

Percepções da equipe de enfermagem frente às barreiras no manejo da dor em crianças hospitalizadas

Orientanda: Giovanna Sanches Lestinge

Coorientador: Enf. Danton Matheus de Souza

Orientadora: Profa. Dra. Lisabelle Mariano Rossato

RESUMO

Introdução: Apesar de inúmeros órgãos internacionais reconhecerem a dor como o quinto sinal vital, e seu manejo uma meta da década e um direito humano fundamental, muitas crianças hospitalizadas vivenciam queixas algicas não aliviadas. Assim, é fundamental reconhecer as eventuais barreiras para o manejo da dor, de forma a formular estratégias que garantam a tradução desse conhecimento à prática clínica. **Objetivo:** Compreender as percepções da equipe de enfermagem sobre as barreiras no manejo da dor na assistência à criança hospitalizada. **Método:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com oito enfermeiros e sete técnicos de enfermagem da divisão pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), por meio de entrevistas semiestruturadas, guiada por um roteiro de tópicos, conduzidas por dois pesquisadores em conjunto, entre junho e agosto de 2022. A finalização da coleta se deu por meio do método de saturação teórica dos dados em pesquisa qualitativa. Os dados foram analisados por meio do método de análise temática de conteúdo de Bardin. Foram respeitados os preceitos éticos da Resolução N° 466/12 e o estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da USP e do HU-USP. **Resultados:** A partir das entrevistas, emergiram-se as seguintes categorias: 1) Tradução de conhecimento- O manejo da dor de fato é realizado? Interligada com as subcategorias: Avaliação- O mecanicismo de uma avaliação subjetiva; Intervenção- A cultura farmacológica e subvalorização do não farmacológico, e Reavaliação- Intuição é a nova avaliação? E 2) Refletir mudanças- Como atingir a potencialidade do manejo da dor? com a subcategoria: Caminhando à solução: Ressignificar rotinas aplicando novas rotinas. Por meio dessas, observou-se que os profissionais possuem conhecimentos teóricos sobre o manejo da dor, porém a tradução da teoria à prática clínica diária é um impasse. A prática é permeada de inúmeras barreiras, voltadas ao profissional (crenças, cultura profissional, percepções, subjetividade, atuação intuitiva, resistência e falta de

comunicação), e à instituição (local de atuação e dinâmica da unidade, turno, rotinas, falta de estímulos e ausência de protocolos). As barreiras se sobressaem ao conhecimento teórico e torna o manejo da dor à criança hospitalizada inadequado. Os profissionais reconhecem esse aspecto e acreditam que para mudar este contexto é necessário a formulação de um protocolo institucional, o que pode ser implementado e visto como uma nova rotina que estará sujeita às barreiras listadas. **Conclusões:** Conhecer este contexto torna-se relevante à prática clínica para guiar a formulação de estratégias que de fato possam permitir que a dor seja importante, compreendida, visível e manejada com qualidade e individualidade. Este estudo apresenta como principal limitação o quantitativo de participantes que não permite a generalização dos resultados, porém ao compreender o conteúdo do discurso observou-se que inúmeras barreiras relacionadas ao manejo da dor que podem guiar a formulação de estratégias para a implementação bem sucedida do conhecimento teórico à prática clínica.

Descritores: Dor; Manejo da dor; Criança hospitalizada; Barreiras ao Acesso aos Cuidados de Saúde; Pesquisa Qualitativa; Enfermagem.

1-INTRODUÇÃO

Partindo de conceitos, a *International Association for the Study of Pain* (IASP), define a dor como: “Uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano real ou potencial ao tecido”, e em conjunto com a Organização Mundial da Saúde (OMS) o alívio da dor foi considerado um direito humano fundamental, marcado como uma das metas da década e definida como o quinto sinal vital^(1,2). O enfermeiro tem um papel ativo na garantia desse direito segundo a *American Society of Pain Management Nursing*, implementando as etapas do manejo da dor à sistematização da assistência de enfermagem, como retratado pela *American Nurses Association* ^(1,2,3).

Não há dúvidas de que a dor se tornou uma relevante questão de saúde pública, porém integrá-la em metas, direitos e políticas não garante que o seu manejo ocorra nos serviços de saúde. Aqui entende-se como o manejo da dor as etapas cíclicas de avaliação, planejamento de estratégias, intervenções farmacológicas e não farmacológicas e a reavaliação⁽⁴⁾, etapas negligenciadas nos serviços de saúde, principalmente em crianças. Essas são expostas a procedimentos invasivos, como: punção venosa, em calcâneo e lombares, administração de medicações intramusculares, curativos, aspiração de vias aéreas, entre outros; como também a vivência de dor pelo curso de doenças^(5,2).

No Brasil, em uma investigação transversal, retrospectiva, realizada com 1251 prontuários de crianças hospitalizadas observou-se que 79 (11,2%) não foram avaliadas para dor; 481 tinham dor validada por escalas, porém a ausência de analgesia ocorreu em 88 (18,3%) dessas, mesmo com medicações prescritas, apenas 6 (0,4%) tiveram medidas não farmacológicas documentadas e 193 (40,3%) tiveram registros de reavaliações nas anotações⁽⁴⁾. O manejo inadequado mostra-se ainda mais frequente quanto mais jovem é a criança, como visto em outra investigação brasileira com 90 recém nascidos, a qual em 3 dias de internação observa-se um total de 2.732 procedimentos dolorosos, porém apenas 540 (19,7%) medidas não farmacológicas e 216 (7,9%) medidas farmacológicas⁽⁶⁾.

Sabe-se que o manejo ineficaz da dor leva a prejuízos a longo prazo⁽⁷⁾, como: medo, ansiedade, isolamento social e alterações nos sistemas fisiológicos⁽⁸⁾, afetando a criança e a sua rede de apoio, que pode demonstrar descontentamento e resistência aos cuidados⁽⁹⁾. Para a instituição, o não alívio da dor pode prolongar a hospitalização, aumentar os custos do cuidado e o aumento de readmissões⁽⁸⁾. Essas consequências são bem retratadas na literatura

internacional, porém, cabe-se refletir o porquê ainda ocorrem? Quais são os impasses para que os enfermeiros realizem o manejo adequado da dor em crianças hospitalizadas? Esses são importantes atores nesta missão de manejo da dor de pacientes pediátricos, por estarem em constante contato com a criança e a família, podendo assim identificar prontamente queixas álgicas para então, em conjunto com outros profissionais de saúde, traçarem planos para enfrentá-la^(2,10).

Assim, diante da problemática relatada e suas reflexões, este estudo objetivou compreender as percepções da equipe de enfermagem sobre as barreiras no manejo da dor na assistência à criança hospitalizada. Conhecê-las do ponto de vista cultural brasileiro, pode guiar estratégias futuras para alterar o contexto de baixo alívio da dor, objetivando tornar a dor importante, compreendida, visível e melhor manejada.

3- MÉTODO

3.1- Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa . Para guiar a metodologia desta investigação, utilizou-se o instrumento Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)⁽¹¹⁾.

3.2- Cenário do estudo

O estudo foi realizado na divisão pediátrica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), composta pelos setores: 1)Pronto Socorro Infantil (PSI), com 10 leitos de observação e 1 sala de emergência; 2)Unidade de Internação Pediátrica (UIP), com 15 leitos totais disponíveis; e 3)Unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP) e unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) que, apesar de estarem em espaços físicos diferentes, compartilham da mesma equipe de enfermagem, que atuam nos 10 leitos disponíveis e 2 leitos reservas.

3.3-Participantes do estudo

A amostra deste estudo foi composta pelo método de conveniência, com a participação de oito enfermeiras e sete técnicas de enfermagem. Foram critérios de inclusão iniciais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que atuavam nos setores da divisão pediátrica, com vínculo trabalhista, independente do turno (matutino, vespertino e noturno) e que estivessem no campo prático no momento da imersão dos

pesquisadores para a coleta. Porém, no decorrer da pesquisa foi incluída a participação de uma enfermeira à distância por chamada de vídeo, devido à dinâmica do seu setor e impossibilidade de se distanciar da assistência prática para realizar a entrevista, a mesma se disponibilizou para uma coleta remota, sendo respeitada sua disponibilidade.

Foram critérios de exclusão: Estagiários e discentes de enfermagem; residentes de enfermagem; enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem que durante a pesquisa se encontravam afastados por licença, férias ou demais motivos de afastamento no transcorrer da coleta de dados; e profissionais da equipe de enfermagem que não atuassem diretamente na assistência prática à criança, como as chefias de setor e técnicas de materiais.

3.4- Coleta de dados

Os dados foram coletados entre junho e setembro de 2022, através de entrevistas individuais e semiestruturadas por dois pesquisadores, a fim de se complementarem e explorarem o fenômeno em sua complexidade, guiadas por um roteiro de tópicos com os seguintes questionamentos: O(a) senhor(a) poderia me explicar como é realizado a avaliação da dor das crianças no setor em que atua? O(a) senhor(a) vivencia e/ou percebe alguma dificuldade na aplicação desse método de avaliação na prática clínica? Como o(a) senhor(a) acredita que essas dificuldades interfiram na avaliação da dor? Na sua prática, como o(a) senhor(a) vivencia a aplicação de medidas farmacológicas para o alívio da dor? Como o(a) senhor(a) consegue identificar barreiras na sua prática, com a realização de medidas farmacológicas para alívio da dor? Na sua prática clínica, o(a) senhor(a) faz uso de medidas não farmacológicas para crianças com dor? Se sim, quais? E em quais momentos? O(A) senhor(a) nota dificuldades na implementação dessas medidas não farmacológicas no cotidiano assistencial? Se sim, poderia me contar quais são as principais barreiras e porque acontecem? O(A) senhor(a) realiza a reavaliação da dor nas crianças? Se sim, como? O(A) senhor(a) encontra barreiras na realização da reavaliação da dor das crianças? Se sim, poderia me contar quais são as principais barreiras e porque acontecem? Como o(a) senhor(a) considera o manejo da dor no seu setor? O que o(a) senhor(a) acredita que deve ser feito para alterar esse contexto de manejo da dor e as barreiras citadas?

Foram realizadas 15 entrevistas, totalizando três horas e 48 minutos de material, com média de duração de cada entrevista de 15 minutos. Foi solicitada a permissão para gravar a entrevista, visando garantir a fidedignidade das informações. Para a finalização da coleta de dados empíricos, foi utilizado o método de saturação teórica de dados em pesquisa qualitativa, que permite incluir participantes até que os objetivos sejam respondidos, nenhum

novo tema seja estabelecido ou até que não haja novos questionamentos dentro das categorias ou temas⁽¹²⁾.

3.5-Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e analisadas por meio do método de análise temática de conteúdo de Bardin, que envolve três fases: a) Pré-análise: com a leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e pressupostos; b) Exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos: que consiste na categorização, codificação e organização dos dados coletados; e c) Tratamento e interpretação dos dados: que faz a análise das informações coletadas e categorizadas ^(13,14). Vale ressaltar que a análise foi realizada em duplas, de forma independente, e posteriormente os pesquisadores se juntaram e identificaram as categorias e subcategorias.

3.6- Aspectos éticos

O estudo recebeu aprovação ética pelo comitê de ética e pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob pareceres N°5.381.326, de 02 de maio de 2022, e do HU-USP, e N° 5.460.826 de 10 de Junho de 2022.

Além disso, foram respeitados os preceitos éticos da Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) ⁽¹⁵⁾. No convite aos participantes do estudo, os pesquisadores apresentaram-se e informaram o objetivo da pesquisa e sua forma de participação. O pesquisador falou a respeito da importância da participação do profissional na pesquisa, visando o aprofundamento e compreensão sobre o tema. Foi esclarecido aos participantes a sua total voluntariedade e liberdade na participação da pesquisa, bem como seu direito à recusa sem implicação de danos ou prejuízos a eles. O sigilo absoluto das informações foi assegurado. A concordância relativa à participação foi expressa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em duas vias, como forma de resguardar os direitos dos participantes, sendo fornecida uma via a eles e outra aos pesquisadores.

Os profissionais da equipe de enfermagem participantes foram identificados pela letra E, seguido de um número conforme a ordem de ingresso no estudo, como: E1, E2, E3...

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Participaram da pesquisa, 15 profissionais da equipe de enfermagem, sendo oito enfermeiras e sete técnicas de enfermagem, atuavam na UIP (3 enfermeiras e 2 técnicas), PSI (2 enfermeiras e 4 técnicas) e UTI pediátrica e neonatal (3 enfermeiras e 1 técnica). A idade dos participantes variou entre 34 e 62 anos, o tempo de trabalho na enfermagem pediátrica entre 9 e 28 anos e o período trabalhado no setor referido entre 1 e 28 anos.

A partir da análise, emergiram as seguintes categorias: 1) “Tradução de conhecimento: O manejo da dor de fato é realizado?” e 2) “Refletir mudanças: Como atingir a potencialidade do manejo da dor?”, interligadas a subcategorias.

Tradução de conhecimento: O manejo da dor de fato é realizado?

Inicialmente, observou-se que os profissionais da equipe de enfermagem possuem conhecimentos referentes à avaliação da dor na divisão pediátrica. Essa etapa é realizada com o preenchimento de um instrumento, com as escalas padronizadas (NIPS, FLACC, FACES e Escala verbal numérica), em horários pré determinados (a cada 4 horas) e com possibilidade de preencher um espaço após os procedimentos dolorosos. Apenas 2 profissionais demonstraram desconhecimento na avaliação, ao relacionar a escala de FACES com componentes da escala de FLACC como choro ou expressão facial da criança.

Observa-se que a avaliação é realizada de uma forma mecânica pela rotina da divisão, e somada a isso com a subjetividade do profissional, a qual declaram ser uma aliada neste processo. Listam que a subjetividade permite diferenciar a dor de outros sinais fisiológicos que a criança venha a demonstrar (sono, fome e eliminações) e no manejo preventivo da dor em crianças cirúrgicas e/ou ortopédicas. Relataram não realizar a avaliação da dor durante procedimentos dolorosos, apesar de estar padronizado na rotina institucional. Apesar da avaliação padronizada e um espaço para avaliações em outros horários, os profissionais dizem que estão imersos em rotinas e a mecanicidade da avaliação impede a avaliação da dor em outros momentos para além do pré determinado.

Os profissionais listaram como barreiras à avaliação da dor: dificuldade na diferenciação da provável dor com alterações comportamentais corriqueiras da criança; desconfiança em relação aos escores apontados nas escalas; dificuldade da compreensão dos escolares e adolescentes sobre dor e quantificação dessa; inconsistência no escore apontado pela escala e o comportamento expresso; dinâmica da unidade em que atuam; carência de escalas para avaliação da dor em pacientes críticos, areativos; ausência de estímulo e constância em treinamentos da instituição, e ausência de protocolo de manejo da dor, como

visto nos discursos (quadro 1) referente à subcategoria: *Avaliação- O mecanicismo de uma avaliação subjetiva*.

Quadro 1- Relatos dos profissionais referentes à subcategoria: Avaliação- O mecanicismo de uma avaliação subjetiva. São Paulo, SP, Brasil. 2022

Subcategoria: Avaliação- O mecanicismo de uma avaliação subjetiva
<p><i>“FACES é dificultoso, eu vejo pelo choro, a criança tá muito chorosa e você pega e às vezes está com dor, você vê que aquele choro de dor mas não é muito fácil não” (E3)</i></p> <p><i>“O que eu percebo é que a avaliação é feita mais pela nossa experiência do que pela escala mesmo. Muitas vezes a gente já olha para o paciente e acha que está sem dor e a gente não necessariamente aplica a escala. Já acaba colocando lá o 0 e se tá com um pouco de dor aí sim é aplicada a escala.” (E1)</i></p> <p><i>“A avaliação da dor vai mais pela nossa experiência.” (E12)</i></p> <p><i>“A pessoa esquece que tem que avaliar até no procedimento. Por exemplo, uma punção ‘ah, quanto é que foi a dor na punção?’, acaba virando uma rotina, porque ‘ah, uma punção vai doer mesmo’ e aí não avalia” (E8)</i></p> <p><i>“Tem muito procedimento na UTI e acaba na ânsia de fazer, porque tem outras coisas para resolver a gente acaba entrando e fazendo o procedimento sem pensar na questão da dor e na sua avaliação. Então acho que falta ser mais protocolado, mais valorizado isso, porque na rotina acabamos deixando isso de lado” (E9)</i></p> <p><i>“Tudo isso que eu lembro que estou te dizendo agora é do treinamento da época que eu tive há vários anos sobre como usar o instrumento de avaliação da dor, mas depois eu não tive mais, a equipe não teve um outro treinamento e também não tem protocolo” (E4)</i></p>

Em relação à subcategoria: *“Intervenção- A cultura farmacológica e subvalorização do não farmacológico”*, observou-se que os profissionais possuem pleno conhecimento sobre o uso de analgésicos, opióides e coadjuvantes, seguindo a prescrição médica. Porém, os relatos trazem consigo uma supervalorização da medida farmacológica, como primeira e principal escolha, sem associá-la a outras medidas.

Entretanto, listam como possíveis barreiras à medida farmacológica: a dependência da equipe médica para a prescrições de medicamentos, que frequentemente ocorre com baixo teor analgésico; dificuldade em conseguir a prescrição de outros fármacos, como morfina, principalmente no contexto da neonatologia; a disponibilidade e dispensação do fármaco pela

farmácia, e fatores relacionados à criança como perda do acesso venoso e dificuldade em administração do fármaco via oral. Observa-se, que, três dos participantes não notam barreiras relacionadas à medida farmacológica.

Semelhante aos achados prévios, os profissionais demonstram domínio cognitivo de medidas não farmacológicas, citando as medidas físicas (banho e compressas), mecânicas (mudanças de decúbito e massagem), ambientais (redução da luminosidade), de conforto (sucção e colo), de distração (brinquedo terapêutico) e práticas integrativas e complementares (Reiki). Entretanto, nota-se uma ambivalência no discurso, pois ao mesmo tempo em que dizem conhecer também referem não aplicar.

Apesar de cinco profissionais negarem a presença de barreiras, foram listadas como dificuldades de tradução do conhecimento: a clara preferência das medidas farmacológicas, por considerarem o resultado sendo mais rápido; interferência da medida no procedimento doloroso; a ausência de padronização de quando e como utilizar essas medidas; a manipulação excessiva durante procedimentos e/ou vivência da dor aguda, e na neonatologia, como contraste, a manipulação mínima que limita as medidas.

A título de ilustração, um profissional entrevistado relata seu conhecimento cognitivo e experiência com as práticas integrativas e complementares, citando a terapia energética Reiki. Entretanto, diz não realizar aplicações em sua prática pelo preconceito dos outros profissionais e estigmatização da terapia, com medo do julgamento e consequências. A tabela 2 abaixo, traz relatos relacionados à subcategoria listada.

Quadro 2- Relatos dos profissionais referentes à subcategoria: Intervenção- a cultura do farmacológico e subvalorização do não farmacológico. São Paulo, SP, Brasil. 2022

Subcategoria: Intervenção- a cultura do farmacológico e subvalorização do não farmacológico

<i>“Precisamos da avaliação do médico e mesmo que a gente vá lá e prove que a criança está com dor e fale que aplicamos a escala que indicou uma dor intensa sempre temos uma barreira ali, de depender do médico.” (E1)</i>

<i>“Tem médico que é bem resistente para prescrever medicação para dor que seja mais forte, uma morfina, tramal, essas medicações, mesmo que a escala demonstre dor.” (E8)</i>

<i>“Tem muito a questão de evitar utilizar medicamentos para essas crianças na UTI neo, porque tem uma série de restrições na neonatologia, em termos farmacológicos, falando”</i>

(E5)

“Os técnicos querem fazer as coisas muito rápido, não perder tempo e ignoram um pouco essa questão não farmacológica.” (E5)

“Eu me sinto um pouco coagida e receosa, porque existe preconceito, muito ainda, principalmente por parte da medicina. É como se eu tivesse praticando charlatanismo” (E6)

“Eu tenho medo de ser punida ao registrar as práticas integrativas que eu realizo ‘quem mandou você fazer isso? Quem falou que você podia fazer? Você não tá contratada para isso’ mas eu ando escrevendo na anotação de enfermagem” (E6)

Em relação à última etapa do manejo da dor, a reavaliação, observou-se que apenas um profissional diz realizá-la com a aplicação de escalas validadas, enquanto quatorze expressaram o uso da subjetividade como ferramenta. Relataram que a reavaliação não é executada sistematicamente com algum padrão ou protocolo de tempo após a aplicação de alguma medida, assim fazem uso da intuição, de que por terem aplicado alguma medida a dor tende a melhorar; e/ou observação do comportamento da criança (choro e irritabilidade) e/ou relato da família, para deduzir se a dor foi cessada.

Os profissionais listaram como barreiras à reavaliação da dor: esquecerem que a reavaliação deve se realizada; elevada carga de trabalho, o que não permite se ausentar de uma atividade para reavaliar a criança; automaticidade do cuidado, com observação da dor da criança apenas nos horários pré determinados; dinâmica da unidade, como no PSI e/ou UTI que não permite uma reavaliação; ausência de protocolos e estímulos institucionais. Dessa forma, a intuição é listada como a principal forma de avaliação, como visto nos relatos (quadro 3) da subcategoria: *“Reavaliação- intuição é a nova reavaliação?”*.

Quadro 3- Relatos dos profissionais referentes à subcategoria: Reavaliação- Intuição é a nova reavaliação? São Paulo, SP, Brasil. 2022

Subcategoria: Reavaliação- Intuição é a nova reavaliação?

“ Isso acaba sendo de forma intuitiva, ou deduzimos que se parou de chorar, melhorou a dor, às vezes a gente acaba não indo avaliar mas vai ter o próximo registro de que passou a dor. “ (E1)

“Achamos que a dor é resolvida fazendo alguma intervenção e não voltamos lá para reavaliar, ou achamos que se o paciente não reclamou de novo está resolvido.” (E2)

“Eu acho que a barreira para reavaliar é a falta de protocolo, mesmo que a gente já saiba que tem que fazer isso.” (E1)

“Cai na nossa rotina, passamos o olho e vemos que a criança não está mais chorando então acabamos não voltando lá para reavaliar como deveria ser reavaliado” (E11)

“Acho que é falta de hábito. E também, na verdade, a instituição nunca pediu para a gente fazer esse tipo de reavaliação. “ (E3)

“A dinâmica do pronto socorro às vezes não me permite fazer essa abordagem, essa reabordagem. Às vezes é intuitivo de perceber que a criança parou de chorar, mas não documento isso.” (E6)

Refletir mudanças- Como atingir a potencialidade do manejo da dor?

A partir do reconhecimento de barreiras, onze profissionais consideraram o manejo da dor em sua unidade como falho, prevalentemente pela UIP, enquanto três profissionais do PSI e um da UTI consideraram efetivo. Para tal, consideraram algumas barreiras para o manejo da dor como um todo: superficialidade do manejo; negligência do manejo em procedimentos; priorização do manejo da dor em pacientes que frequentemente possuem dor e ausência de documentação. Todos esses aspectos foram listados considerando uma rotina intrínseca à prática clínica.

Ao refletir sobre esse contexto, os profissionais listaram estratégias de mudança para atingir a potencialidade do manejo da dor, como a formulação de um protocolo institucional que guiasse as etapas do manejo da dor; educação da equipe multiprofissional; reformulação do impresso institucional, ressaltando que essas possibilidades deveriam se integrar a rotina do setor de forma a não se tornar uma nova demanda e não prejudicar o processo de atuação. De forma prevalente, os profissionais listaram a formulação de um protocolo institucional, como visto nos relatos (quadro 4) da subcategoria: “Caminhando à solução: Ressignificar rotinas aplicando novas rotinas”.

Quadro 4- Relatos dos profissionais referentes à subcategoria: Caminhando à solução: Ressignificar rotinas aplicando novas rotinas. São Paulo, SP, Brasil. 2022

Subcategoria: Caminhando à solução: Ressignificar rotinas aplicando novas rotinas.

“O manejo da dor falho, pensando no todo.” (E4)

“ Então acho que tinha que ter realmente um protocolo que tivesse um tempo certo para reavaliar a dor depois de intervir . [...]E aí se não melhorou 100% e a criança ainda está com dor, qual seria o próximo passo a se fazer protocolado. (E1)

“Acho que deveria ter um protocolo que guiasse de acordo com o nível da dor, com ações específicas, incluindo também a equipe médica, para poder ter esse diálogo” (E9)

“Seria interessante como um todo voltar nessas ações educativas, de treinar os técnicos e enfermeiros da importância da escala de dor e em paralelo a isso implementar um protocolo.” (E9)

“Eu acho que no pronto socorro as coisas devem ser práticas, não adianta invertarmos protocolos que não agilizem e travem o nosso atendimento, na prática vai ficar de lado, então acho que tem que ser algo prático, como um check list para fazer a reavaliação” (E14)

DISCUSSÃO

Neste estudo, barreiras que permeiam o manejo da dor de crianças hospitalizadas são observadas, tornando a experiência de hospitalização infantil marcada por limitações dos profissionais quanto ao controle algico.

Em relação à avaliação, a literatura científica explora inúmeras possibilidades de avaliação da dor por meio de escalas validadas ^(16,9), que, quando utilizadas, aumentam a probabilidade da obtenção de tratamento⁽⁴⁾. Neste estudo, os participantes demonstraram domínio em relação a avaliação, porém reconhecem suas dificuldades na tradução das escalas à prática clínica, mesmo que a instituição ofereça um impresso com os instrumentos que devem ser utilizados.

A subjetividade, principal limitação das escalas utilizadas em crianças menores de sete anos, ainda é o padrão ouro de avaliação para os profissionais. Esse aspecto também é visto na literatura, em uma investigação transversal, realizada na Finlândia com 294 enfermeiros atuantes em UTI neonatal, onde esses faziam uso “quase diariamente” das escalas em 23% ⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, de 224 enfermeiros avaliados, 82,6% nunca haviam avaliado a dor da criança por meio de escalas ^(2,17), comprometendo a qualidade da assistência.

Os enfermeiros também citam o mecanismo na avaliação, reflexo de uma rotina de preenchimento do escore de dor de 4 em 4 horas. E, apesar do instrumento institucional reservar um espaço para documentação da avaliação da dor em momentos para além do pré determinado, como em procedimentos dolorosos, os profissionais indicam que há engessamento pela rotina, sendo os dois aspectos barreiras à avaliação da dor. A visão de que a dor só deve ser avaliada nos horários padronizados limita o profissional na sua prática e oculta queixas álgicas, como visto em uma investigação transversal realizada nos Estados Unidos, onde 110 crianças relataram dor nas últimas 24 horas da hospitalização, sendo que 48,2% desses avaliaram a dor como intensa, enquanto que ao avaliar os prontuários apenas 15% dos profissionais documentaram o escore como tal ⁽¹⁸⁾.

A documentação da avaliação é extremamente relevante para que as etapas subsequentes ocorram. Porém, como visto neste estudo, ocorrem com pouca frequência. Em uma investigação transversal, realizada em Israel, com 82 enfermeiros pediátricos, 25% relataram que não faziam documentações da avaliação da dor, e, além disso, 4% da equipe técnica relatou que não informam o enfermeiro quanto à dor da criança. Ao avaliarem o processo de avaliação integralmente, os participantes relataram que os instrumentos de avaliação eram inúteis e que estavam em total desuso em sua prática clínica ⁽¹⁹⁾

Esses achados corroboram com os relatos dos profissionais deste estudo, o que expõe que a avaliação da dor ainda é um fenômeno de pesquisa em potencial e muito precisa ser realizado para proporcionar uma tradução de conhecimento à prática clínica.

Com a documentação da dor espera-se intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. Nesta amostra, observa-se que os profissionais tinham como primeira escolha a intervenção farmacológica, porém citaram poucas limitações frente a esse contexto. Na literatura científica observa-se aspectos além dos citados, como o medo da prescrição de analgésicos. Na China, em uma investigação transversal com 264 clínicos pediatras (211 enfermeiras e 45 médicos), observou-se que 66,7% dos médicos e 57,3% das enfermeiras

hesitaram em fornecer analgésicos opióides a crianças, mesmo que o escore de dor seja intenso. Os médicos, ao realizarem procedimentos dolorosos que poderiam ser amenizados com aplicação de anestésicos locais, também relataram (11,1%) não fazer uso desses na prática. Na China, em uma investigação transversal com 264 clínicos pediatras (211 enfermeiras e 45 médicos), observou-se que 66,7% dos médicos e 57,3% das enfermeiras hesitaram em fornecer analgésicos opióides a crianças, mesmo que o escore de dor seja intenso. Os médicos, ao realizarem procedimentos dolorosos que poderiam ser amenizados com aplicação de anestésicos locais, também relataram (11,1%) não fazer uso desses na prática ⁽²⁰⁾.

Esse aspecto pode estar relacionado ao medo dos profissionais em mascarar o diagnóstico da criança ao fornecer analgésicos, considerando que muitas medicações que atuam na dor também atuam em outros sintomas como a febre, convulsões e humor; e possuem medo dos efeitos adversos das medicações, como os opióides que podem levar a alterações no trato gastrointestinal ⁽¹⁾.

Neste estudo, os profissionais relataram que as medicações prescritas não eram potentes o suficiente para manejar a dor da criança, porém cabe refletir: O instrumento de avaliação da dor traz escores que devem guiar a prescrição medicamentosa, porém, os profissionais não aplicam as escalas mas relatam que os medicamentos não eram adequados para o escore. Há uma ambivalência de discurso. O escore de dor e a medicação devem caminhar em conjunto, mas no momento em que há falha em um processo consequentemente a etapa subsequente será afetada.

A medida não farmacológica, apesar de inúmeras revisões sistemáticas com metanálise e ensaios clínicos randomizados demonstraram sua efetividade, os profissionais ainda não aplicam na prática, como visto neste estudo. A literatura retrata que sua aplicação tem relação direta com o conhecimento do profissional. Em uma investigação realizada na Etiópia com 209 enfermeiros, observou-se que 48,8% não possuíam escores adequados de conhecimento sobre medidas não farmacológicas; 45,9% não estavam cientes sobre os benefícios das práticas e 38,3% não conheciam nenhuma medidas não farmacológicas. Esse aspecto influencia diretamente na prática clínica, considerando que os enfermeiros que possuem conhecimento adequado tiveram quatro vezes mais chances (Risco relativo: 4,6) de aplicar as medidas não farmacológicas ⁽²¹⁾.

Neste estudo nota-se aspectos distintos, considerando que os profissionais possuíam conhecimento nas medidas não farmacológicas, mas não aplicavam na prática. Esse achado pode estar mais relacionado às atitudes e crenças dos profissionais do que propriamente ao seu conhecimento, considerando que mesmo que conheçam a medida para sua aplicação há muitos outros aspectos a serem considerados.

No estudo Chinês, citado previamente, 11,1% dos médicos e 12,6% das enfermeiras pediatras acreditavam que o manejo não farmacológico é ineficaz para o manejo da dor e consequentemente não fazem uso desse ⁽²⁰⁾. Esse achado corrobora com uma investigação recente que evidenciou que a atitude do profissional de enfermagem quanto ao manejo não farmacológico da dor do paciente é um preditor positivo para boas práticas (Risco relativo: 2,68) ⁽³⁾.

Já em relação às crenças, em um estudo exploratório-descritivo, realizado no Brasil, com profissionais da equipe de enfermagem sobre a mamalgesia como medida não farmacológica para alívio da dor, observa-se relatos de crenças restritivas dos profissionais, como: impedir a oferta da amamentação durante a vacina para a criança não associar a dor com a sucção, crença de que a criança poderia engasgar e/ou regurgitar, e justificativa de que a amamentação em procedimentos dolorosos é ineficaz e contraindicada. Apesar da literatura científica comprovar a efetividade dessa ⁽²²⁾. Esse achado corrobora com este estudo, onde os profissionais não ofertam medidas não farmacológicas durante procedimentos dolorosos pela crença de que a medida irá atrapalhar no desenrolar do procedimento.

Além disso, há também o relato de uma crença negativa dos profissionais frente às práticas integrativas e complementares, o que influenciava a realização dessa pela técnica de enfermagem capacitada. A estigmatização do imaginário popular frente a prática é uma importante barreira, sendo reflexo dos resquícios do modelo biomédico e supervalorização do clínico, com a visão de medidas energéticas, como apontado neste estudo, sendo ineficazes por não serem uma medida de tecnologia dura, palpável, como as medicações⁽²³⁾, supervalorizadas neste estudo.

Em um estudo clínico, brasileiro, realizado com 90 recém nascidos em uma UTI Neonatal, observou-se que em três dias esses foram submetidos a 2.732 procedimentos dolorosos, apenas 540 medidas não farmacológicas foram realizadas, dentre essas a redução da luminosidade, aconchego/alinhamento no leito; manipulação mínima; sucção não nutritiva, contenção facilitada, entre outras ⁽⁶⁾. Fato curioso é que a própria manipulação

mínima é considerada uma medida não farmacológica, uma vez que há a redução da luminosidade, alinhamento e decúbito neutro, aspectos que podem influenciar positivamente no alívio da dor. Entretanto, os profissionais deste estudo identificaram essa conduta nos prematuros extremos como uma barreira à medida não farmacológica.

Já em relação à reavaliação, observa-se em um estudo quantitativo, brasileiro, que de 481 crianças com dor documentada em prontuário, 40,3% não tiveram uma nova avaliação da dor documentada ⁽⁴⁾. Esse aspecto corrobora com este estudo, o qual os profissionais relataram que essa etapa, quando realizada, parte da intuição aliada a automaticidade do cuidado, sem necessariamente ser documentada.

A ausência de reavaliação da dor após a aplicação de uma conduta, limita o profissional de saber se de fato a intervenção foi efetiva, se há a necessidade de novas condutas. Quando a equipe aguarda o próximo horário pré determinado para realizar uma reavaliação, todo o manejo da dor é influenciado e a criança pode se manter com algia não manejada, principal queixa de familiares relacionados à vivência da dor em hospitalizações de crianças ⁽²⁴⁾.

Neste estudo, em todas as etapas, os profissionais destacaram a ausência de um protocolo para manejo da dor como uma barreira. Esse achado corrobora com uma investigação transversal, realizada na Espanha, com 191 profissionais da saúde, a qual a ausência de um protocolo na instituição foi um preditor positivo para o baixo manejo da dor por profissionais, e 96% acreditam ser necessários para orientar a prática ⁽²⁵⁾.

Entretanto, na subcategoria: *Caminhando à solução: Ressignificar rotinas aplicando novas rotinas*, objetivamos refletir sobre esse contexto, considerando que um protocolo é um guia que deverá ser seguido por todos os profissionais da instituição, por mais que ele permita uma assistência linear onde todos atuam da mesma maneira, ele não está livre de ser utilizado de forma rotineira.

Essa reflexão surgiu pela ambivalência ao longo de todos os discursos, considerando que os profissionais dizem que as rotinas estabelecidas levam a uma mecanicidade que influencia negativamente na assistência, porém ao final eles almejam uma nova padronização, que incluirá o manejo da dor em rotinas. Cabe ressaltar que neste estudo não somos contra protocolos, mas sim sua implementação sem uma constância associada.

Não há dúvidas que a implementação de um protocolo leva a resultados positivos na assistência. Como visto em um estudo quase experimental, do tipo pré e pós intervenção, realizado em uma UTI pediátrica em Chicago, com 51 profissionais que foram treinados após a implementação de um protocolo para manejo da dor. Em 3 meses observou-se uma melhora da avaliação em 98,6%, já em 6 meses esse índice se reduziu a 97,1%⁽²⁶⁾. O índice se manteve alto, quanto isso não há dúvidas, porém a queda de 1,5% em um período de 3 meses é reflexo da ausência de constância. O período ainda é pequeno, porém reiteramos como hipótese que se essa mesma avaliação fosse feita após 1 ano, a queda seria muito maior e provavelmente os profissionais estariam atuando novamente de forma mecânica.

O estímulo institucional é extremamente relevante para que os profissionais mantenham suas condutas baseadas em evidência, em uma revisão sistemática da literatura, observou-se impactos positivos significativos de programas educacionais nos conhecimentos e atitudes de enfermeiros em relação à avaliação e ao manejo de dor⁽¹⁰⁾, reforçando a necessidade e importância de serem aplicados em instituições hospitalares.

Neste estudo observa-se relatos relacionados à ausência de educação permanente. Assim, a reflexão principal que visamos trazer é que para que esse contexto seja alterado há a necessidade de um esforço coletivo, do profissional de reconhecer que sua assistência está falha, da instituição de promover a formulação de protocolos e constância na educação quanto a ele; da educação permanente e estímulo para que esses profissionais possam se engajar em promover um manejo da dor adequado.

Nesse contexto, todas as barreiras citadas ao longo deste estudo devem ser refletidas, pois apenas quando atuamos nos principais indicadores impeditivos de um manejo álgico efetivo esse contexto será passível de mudança. Cabe ressaltar que a pesquisadora deste estudo, após sua finalização, retornou a instituição coparticipante e levou um feedback dos resultados deste estudo. Considerando que os participantes relataram a ausência de educação em dor, sua presença na instituição com um estudo relacionado à prática desses, pode ser um preditor positivo para que reflitam quanto às suas práticas.

Este estudo apresentou como principal limitação sua abordagem qualitativa, uma vez que os relatos não são representativos populacionais, estando privados a realidade do Hospital Universitário da USP, porém, com base em todos os achados discutidos neste tópico, nota-se que as barreiras aqui relatadas também são frequentes em outros espaços de cuidado. Espera-se que este estudo possa contribuir para a formulação de estratégias que permitam que

essas barreiras sejam de fato abordadas na prática clínica e trabalhadas para sua ressignificação, garantindo assim o manejo da dor de crianças.

CONCLUSÃO

Este estudo propiciou a compreensão das barreiras enfrentadas pela equipe de enfermagem no manejo da dor, em um hospital brasileiro. Foram identificados motivos os quais dificultam a avaliação, as intervenções para o alívio algico e a reavaliação da dor, sendo eles de origem institucional, cultural ou funcional da rotina hospitalar.

Observou-se que os profissionais possuem conhecimento teórico quanto às etapas preconizadas pelo manejo da dor, porém não traduzir o conhecimento à clínica, pautando sua assistência em subjetividade, mecanicidade de rotinas, supervalorização de medidas farmacológicas em detrimento das medidas não farmacológicas, reavaliação pautada na intuição e desejo de implementação de protocolos que, se não forem bem trabalhados em meio a uma constância de educação permanente, podem se tornar uma nova rotina.

REFERÊNCIAS

- 1- Virginia B.YoungMSN, RN, PCNS-BC. Effective Management of Pain and Anxiety for the Pediatric Patient in the Emergency Department. *Critical Care Nursing Clinics of North America*. 2017; 29 (2): 205-216.DOI: 10.1016.
- 2- Alotaibi, K., Higgins, I., Day, J. & Chan, S. (2018) Paediatric pain management: knowledge, attitudes, barriers and facilitators among nurses – integrative review. *International Nursing Review* 65, 524– 533.DOI:10.1111/inr.12465
- 3- Zeleke S, Kassaw A, Eshetie Y. Non-pharmacological pain management practice and barriers among nurses working in Debre Tabor Comprehensive Specialized Hospital, Ethiopia. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253086. DOI: 10.1371/journal.pone.0253086.
- 4- Carvalho JA, Souza DM, Flávia F, Amatuzzi E, Pinto MCM, Rossato LM. Pain management in hospitalized children . 2022;56:e20220008.
- 5- Pooja Shah, Pharm.D., BCPPS, Anita Siu, Pharm.D., BCPPS, Considerations for neonatal and pediatric pain management, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 76, Issue 19, 1 October 2019, Pages 1511–1520, <https://doi.org/10.1093/ajhp/zzz166>.
- 6- Rocha, VA et al. Painful procedures and pain management in newborns admitted to an intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2021, v. 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0232>.
- 7- Mediani HS, Duggan R, Chapman R, Hutton A, Shields L. An exploration of Indonesian nurses' perceptions of barriers to paediatric pain management. *Journal of Child Health Care*. 2017;21(3):273-282. doi:10.1177/1367493517715146.
- 8- Forster EM, Kotzur C, Richards J, Gilmour J. Paediatric post-discharge pain and parent perceptions of support from an Australian nurse practitioner led acute pain service. *Journal of Child Health Care*. 2022;26(3):394-406. doi:10.1177/13674935211014742.
- 9- Anim-Boamah O, Aziato L, Adabayeri VM. Ghanaian nurses' knowledge of invasive procedural pain and its effect on children, parents and nurses. *Nurs Child Young People*. 2017 Sep 11;29(7):26-31. DOI: 10.7748/ncyp.2017.e795.
- 10- AlReshidi N, Long T, Darvill A. A Systematic Review of the Impact of Educational Programs on Factors That Affect Nurses' Post-Operative Pain Management for Children. *Compr Child Adolesc Nurs*. 2018 Mar;41(1):9-24. DOI: 10.1080/24694193.2017.1319432. Epub 2017 May 26.

- 11-Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007;19(6):349-357.
- 12-Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(1):17-27.
- 13-Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
- 14- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10a ed. São Paulo: HUCITEC; 2007. 406p.
- 15- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 466/2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília, 2012 [Citado 2022 Jan. 5]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html .
- 16- Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H. Nurses' perceptions of pain assessment and management practices in neonates: a cross-sectional survey. *Scand J Caring Sci*. 2018 Jun;32(2):725-733. DOI: 10.1111/scs.12503. Epub 2017 Aug 22. PMID: 28833371.
- 17- Ekim A, Ocakçı AF. Knowledge and Attitudes Regarding Pain Management of Pediatric Nurses in Turkey. 2013; *Pain Management Nursing*,14 (4): e262-e267. ISSN 1524-9042. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.02.004>.
- 18- Friedrichsdorf SJ, Postier A, Eull D, Weidner C, Foster L, Gilbert M, Campbell F. Pain Outcomes in a US Children's Hospital: A Prospective Cross-Sectional Survey. *Hosp Pediatr*. 2015 Jan;5(1):18-26. DOI: 10.1542/hpeds.2014-0084.
- 19- Zisk-Rony RY, Lev J, Haviv H. Nurses' report of in-hospital pediatric pain assessment: examining challenges and perspectives. *Pain Manag Nurs*. 2015 Apr;16(2):112-20. DOI: 10.1016/j.pmn.2014.05.003. Epub 2014 Oct 1.
- 20- Peng NH, Lao AH, Chen CH, Lee MC, Chiang LW, Chang YC, Liu HF. Knowledge and attitudes of pediatric clinicians regarding pediatric pain management. *J Spec Pediatr Nurs*. 2020 Oct;25(4):e12302. DOI: 10.1111/jspn.12302. Epub 2020 Jul 6.
- 21- Jira L, Weyessa N, Mulatu S, Alemayehu A. Knowledge and Attitude Towards Non-Pharmacological Pain Management and Associated Factors Among Nurses Working in Benishangul Gumuz Regional State Hospitals in Western Ethiopia, 2018. *J Pain Res*. 2020 Nov 16;13:2917-2927. DOI: 10.2147/JPR.S265544.
- 22- Trinquinato Rosa I, Rossato LM, Guedes DMB, Fogaça VD, Domingues F, Silva L. Beliefs, knowledge, actions of nursing techniques in breastfeeding in pain management in

immunization. Rev Bras Enferm. 2022;75(6):e20210546.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0546pt>.

23- Barros, J. A. C. Considering the health-disease process: what does the biomedical model answer to? 2002. Saúde Soc, 11(1). DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902002000100008>.

24- Linhares MB, Doca FN, Martinez FE, Carlotti AP, Cassiano RG, Pfeifer LI, Funayama CA, Rossi LR, Finley GA. Pediatric pain: prevalence, assessment, and management in a teaching hospital. Braz J Med Biol Res. 2012 Dec;45(12):1287-94. DOI: 10.1590/s0100-879x2012007500147. Epub 2012 Sep 18. PMID: 22983181.

25- Miró J, Micó JA, Reinoso-Barbero F. The management of pediatric chronic pain in Spain: a web-based survey study. Curr Med Res Opin. 2021 Feb;37(2):303-310. DOI: 10.1080/03007995.2020.1854208. Epub 2020 Dec 7. PMID: 33213211.

26- Habich M, Wilson D, Thielk D, Melles GL, Crumlett HS, Masterton J, McGuire J. Evaluating the effectiveness of pediatric pain management guidelines. J Pediatr Nurs. 2012 Aug;27(4):336-45. DOI: 10.1016/j.pedn.2011.06.002. Epub 2011 Aug 15.