatales tienen sobre el dolor en el recién nacido.

Metodología: enfoque cualitativo, exploratorio y descriptivo, el estudio fue realizado en un hospital de referencia en Aracaju, Sergipe. La muestra fue formada por enfermeras que participaron en la entrevista semiestruturada, aplicada después del consentimiento informado. Los datos fueron tabulados y seleccionados de acuerdo a las categorías, frecuencia y variables.

Resultados: demostraron la percepción de las enfermeras sobre la interacción madre-recién nacido, la familia; el concepto y el reconocimiento del dolor por las enfermeras; los conocimientos de estas sobre las escalas de dolor; las actitudes enfermeras en el alivio del dolor; la percepción sobre la humanización de la unidad cuidados neonatales.

Discusión: los profesionales deben realizar las medidas de alivio del dolor y promover la interacción con las familia, pero tienen dificultades en la aplicación de protocolos que permiten el manejo más adecuado del dolor y el estrés.

Palabras clave: conocimiento enfermero; dolor; cuidados al recién nacido.

Intensive care nurses' knowledge on pain in preterm newborns

ABSTRACT

Purpose: We aimed at verifying the knowledge nurses in neonatal intensive care units have on pain in preterm newborns.

Methods: A qualitative, exploratory, descriptive approach was used, with the study being carried out in a reference hospital in Aracaju, Sergipe. A semi-structured interview was used in a sample of nurses giving their informed consent. Data were tabulated and selected based on categories, frequency, and variables.

Results: Findings revealed nurses' perception on mother-newborn and family interaction; pain concept and recognition by nurses; nurses' knowledge on pain assessment scales; nurses' attitudes on pain relief; perception on neonatal care unit humanization.

Discussion: Nurses should apply pain relief measures and promote interaction with families, but barriers exist to apply protocols allowing a more appropriate management of pain and stress.

Key words: nursing knowledge; pain; newborn care.

INTRODUÇÃO

A dor foi conceituada desde 1986, pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real potencial ou discreta nos termos desta lesão, sendo sempre subjetiva”. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor através da vivência e experiência dolorosa, que ocorre desde o início da vida (1,2).

Trata-se de tema bastante complexo, principalmente no RN pré-termo (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), dada a subjetividade da dor, da impossibilidade de verbalização, da falta de reconhecimento da dor pelos profissionais da saúde e de medidas eficientes do alívio da mesma.

Fato este que torna o RNPT vulnerável ao estresse e a dor, sendo manipulados diariamente a excessivos procedimentos dolorosos tais como: punções venosas, aspirações endotraqueais, sondagens orogástricas e vesicais, entubação endotraqueal entre outras que causam extremo desconforto ao RNPT (1). Isto os torna mais vulneráveis a procedimentos invasivos, manipulações e ambientes estressores. Diante disso, tem-se necessidade de cuidados de enfermagem capazes de reconhecer e amenizar a dor do RNPT de forma eficiente e humana.

Acreditou-se por anos que os recém-nascidos (RN) eram incapazes de sentir dor pelo pressuposto de seu sistema nervoso ainda não estar completamente formado. Apesar de relativamente imaturo, o sistema neurológico que é necessário a nocicepção, encontra-se formado entre 24ª e 28ª semanas de gestação. Suas estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionantes já no nascimento, percebem a dor com mais intensidade que as crianças e adultos devido a mecanismos de controle inibitório serem imaturos, diminuindo a capacidade de modular a experiência dolorosa (3).

A avaliação da dor baseia-se através de modificação de órgãos, sistemas e comportamentos após um estímulo doloroso, provocando alterações fisiológicas e comportamentais que podem ser observadas antes, durante e após um estímulo potencialmente doloroso (2). Então é notório que os RNPT sentem dor e que demonstram através de expressões e comportamentos seu sofrimento.

Este trabalho se justifica pela necessidade da valorização de avaliação da dor nestas unidades, onde há muitas dificuldades em diagnosticar e lidar com a dor do RNPT. Dentre as causas pode estar as falhas nos conhecimentos teóricos e a prática de avaliação da dor nos serviços neonatais. Diante disso, este trabalho objetiva verificar o conhecimento que os enfermeiros atuantes em UTINs, possuem sobre a dor neonatal; verificar a aplicabilidade das escalas de avaliação da dor e medidas de alívio, assim como a existência de educação continuada e humanizada nas diversas dimensões do cuidar, e identificar as atitudes frente à dor do neonato.

METODOLOGIA

Estudo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, realizada no Hospital Santa Isabel na cidade de Aracaju/SE. A instituição é de natureza filantrópica e tem apoio da prefeitura municipal de Aracaju. Possui uma unidade de terapia intensiva neonatal, que conta com 15 leitos para RNs, sendo 7 destes para prematuros, 4 leitos para RNs externos provenientes de outros hospitais ou municipais que não tenham suporte para tal e 20 leitos na unidade de terapia intensiva intermediária, onde as mães podem passar o dia com os RNs, com direito as refeições, porém ainda não passam a noite por falta de infra estrutura (está em fase de implantação).

A amostra contou com 07 enfermeiros atuantes nesta unidade, de um universo de 13 profissionais de enfermagem. Os critérios de inclusão foram: enfermeiros que atuam em UTINs e que aceitassem colaborar com a pesquisa. Dentre os critérios de exclusão estão: enfermeiros que não aceitaram responder aos questionamentos ou assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa da faculdade AGES para aprovação; após sua aprovação sob protocolo nº 011/2012, solicitou-se autorização da instituição selecionada seguindo os princípios da resolução 196/96, do conselho nacional de saúde do ministério da saúde (DF), sobre a ética em pesquisas com seres humanos.

Foi utilizado como instrumento o formulário semiestruturado com perguntas abertas e fechadas aplicadas durante entrevista individual com data e turnos marcados com prévia autorização dos sujeitos e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para garantia da qualidade da pesquisa, identificação de possíveis falhas na sua construção, revisão e direcionamento de aspectos da investigação e validar o formulário, foi aplicado o piloto a três enfermeiros da mesma unidade um de cada turno de trabalho, que não fizeram parte da amostra final, a fim de identificar possíveis lacunas.

Os dados resultantes dos questionamentos foram tabulados e selecionados de acordo com as categorias, frequências e variáveis para mensuração dos resultados expostos neste estudo. A análise das informações seguiu os princípios da análise temática (4) por método indutivo e a operacionalização deu-se pelos seguintes passos: a) ordenação dos dados; b) classificação; e c) análise final. Foi realizada a leitura exaustiva e repetida das entrevistas, permitindo realizar a ordenação do conjunto dos dados empíricos, iniciando uma primeira classificação para apreender as estruturas de relevância. A partir destas, reagrupou-se os temas mais relevantes, dispostos em categorias temáticas que emanaram da leitura das entrevistas, para proceder à análise final. Foram utilizadas as seguintes denominações para garantia do anonimato: Enfermeiros: Enf 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A maioria dos profissionais enfermeiros apresenta-se na faixa etária entre 31 e 40 anos, portanto, de grande produtividade, o que certamente ainda garante uma grande abertura ao conhecimento de tecnologia de alta complexidade, aprimoramento e especializações. Estes achados foram semelhantes aos encontrados em estudo realizado em UTI, onde 87,4 % dos enfermeiros estavam na faixa etária de 20 a 40 anos (5). Uma considerável redução de número de enfermeiros com mais de 40 anos atuando neste setor, pode estar relacionado ao fato de que estes profissionais quando atingem essa idade, são absorvidos em outros setores, procurando cargos administrativos, buscam a área de ensino ou até mesmo desistem da profissão (6).

A maioria da amostra é de profissionais do sexo feminino. Vários trabalhos relatam predominância de mulheres, alguns relatam como fonte de estresse o fato da mulher acarretar obrigações com a família e trabalho, gerando dupla jornada que pode levar ao desgaste de vida conjugal e social, gerando quadros de depressão, fadiga e insatisfação no trabalho (6-9).

Na distribuição dos enfermeiros conforme outro vínculo empregatício verificou-se que 71,43% trabalham em outra instituição. Associa-se o vínculo com outras instituições, a desvalorização do profissional necessitando complemento salarial e no decorrer dessas jornadas duplas surgem vários fatores estressores, cansaço físico e psíquico.

As perguntas feitas aos enfermeiros foram divididas por categorias de 1 a 6.

Categoria 1: Percepção dos enfermeiros quanto à interação mãe/RN/família

Respostas dos enfermeiros: “Melhor recuperação, tratamento e desenvolvimento psicomotor e neurológico” (Enf. 1) [...] “melhor desenvolvimento psicoafetivo e neurológico” (Enf. 2) [...] “acelerar o processo de crescimento e desenvolvimento” (Enf. 3) [...] “Promover o desenvolvimento social com contatos com os pais” (Enf. 4) [...] “Aumenta o vínculo e evita desmame” (Enf. 5) [...] Bom relacionamento, confiança, responsabilidade, mãe segura” (Enf. 6) Manter o elo de afeto entre mãe/RN/família (Enf. 7).

Observa-se que todos consideram importante a interação mãe/RN/família. Compreende-se que o trabalho integrado da equipe multiprofissional envolvida no cuidado do recém-nascido enfermo deve incluir não somente a equipe médica e de enfermagem, mas os serviços de profissionais como assistentes sociais e psicólogos especializados, fator importante para o sucesso da recuperação desta relação pais-filhos (9).

Percebe-se nesse ambiente a fragilidade de alguns pais que precisam deste acompanhamento, que promove mais rapidamente a interação de mãe/RN/família. Todos concordaram que os pais favorecem a recuperação rápida do RN prematuro, além do apoio da equipe multiprofissional.

Reichet e Costa (10) afirmaram que os prematuros são capazes de ver, ouvir, cheirar e responder ao toque. Ao serem estimulados, respondem ao manuseio e mostram-se tranquilos quando se conversa com eles.

A dor frequente e prolongada é prejudicial ao desenvolvimento do sistema nervoso e pode ameaçar a estabilidade fisiológica de crianças prematuras e doentes. Além disso, pode levar a ocorrências de alterações permanentes devido ao desenvolvimento de plasticidade do cérebro imaturo e ocasionam desenvolvimento alterado do sistema associado à diminuição do limiar de dor (11, 12).

Podem ocorrer também repercussões em longo prazo, relacionado a déficit neurológico, déficit de cognição e aprendizado, dificuldade de interação com a família e com a sociedade. Nesse contexto todos os enfermeiros (100%) relatam a importância deste vínculo mãe/RN/família a fim de evitar estes danos decorrentes de processos dolorosos frequentes e a participação e apoio da equipe multidisciplinar (13).

Categoria 2: Conceito de dor pelos enfermeiros

Respostas dos enfermeiros: “Sensação desagradável, desconforto” (Enf. 1), [...] “Experiência sensitiva e emocional desagradável, dolorosa” (Enf. 2), [...] “Processo não fisiológico, algo não está bem, desconfortável” (Enf. 3), [...] “Desconforto, sensação desagradável” (Enf. 4, [...] “Algo desagradável e desconfortável” (Enf. 5, [...] “Sensibilidade emocional, desagradável, relacionado a alguma lesão” (Enf. 6), [...] “Sensação desagradável, sofrimento físico ou lesão” (Enf. 7).

A discussão proposta demonstra que tanto aspectos físicos como emocionais devem ser avaliados. Conforme este conceito de dor fica claro, a concordância dos enfermeiros sobre o conceito de dor, mesmo quando relatam de forma incompleta, mostra conhecimento sobre o tema. Os enfermeiros acreditam que os RNs sentem dor, fator este de fundamental importância para implementação dos cuidados no alívio da dor.

Os objetivos da avaliação da dor são identificar a sua etiologia e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo com dor para então, propor e programar seu manejo. No entanto, apesar de sua fundamental importância, a dor ainda é avaliada inadequadamente. Crenças e falta de conhecimento sobre a ocorrência da dor e avaliação da dor no neonato levaram os profissionais de saúde, por muitas décadas, a uma falta de controle do sintoma no recém-nascido (14).

A dor tem como objetivo principal o de proteção e ocorre quando existe uma lesão de tecido. As terminações nervosas livres encontradas na pele e em outros tecidos possuem receptores da dor, localizados nas camadas superficiais da pele e certos órgãos como periosteos, paredes arteriais, superfícies articulares, foice e tentório da calota craniana (15). Com isso observa-se que a enf. 6 e 7 em seus relatos identificaram a dor baseando-se também nos conhecimentos sobre fisiologia da dor.

Categoria 3: Conhecimento dos enfermeiros sobre escalas de dor em neonatos

Relato dos enfermeiros: “Fases de dor” (Enf. 1)[...] NIPS, PIPP e NFCS “(Enf. 2)[...] “Fases” (Enf. 3) [...] “não conheço” (Enf. 4)[...] Faces” (Enf. 5)[...] “NIPS” (Enf. 6) “Não conheço” (Enf. 7)[...].

Observa-se pelos relatos, que enf. 1, 2, 3, 5 e 6, conhecem uma ou mais escalas de dor e os enf. 4 e 7, não conhecem nenhuma escala de dor. No entanto, foi unânime que todos conhecem os aspectos do reconhecimento da dor através das expressões faciais, frequências cardíacas e respiratórias, movimentação corporal, alterações comportamentais, choro entre outros.

Percebe-se que a maioria dos enfermeiros citou a escala NFCS, para a avaliação da dor em recém-nascidos prematuros e a termo, onde avalia a dor por meio de análise da atividade facial do RN (1, 16), porém não se sabe se aplicariam ou se conhecem os parâmetros para aplicar essa prática na unidade.

Os enfermeiros 2 e 6 relataram conhecer a escala NIPS que é uma escala comportamental da dor em RN, onde avalia seus indicadores, cinco comportamentais e um fisiológico, podendo ser usada em neonatos a termo e prematuros (1,3, 17).

O enfermeiro 2 conhece a escala PIPP (escala de dor em prematuros), que é a mais indicada em prematuros por levar em consideração as alterações próprias desse grupo de pacientes e onde é validada em situações de pós-operatório (18-20).

É evidente que a maioria dos enfermeiros sabe da existência das escalas de dor, porém percebe-se que seu manejo é baseado nas alterações comportamentais e fisiológicas, provavelmente não associado especificamente a nenhuma escala e sim pela prática diária do manejo. Há, portanto, necessidade real da implantação das escalas de dor em RNs.

Categoria 4: Atitudes de enfermeiros no alívio da dor no RN

Respostas dos enfermeiros: “Realização mãe canguru, contato pele a pele” (Enf. 1) [...] “cuidado centrado na família, criando vínculo de confiança” (Enf. 2) [...] “informação colo mãe/RN, estimular a comunicação precoce” (Enf. 3)[...] “estimular mãe a tocar, conversar e abraçar” (Enf. 4)[...] “Desejo de manter a permanência da família” (Enf. 5)[...] “dor atenção, conversar com a família, explicar procedimentos, segurança, sensível a intervenção” (Enf. 6) [...] “orienta a conversar com a R, falar e colo” (Enf. 7) [...] “mudanças de posição e medicamentos (Enf. 1)[...] “posicionamento, ambiente confortável, preparo para procedimento, contensão” (Enf. 2)[...] “retirar incômodo, colo (Enf. 3) [...] “promover ambiente agradável, menor luz, barulho, administrar medicação” (Enf. 4)[...] “solucionar desconforto” (ENF. 5) [...] “posicionamento, agasalho com lençol, sucção, colo, silêncio e medicamentos” (Enf. 6).

Observam-se pelas falas dos enfermeiros as atitudes relacionadas às medidas não farmacológicas no alívio da dor. Conforme Brasil (21), o toque e o contato manual devem ser utilizados por todos da UTIN, bem como pelos pais após orientação. A preferência é que o toque não seja leve e sim seguro e firme. Quando o RN apresenta sinais de desorganização, deve-se parar a intervenção e focalizar na estabilidade e organização do RN, oferecendo suporte necessário para sua recuperação (momento adequado, contensão, redução de luz e ruídos, oportunidades para preensão e sucção, oportunidade de abraçar e levar as mãos à boca).

Neste contexto, os enf. 1, 3, 4, 6 e 7, relataram estimular o contato através da mãe canguru, colo, abraço e toque, onde consideram ser fundamental no alívio da dor do RNPT. Os pais devem ser devidamente estimulados a participar da recuperação e desenvolvimento do filho, já que a hospitalização os torna mais vulneráveis e impotentes devido ao distanciamento que comumente ocorre nas UTINs.

Os diversos equipamentos, dispositivos de infusão venosa, fios ligados para monitorização, sondas acopladas em incubadoras, tornam a primeira visita dos pais na UTIN deprimente. Por isso, os pais necessitam de apoio médico e de enfermagem e uma orientação realista dos prognósticos a fim de compreender a doença da criança e o motivo de todos os equipamentos utilizados nos cuidados recebidos (22).

Ficou evidenciada nas falas dos enf. 2, 3, 5 e 6 a importância de conversar com a família, explicar procedimentos e assim obter confiança e apoio da equipe e família. Observa-se que todos os enfermeiros pesquisados promovem a interação entre mãe/RN/família, e utilizam métodos não farmacológicos no alívio da dor. Dentre os métodos relatados, existem as seguintes possibilidades já testadas e de comprovado efeito redutor da dor: sucção não nutritiva, solução glicosada, sacarose, musicoterapia, facilitated tucking, aleitamento materno, método canguru, posição, contensão e enfaixamento e por fim a massagem (23).

Dessa forma, considera-se que a UTIN apresenta uma carga de fatores estressores, que resulta em situações negativas para organização comportamental e fisiológica do RN. Este é então obrigado a utilizar suas reservas energéticas que deveriam ser direcionadas para o crescimento, restabelecimento e desenvolvimento (24). O conjunto de medidas de ordem educacional, física e comportamental são técnicas não invasivas para controle da dor, sendo essa abordagem de baixo custo, de fácil aplicação e com perigo de pequenas complicações (25).

Observa-se nas falas, utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor do RN. Esta última foi a mais citada, seguida pela associação das duas medidas.

Dentre as medidas não farmacológicas citadas pelos enfermeiros, a sucção não nutritiva foi citada por apenas um, sendo esta uma das práticas mais utilizadas na UTIN, concordando com Segre (27), que relata “a sucção não nutritiva inibe a hiperatividade modular e o desconforto” e ainda segundo Guinsburg (24), a sucção não nutritiva está associada ao aumento da oxigenação, respiração e ao funcionamento intestinal.

As medidas farmacológicas tem por objetivo principal aliviar a dor causada por procedimentos dolorosos e invasivos. Devem ser administrados analgésicos mesmo antes de procedimentos dolorosos e invasivos (28).

Inferre-se através das falas dos enfermeiros, que as atitudes para o alívio da dor são eficientes, já que são realizadas de forma individualizada, com avaliação dos estímulos e procedimentos a serem submetidos, cuidados imediatos e contínuos, avaliando assim, a necessidade de medidas farmacológicas isoladas ou combinadas com medidas não farmacológicas.

Categoria 5: Aspectos no reconhecimento da dor no neonato pelo enfermeiro

Respostas dos enfermeiros: “Fases da dor, baixa da voz, pulso, respiração alterada, posicionamento, choro” (Enf. 1)[...] “Frequência cardíaca, frequência respiratória, choro, movimentação corporal, pressão cardíaca, choro” (Enf. 2)[...] “Face de expressão de dor, irritabilidade, dispositivo em uso” (Enf. 3)[...] “Choro, inquietude” (Enf. 4)[...] “Choro, Expressão facial, gemência” (Enf. 5)[...] “Fases de sofrimento, palidez, alteração comportamental, aumento da frequência cardíaca e respiratória, queda saturação” (Enf. 6) [...] “Fisionomia, choro” (Enf. 7).

Todos os enfermeiros referiram alguns aspectos no reconhecimento da dor, tanto comportamental como fisiológica. Esses parâmetros se modificam no recém-nascido diante de um estímulo doloroso, desde a frequência respiratória e cardíaca, pressão arterial, níveis hormonais, até movimento corporal, mímica facial, choro entre outros (28).

Dentre os aspectos mais relatados pelos enfermeiros no reconhecimento da dor são: a mímica facial, o choro e o movimento. No movimento existe uma resposta corporal em resposta aos estímulos dolorosos no recém-nascido, no entanto quando se aceita a resposta motora como expressão de dor, deve-se saber se tal resposta é específica ao estímulo doloroso. O movimento não aparece somente em relação à dor, mas pode ser obtida também diante de outros estímulos desagradáveis, porém não dolorosos. Assim, embora o RN movimente o tronco e membro quando tem dor, este achado não pode ser utilizado como índice único da existência do fenômeno doloroso (29).

O choro é outro padrão no reconhecimento da dor citado pelos enfermeiros, onde o estímulo doloroso provoca alterações sutis nos parâmetros: a fase expiratória fica mais prolongada, a tonalidade mais aguda, há perda do padrão melódico e a duração do choro aumenta. No entanto outros fatores dificultam a avaliação do choro: falta de habilidade em distinguir o tipo de choro, presença do tubo orotraqueal, fome, desconforto. Por outro lado, há relatos em que 50% dos recém-nascidos não choram frente a um estímulo doloroso (30).

Alteração da mímica facial foi o parâmetro mais citado pelos enfermeiros. Sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do RN: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa (27,29).

No entanto as alterações da mímica facial não informam a respeito da qualidade ou da intensidade do fenômeno doloroso, sendo portanto, difícil sua utilização como parâmetro para tomada de decisões terapêuticas. Alguns estudos sugerem que as respostas comportamentais são mais consistentes e específicas do que as fisiológicas (24).

Categoria 6: Percepções dos enfermeiros sobre a humanização na UTIN

Respostas dos enfermeiros: “Algo propício, adequado a toda equipe” (Enf. 1)[...] “interação com a família” (Enf. 2)[...] temos muito a melhorar, mas não devemos deixar o processo exaustivo do trabalho interferir” (Enf. 3)[...] “seria bom, mas para acontecer precisa de mudanças, pois a quantitativo de profissionais é reduzido, sobrecarga de trabalho e falta de infraestrutura” (Enf. 4) [...] “a favor, porém precisa conscientizar a equipe” (Enf. 5)[...] “sensibilidade no cuidar, carinho, acalmar nos procedimentos, acalantar (Enf. 6)[...] “importante auxiliar na recuperação, diminuir internação” (Enf. 7).

Observa-se nas falas dos enf. 2, 6 e 7 partes do processo de humanização na UTIN. No entanto não se incluem nesse processo, bem como na qualidade do trabalho prestado. Segundo Ministério da Saúde (21), “Humanizar é ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. Assim, como medida de humanização convém promover aproximação e vínculo com a família, pois a hospitalização se constitui como uma situação difícil para a família da criança hospitalizada (31).

Já nos relatos dos enf. 3, 4, 5 percebe-se que a humanização praticamente não existe durante a execução do trabalho. O quantitativo de profissionais é insuficiente, e conseqüentemente gera sobrecarga de trabalho para todos. Já a enf. 1, relata algo propício, “adequado”, entende-se nessa fala um pouco de impessoalidade e mecanismo, onde se inclui no grupo acima, onde se acredita passar pelo mesmo processo dos enf. 3, 4, 5.

Percebe-se a quase inexistência da humanização no local de trabalho. O tema aparece com caráter transversal, questionador nas verticalidades relatado pela política de humanização, dando indícios da necessidade de mudanças. Estas devem ser iniciadas por melhores condições de trabalho, escalas que possibilitem maior tempo para atenção ao RN e família e com isso interação entre a equipe.

A enfermagem tem grande relevância e responsabilidade no processo do cuidar humanizado. Por serem profissionais responsáveis pelo maior período de acompanhamento do RN durante a internação, assume um papel relevante na avaliação, prevenção e tratamento da dor no período neonatal (24).

Para que isto aconteça, durante a hospitalização o compartilhamento do cuidado é necessário, porém, a delegação de tarefas sem coparticipação e corresponsabilização não implica em melhoria da qualidade da assistência da enfermagem. Precisa se pautar em ações de interação dialógica com a família e a criança, apoiando, protegendo e fortalecendo o relacionamento com eles e entre eles durante a hospitalização (31).

CONCLUSÃO

A impossibilidade de verbalização pelo RNPT em demonstrar dor, traz consigo extremo sofrimento e desconforto por parte dos enfermeiros e a prática demonstra dificuldades dos enfermeiros (as) em perceber, avaliar, mensurar e atuar de forma completa e eficiente no alívio da dor, prejudicados pelo número de funcionários insuficientes, sobrecarga de trabalho e falta de tempo.

Com relação às escalas de dor alguns profissionais referiram conhecer algumas como NIPS, NFCS e PIPP que são mais utilizadas em estudos, porém nestas unidades não existe escala de dor implantada, fato este que requer de uma equipe multiprofissional capacitada a garantia de instrumentos que auxiliem na avaliação da dor no RN.

Para tanto, o processo de humanização faz-se necessário, pois além dessas escalas de dor há um envolvimento emocional da mãe e familiares na participação no processo de cuidar e ser cuidado. Nesse contexto os enfermeiros assumem papel fundamental nessa assistência, por ser o responsável pela elaboração do plano de cuidados individual e específico.

Deve-se, com isso, especial atenção aos RNPT na UTIN por muitas vezes passar períodos prolongados, como descritos neste estudo e submetidos em média a 50 a 150 procedimentos dolorosos diários. Os profissionais devem estar cientes das características peculiares das transformações adaptativas pelos quais passará durante o ajustamento a sua vida extrauterina e as necessidades no decorrer dessa adaptação.

Conclui-se que as ações humanizadoras, a subjetividade e o cuidado centrado na família, devem subsidiar os processos tecnológicos com vistas a uma assistência ampla em todas as direções que envolvam o ser humano, para que juntos possam permear o alcance no controle e no manejo da dor.

REFERÊNCIAS

1. Guinsburg R, Balda RCX, Bernguel RC, Almeida MFB, Tonelotto J, Santos AMN. Aplicação da escalas para avaliação da dor em recém-nascidos. *J Pediatría* 1997; 73(6):411-418.
2. Guinsburg R, Cuenca MC. A linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria; 2000.
3. Gaspardo CM, Linhares MB, Martinez EE. The efficacy of sucrose for the relief of pain in neonates: a systematic review of the literature. *J Pediatría* 2005; 81(6):435-442.
4. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2007.
5. Guerrer FJL. Estresse dos enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva no Brasil [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem; 2007.
6. Bianchi ERF. Enfermeiro hospitalar e o estresse. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34(4):390-394.
7. Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Tratamento da dor e do estresse na UTIN In: Manual de Neonatologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan; 2010. p. 510-514.
8. Guiolliano LAS. Stress dos enfermeiros em hospital privado e as consequências no seu estado de saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem; 2004.
9. Gomes MASM. Organização da assistência perinatal no Brasil. In: Moreira MEL, Lopes JMA, Carvalho M. O recém-nascido de alto risco: Teoria e prática do cuidar. Coleção Criança, mulher e saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2004.
10. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal. *Rev Nursing* 2002; 4(38):25-29.
11. Margotto PR, Rodrigues DN. Dor neonatal: analgesia/sedação. In: Margotto PR. Assistência ao recém-nascido de risco. 2ª ed. Brasília: Porfirio; 2004.
12. Cameron EC, Raingangar V, Kroori N. Effect of handing procedures on pain responses of very low birth weight infants. *Pediatric Phys their* 2007; 19(1):40-47.
13. Chaves LD, Leão ER. Dor: O 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2ª ed. São Paulo (SP): Martinari; 2007.
14. Silva YP, Gomes RS, Maximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev Bras Anestesia* 2007; 57:565-574.
15. Guyton AC. Tratado de Fisiología médica. 12ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Interamericana; 2011.
16. Silva LMG, Brasil VV, Guimarães HCQCP, Savonitti BHRA, Silva MJP. Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal. *Rev Latino-am. Enfermagem* 2000; 8(4):52-58.
17. Walker SM, Howard RF. Neonatal pain. *Pain rev* 2002; 9:69-79.
18. Vidal MA, Calderón E, Martínez E, González A, Torres LM. Dolor em neonatos. *Rev Soc Esp Dolor* 2005; 12:98-111.
19. Holsti L, Grunau RE. Initial Validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). *Pain rev* 2007; 132:264-272.
20. Pereira ALST, Guinsburg R, Almeida MFB, Monteiro AC, Santos AMN, Kopelman IB. Validity of behavioral and physiologic parameters for acute pain assessment of term newborn infants. *Med J* 1999; 117:22-80.
21. Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área de saúde da criança. Apresentação da norma de atenção humanizada ao RN de baixo peso (método mãe-canguru). 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
22. Reichert APS, Costa SFG. Refletindo a assistência de enfermagem ao binômio mãe e Recém-nascido prematuro na Unidade Neonatal. *Nursing* 2001; 4(38):25-29.
23. Entringer AP, Durante AL, Thomaz PMM. Medidas não farmacológicas para controle da dor no recém-nascido pré-termo. *Revista Rede de Cuidados em Saúde* 2013; 7(2):1-14.
24. Guinsburg R, Kopelman BI, Almeida MFB, Miyoshi MHI. A dor no recém-nascido prematuro submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal. *Jor Pediat* 1994; 75(3):82-90.

REFERÊNCIAS (CONTINUAÇÃO)

25. Bueno M. Dor no período neonatal. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5º sinal vital. São Paulo (SP): Martinari; 2007. p. 227-250.
26. Pimenta CAM. Dor: Manual Clínico de Enfermagem. São Paulo [sn]; 2000.
27. Segre CAM. Perinatologia fundamentos e práticos. São Paulo (SP): Sarvier; 2002.
28. Cunha I. A revolução dos bebês: Aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. Rev Psicanalítica SPRJ 2001; 2(1):102-128.
29. Barbosa SMM, Castellanos ALZ, Krebs VLJ, Okay Y. A dor no recém-nascido: prevenção e terapêutica. Rev Dor 2000; 2(2): 26-35.
30. Whalley LF, Won DL. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais na intervenção afetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 1999.
31. Lima AS, Silva VKBA, Collet N, Silva APR, Oliveira BRG. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil 2010; 19(4):700-708.