



ARTIGO ORIGINAL

MANEJO DA DOR NEONATAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM: UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL SEDIMENTADA?

PAIN ASSESSMENT FOR NEWBORNS BY NURSING TEAM: A SEDIMENTED PRACTICE ASSISTANCE?

EL CONTROL DEL DOLOR NEONATAL POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA: ¿PRÁCTICA ASSISTENCIAL CONSOLIDADA?

Jéssica Machado Dantas¹
Maria Estela Diniz Machado²
Liliane Faria da Silva³
Eny Dorea Paiva⁴

Doi: 10.5902/2179769229776

RESUMO: **Objetivo:** analisar a prática da equipe de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido internado em Unidade Neonatal. **Método:** estudo descritivo, abordagem qualitativa, desenvolvido em Unidade Neonatal do Rio de Janeiro, Brasil, com 22 profissionais de enfermagem. Utilizou-se entrevista semiestruturada e dados submetidos à análise de conteúdo. **Resultados:** maioria mulheres, idades 34-55 anos, com graduação e especialização. Emergiram as categorias: Identificação da dor; Não sistematização do manejo da dor e Uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para controle da dor. Verificou-se que a equipe de enfermagem reconhece que o neonato sente dor, a identifica pelos parâmetros fisiológicos e comportamentais, emprega algumas medidas não farmacológicas para seu controle, porém não utiliza escalas de avaliação da dor, resultando em subtratamento. **Conclusões:** o manejo da dor não está sedimentado na prática de enfermagem, há necessidade de atualização do conhecimento, implementação de escala de avaliação da dor, com vistas à qualidade da assistência. **Descritores:** Recém-nascido; Medição da dor; Enfermagem neonatal

ABSTRACT: **Aim:** to analyze nursing practice concerning pain assessment of newborns admitted to a Neonatal Intensive Care Unit (NICU). **Methods:** descriptive study in a qualitative approach, developed with 22 nursing professionals at a Neonatal Intensive Care Unit in Rio de Janeiro, Brazil. It was used a semi-structured interview and data was submitted to a Content Analysis. **Results:** the majority of the interviewees were women, aged between 34-55 years, with levels of schooling as undergraduate and specialization/post graduation. The following categories emerged: Pain identification; The Systematization of Nursing Care due to pain management; and Pharmacological and non-Pharmacological use in the control pain. It was verified that the Nursing Team assumes that Newborns feel pain, identifies pain by physiological and behavioral parameters, applies some non-pharmacological measures for its control, but does not use pain assessment scales, resulting in sub-treatment. **Conclusions:** pain

¹ Enfermeira. Especialista em Perinatologia. Maternidade Escola da UFRJ. Rio de Janeiro. RJ. Brasil. E-mail: jessicaenfermagemuff@gmail.com

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Niterói. RJ. Brasil. E-mail: medmachado@id.uff.br

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Niterói. RJ. Brasil. E-mail: lili.05@hotmail.com

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Niterói. RJ. Brasil. E-mail: enydorea@gmail.com



assessment is not strengthened in nursing practice, and there is a necessity of knowledge update about the implementation of a pain evaluation scale aiming quality of care.

Descriptors: Newborn; Pain measurement; Neonatal nursing

RESUMEN: **Objetivo:** analizar la práctica del equipo de enfermería en relación al control del dolor del recién nacido internado en Unidad Neonatal. **Método:** estudio descriptivo, con metodología cualitativa, desarrollado en Unidad Neonatal de Río de Janeiro, Brasil, con 22 profesionales de enfermería. Se utilizó entrevista semiestructurada y los datos fueron sometidos al análisis de contenido. **Resultados:** mayoría mujeres, edades 34-55 años, con graduación y especialización. Las categorías constituidas fueron: Identificación del dolor; No sistematización del control del dolor y Uso de medidas farmacológicas y no-farmacológicas para el control del dolor. Se verificó que el equipo de enfermería reconoce que el neonato siente dolor, la identifica por los parámetros fisiológicos y comportamentales, emplea algunas medidas no farmacológicas para su control, pero no utiliza escalas de evaluación del dolor, resultando en subtratamiento. **Conclusiones:** el control del dolor no está consolidada en la práctica de enfermería, hay necesidad de actualización del conocimiento, de implementación de escala de evaluación del dolor, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia.

Descriptor: Recién nacido; Medición del dolor; Enfermería neonatal

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a maior sobrevivência de recém-nascidos, principalmente pré-termos e de baixo peso, aumentou seu tempo de hospitalização tornando-os mais suscetíveis a iatrogenias relacionadas à terapêutica de suporte a vida. Na Unidade Neonatal, a exposição a procedimentos dolorosos e repetitivos, principalmente nos primeiros 14 dias de vida, podem trazer graves consequências ao neonato com comprometimento de seu neurodesenvolvimento, como déficit de atenção, alterações no desenvolvimento cognitivo, motor, entre outros.¹

A fim de minimizar possíveis efeitos deletérios relacionados a sensação dolorosa, é imprescindível o manejo adequado da dor. No entanto, identificar, avaliar e tratar a dor de recém-nascidos exige habilidade dos profissionais de saúde, porque os neonatos podem manifestar a dor de formas diferenciadas, principalmente o pré-termo: alterações nos parâmetros fisiológicos e comportamentais, choro que pode ser confundido com fome, desconforto, agitação e até hipoatividade. Essas manifestações podem ser de difícil identificação e avaliação, por isso é fundamental a observação criteriosa e individualizada e a utilização de escalas que possam auxiliar a dimensionar a dor.²⁻³

No entanto, no cotidiano da prática assistencial ao recém-nascido observam-se dificuldades dos profissionais de saúde relacionadas a avaliação e tratamento da dor neonatal. Estudo internacional aponta que a adesão de melhores práticas para o monitoramento e controle

da dor ainda está abaixo do ideal.⁴ A equipe de enfermagem que atua de forma contínua na assistência ao neonato e que, dentre a equipe de saúde, são os profissionais que mais realizam procedimentos invasivos e não invasivos, precisam avaliar continuamente a dor do neonato.

Dada a importância do manejo da dor para a qualidade de vida do recém-nascido e sua família e tendo em vista a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem, este estudo teve como questão de pesquisa: Qual a prática da equipe de enfermagem em relação ao manejo da dor do recém-nascido em uma Unidade Neonatal? E como objetivo: analisar a prática da equipe de enfermagem quanto ao manejo da dor do recém-nascido internado em Unidade Neonatal.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa, descritivo, que utilizou como estratégia de coleta de dados, a entrevista semiestruturada, realizada com a equipe de enfermagem de uma Unidade Neonatal de um Hospital Universitário no Rio de Janeiro, no período de janeiro a abril de 2015. Devido à obras de reestruturação, o espaço da unidade era composto por 11 leitos, sendo 6 de terapia intensiva (UTI) e 5 de unidade intermediária (UI). Toda equipe foi convidada a participar da pesquisa sendo recrutada em seu turno de trabalho, após contato com a chefia da unidade.

Desse modo, dos 34 profissionais de enfermagem da unidade, 22 participaram do estudo, sendo 6 enfermeiros, 11 técnicos de enfermagem e 5 auxiliares de enfermagem dos períodos diurno e noturno que atenderam aos critérios de inclusão (profissionais da equipe de enfermagem que prestavam assistência ao recém-nascido) e exclusão (profissionais da equipe de enfermagem que estavam de férias, licença prêmio, licença sem vencimento e licença médica no período de coleta de dados).

Na figura 1 encontra-se representada a constituição dos participantes do estudo:

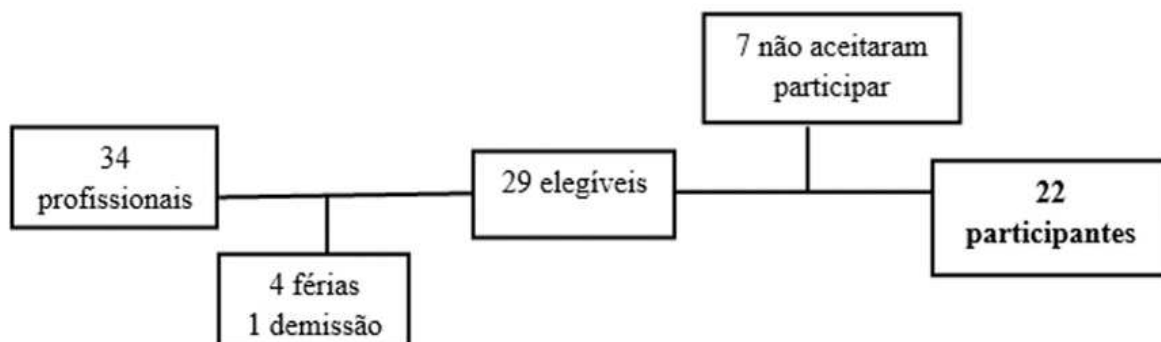


Figura 1 – Fluxo de constituição de participantes do estudo. Niterói, RJ, Brasil, 2015.



Para produção dos dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada dividido em duas partes: caracterização dos participantes e nove questões abertas referentes ao manejo da dor do recém-nascido. Destaca-se que antes da coleta de dados foi realizada análise e validação do mesmo quanto à clareza e conteúdo por seis enfermeiros docentes, todos com experiência na área de saúde da criança, participantes de um núcleo de pesquisa e captados em uma das reuniões por meio de convite pessoal da pesquisadora.

Após a validação do roteiro, as entrevistas foram realizadas durante o período de trabalho dos profissionais, previamente agendada, em sala separada da unidade, com privacidade e gravadas com equipamento multimídia (MP4), com duração média de 30 minutos, sendo logo após transcritas.

Para análise dos dados utilizou-se análise temática de conteúdo. Assim, as respostas foram classificadas utilizando-se um sistema de cores para cada unidade de significação (sentenças, frases, parágrafos) relacionada ao manejo da dor e depois agrupadas por temas.⁵

Todos os aspectos éticos foram respeitados conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa.⁶ Para garantia do anonimato, os participantes receberam como codinome a primeira letra de sua categoria profissional (A=auxiliar de enfermagem; E=enfermeiro; T=técnico de enfermagem), seguida de algarismo arábico de acordo com a ordem de entrevistas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense sob o número: 873.453 em 16/11/2014.

RESULTADOS

Dos 22 profissionais de enfermagem, 21 eram do sexo feminino, houve predomínio da faixa etária entre 34 e 44 anos de idade (8), seguido da faixa de 45 a 55 anos (7); com tempo de formação (16) e experiência profissional (12) acima de 10 anos; maioria (17) com graduação e (13) especialização.

A partir das unidades de significação encontradas, buscou-se o elemento comum e reagruparam-se as respostas que deram origem a três categorias: Identificação da dor neonatal; Não sistematização do manejo da dor e Uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle da dor.

Identificação da dor neonatal

Esta categoria apresenta a prática da equipe de enfermagem na identificação da dor no recém-nascido. Há o reconhecimento de todos os profissionais de que o neonato tem a capacidade de sentir dor, ressaltando que o pré-termo, em especial, é mais suscetível ao estresse e ao estímulo doloroso, conforme exemplificam as falas abaixo:

no meu entendimento o neonato sente dor e creio que o prematuro também sinta dor. (A1)

sim, o neonato sente dor e o prematuro até sente mais dor porque ele é mais sensível e o estresse dele é maior. (T8)

Em relação a identificação da dor do neonato, os participantes relataram que fazem por meio de mímica facial, choro, alterações comportamentais e dos parâmetros fisiológicos:

eu vejo pela fisionomia e pelo choro também porque o choro de fome e dor são diferentes. Pessoas com prática em cuidar de bebezinhos sabem a diferença. (T10)

através do rostinho deles, pelo choro, e os parâmetros fisiológicos se alteram porque quando manipulamos demais a saturação dele cai e a frequência aumenta. (A1)

eu percebo pela junção da agitação corporal, choro, mímica fácil e alteração dos parâmetros fisiológicos. Existe uma mudança na postura, ele faz a mímica facial, ele tem um choro mais forte evidenciado. (E3)

Não sistematização do manejo da dor

Nesta categoria, as falas destacadas mostram que não há uma escala de avaliação da dor instituída na rotina do setor. A equipe de enfermagem refere ter conhecimento da existência das mesmas para mensuração da dor do neonato, inclusive lhes causa estranheza não haver uma preconizada em função de ser uma instituição universitária, com programa de residência conforme explicitado em uma das falas:

não faz parte da rotina, a escala de dor, eu nunca vi essa escala de dor aqui, eu sei que existe, mas aqui não tem. (E6)

acho que não foi acordado com a equipe, eu acho que nenhum membro teve a iniciativa de implantar a escala, por mais que tenha residentes e tudo, ninguém teve essa iniciativa ainda. (T8)

aqui a gente não tem essa escala de dor, muito embora saiba que exista, então acaba desenvolvendo os cuidados mediante o que percebe pela observação, não somente pela observação do neonato,

mas também dos parâmetros que são mostrados no monitor. Começa a perceber as condições dele, principalmente na hora do manuseio quando tem que realizar algum procedimento. A gente acaba desempenhando as atividades de acordo com o que é preconizado. Eu não saberia te informar o porquê não tem uma escala definida, não sei se já é previamente estabelecido, no caso pela parte médica quando vão realizar uma atividade que vá causar dor eles já deixam prescrito o uso da glicose. Então eu acredito que, em virtude disso, não tenha, necessariamente, essa escala, mas não saberia te dizer se tem outro motivo envolvido. (A2)

Apesar das afirmações, alguns profissionais relatam que na unidade há uma escala de avaliação da dor definida, embora não soubessem identificá-la, conforme os depoimentos a seguir:

até tem, só que eu não lembro nesse exato momento qual é. (T10)

eu acho que tem sim, mas eu ainda não fui apresentada a ela, mas eu acho que tem, não sei qual é. (A3)

Sobre a utilização de forma pessoal, de alguma escala para mensurar a dor do recém-nascido, a maioria referiu não utilizar sugerindo fundamentar sua avaliação pela observação:

não, eu particularmente não utilizo não, eu percebo pelas condições que a criança se apresenta para mim, questões de irritabilidade, até mesmo pela questão da idade. (A2)

não, porque não tem no setor. (E6)

não, porque na verdade eu sou mais pelo que eu estou visualizando no próprio bebê. (T11)

não, mas utilizo a observação desses fatores a dinâmica do neonato as características faciais, movimentos corporais dele. Eu não utilizo porque eu não tenho tanto conhecimento assim com relação a escala e não adianta você utilizar uma escala que a equipe talvez não tenha o conhecimento então não vai ter comunicação, não vai ter articulação com a equipe, então não é relevante. (T8)

Alguns profissionais afirmaram utilizar uma escala de mensuração da dor, embora somente um participante soubesse citá-la:

sim, é a do Ministério, do programa, do manual. (E3)

sim eu utilizo a NIPS [Neonatal Infant Pain Scale - Escala de dor neonatal]. (E5)

sim, eu utilizo, mas não lembro o nome. (T3)

sim, eu não lembro o nome, a nossa sumiu agora, minha colega estava atrás dela, mas não achou. (T4)

Quando perguntados se após situação dolorosa realizam nova avaliação da dor, os



profissionais responderam afirmativamente, indicando que avaliam a continuidade da dor caso os neonatos apresentem choro e/ou agitação:

sim a gente faz observação, e caso permaneça, a gente comunica ao médico, tipo não estou conseguindo controlar a dor, às vezes até pode fazer uma medicação [...]. (E1)

mas essa avaliação é instantânea, a criança não está chorando, acalmou, foi dormir minha avaliação já foi feita. (T1)

realizo, a gente fica sempre em constante observação porque quando a gente percebe que ele está com dor, estressado ou incomodado e a partir do momento que você posiciona bem ou faz aquela medida não farmacológica e ele acalma e os parâmetros voltam, a gente percebe que ele já está mais tranquilinho. (A1)

Uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas de controle da dor

Esta categoria apresenta as medidas farmacológicas e não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem para controle da dor e em quais situações são aplicadas. As respostas da maioria da equipe apontam a administração de fármacos quando prescrito pelo médico. Evidencia-se que o uso de fármacos é pontual, mais utilizado para realização de determinados procedimentos:

aqui a gente faz, dependendo do que a criança venha a ter a patologia a gente faz a glicose ou se for outro procedimento mais invasivo ou alguma coisa assim aí os médicos fazem a prescrição com outra medicação. O Fentanil que é o mais usado para dar aquela relaxada no bebê e poder fazer o procedimento e se não for uma situação assim se for uma situação mais séria eles prescrevem medicação para dor para estar fazendo no horário certinho para evitar que ela fique um maior tempo sentindo dor. (A2)

sim, mais na fase de lactentes aí aplica uma dipirona quando necessário, caso a gente perceba essas alterações faciais, choro. (T3)

sim, Fentanil quando vai passar um Cateter Central de Inserção Periférica (CCIP ou PICC) e Dipirona. (E2)

Ao serem questionados sobre em quais situações dolorosas são utilizados fármacos, os profissionais citaram procedimentos invasivos comumente realizados em unidades neonatais:

quando vamos puncionar um acesso periférico. (T7)

dissecção, CCIP, cateterismo, curativo. (A4)

punção venosa, instalação de CCIP a gente auxilia na punção lombar e em pós-operatório. (E1)

Sobre a utilização de medidas não farmacológicas para controle da dor do recém-nascido, toda a equipe referiu sua utilização. Foram destacadas as medidas de enrolamento, posicionamento do bebê, mudança de decúbito, uso de glicose oral a 25%, sucção não nutritiva, redução de manuseio:

tem a técnica de enrolamento, colocar o bebê de bruços. às vezes, diminui a dor dele; flexionar os membros inferiores e superiores e enrolar ele também contribui. Nós temos prescrito colocar até 1 ml de glicose na boca em procedimentos dolorosos ou durante a detecção de dor; só que a gente nunca chega a fazer 1 ml, normalmente a gente aplica umas 3 gotinhas, um toque pausado também contribui. (T8)

utiliza mudança de posição, às vezes aquela chupetinha com a glicose que alivia, que ajuda também e procurar dar conforto, principalmente, postural. Então, por exemplo, no momento de punção venosa a gente sabe que ele vai sentir dor e que vai se estressar a gente coloca um pouquinho de glicose na chupetinha ou coloca direto na boca dele ele acalma. A gente faz a punção, ele fica tranquilo não percebe muito, troca de fralda a gente procura manusear principalmente aqueles prematuros extremos a gente manipula o menos possível para não estressar de mais, são medidas como essas, evita deixá-los sujos porque a gente percebe que quando eles ficam molhados eles ficam mais agitados, mais estressados. (A1)

sim, sucção não nutritiva com chupeta se a criança já tiver autorizada a usar a chupeta se não estiver é com a luva de látex pode dar um pouco a ela, que ela suga e se acalma, Glicose a 25% algumas gotas antes dos procedimentos dolorosos, troca de posição do bebê, acomodação, centralização do bebê, enrolar o bebê no cueiro (pano leve que envolve crianças de colo). (E6)

Quando perguntados em quais situações dolorosas fazem uso de alguma medida não farmacológica para o controle da dor, os entrevistados citaram medidas que usam de forma isolada e combinada, conforme sua percepção da intensidade dolorosa associada ao procedimento:

antes de acesso venoso, antes de algum procedimento que vai causar dor a esse recém-nascido a gente administra a glicose, muda ele de posição, conversa com o bebê, às vezes eu canto e eles se acalmam. (T11)

a gente acaba utilizando, vamos supor assim, quando vai instalar a Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) que fica incomodando. Às vezes, um colega vem coloca o dedinho enluvado enquanto o outro termina de instalar o CPAP. Ou se tiver que fazer um curativo que não seja nada agressivo, mas que cause um desconforto, a gente coloca também o dedinho enluvado, quando é um procedimento invasivo a gente utiliza a glicose. (A2)

na questão da punção, dependendo na hora de uma sondagem que a gente perceba a dor, soluções de descontinuidade de pele, às vezes, por lesões de punções anteriores que a gente procura estar fazendo curativo, observações dos locais de fixação se houve algum abrasivo na hora da retirada, aspiração de tubo de vias aéreas. (E5)

DISCUSSÃO

Observou-se predominância do sexo feminino como na maioria dos estudos da área de enfermagem.⁷⁻⁸ Maior concentração etária entre 34 e 55 anos, metade da equipe (11) com dois vínculos empregatícios, o que gera preocupação com o envelhecimento da força de trabalho na área da enfermagem neonatal, principalmente quando se relacionam o tipo de atividade desenvolvida, o ambiente estressante, a jornada de trabalho e a quantidade de vínculos empregatícios.⁹⁻⁷ A associação de tais fatores traz implicações para a saúde do trabalhador, a segurança do paciente e a qualidade da assistência prestada, sendo o manejo da dor neonatal um importante indicador de qualidade.⁷⁻⁸

Quanto à qualificação profissional, a equipe de enfermagem apresentou experiência profissional e tempo de formação acima de 10 anos, sendo a grande maioria com graduação e especialização. Importante destacar que a maioria da equipe pesquisada era constituída de técnicos de enfermagem com formação universitária, e alguns com especialização, o que sugere bom conhecimento técnico-científico. A associação entre experiência profissional e formação pode indicar que a equipe de enfermagem possui conhecimento e capacitação para cuidar dos recém-nascidos e lidar com situações adversas, o que contribui para uma assistência de qualidade, aprimoramento profissional e para melhorar a resolutividade dos serviços.⁸⁻¹⁰

Por um longo tempo, a dor do recém-nascido internado nas unidades neonatais não era reconhecida. Avanços na área perinatal permitiram verificar que o neonato tem seu sistema nociceptivo apto a tal sensação desde a 20ª semana de idade gestacional.^{2,11} O manejo da dor do recém-nascido inicia-se a partir do momento que o profissional de saúde reconhece a capacidade deste de sentir.

A totalidade da equipe de enfermagem reconhece a capacidade do neonato sentir dor e, em sua maioria, a identifica por meio de parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, saturação de oxigênio) e comportamentais (choro, atividade motora, mímica facial). Este resultado assemelha-se ao que buscou a prática do manejo da dor por enfermeiros e verificou

que sua identificação se dá, principalmente, por indicadores comportamentais e fisiológicos.^{2,12}

O reconhecimento, prevenção e tratamento da dor do neonato precisa ser assegurado, tendo em vista seus efeitos potenciais a curto e longo prazo, como aumento da pressão intracraniana, estresse, prejuízo do crescimento, alterações motoras, psicoafetivas, cognitivas, de atenção.² Pesquisa internacional a fim de verificar as relações entre a dor causada por procedimentos dolorosos na unidade neonatal e o desenvolvimento inicial do cérebro em pré-terms extremos encontrou, em seus resultados, a ocorrência de redução de substância branca e de matéria cinzenta subcortical. Esses menores volumes estão associados, principalmente, a déficits cognitivos e motores.¹³ Além disso, o adequado manejo é importante indicador da qualidade do cuidado ao recém-nascido, encontra-se preconizado pelas políticas públicas de atenção ao recém-nascido de risco, na qual destaca-se o Método Canguru, modelo de assistência perinatal que abrange a atenção biológica, os cuidados técnicos especializados e a atenção psicoafetiva, aos pais, à criança e à família.¹⁴

Trata-se de um cuidado baseado nas respostas que o recém-nascido apresenta frente a um estímulo, que podem ser de aproximação ou afastamento. Isso exige observação criteriosa e individualizada por parte dos profissionais de saúde. Tal observação é essencial para o manejo da dor, pois a subjetividade relacionada a ela e a impossibilidade de verbalização por parte dos neonatos, ocasiona dificuldades à sua avaliação.¹⁴

No intuito de auxiliar o profissional a decodificar as reações do recém-nascido e mensurá-las para identificar a presença ou não de dor, foram elaborados instrumentos denominados de escalas para sua avaliação. Existem muitas escalas, em nosso meio as mais utilizadas são a Escala de Avaliação da Dor Neonatal (NIPS - Neonatal Infant Pain Scale), o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS - Neonatal Facial Coding System), e o Perfil de dor do pré-termo (PIPP - Premature Infant Pain Profile), esta última traduzida e adaptada para o português utilizado no Brasil.¹⁵⁻¹⁶

Não existe uma escala padrão, cada unidade neonatal deve escolher a que mais se adeque ao perfil dos recém-nascidos, ao processo de trabalho, enfim, às suas necessidades, estabelecendo a sua periodicidade e duração de acordo com cada procedimento, bem como as atribuições de cada membro da equipe na avaliação e no manejo subsequente.¹⁴ Embora a utilização desses instrumentos não seja uma garantia de avaliação efetiva pois depende da

percepção individual de cada profissional, de treinamento, de conhecimento sobre cada neonato, acredita-se que seu uso por meio de escores de avaliação, permita uma avaliação mais adequada e o planejamento de sua conduta.¹⁷

Neste estudo, a maioria da equipe de enfermagem realiza o manejo da dor do neonato de forma assistemática, sem uso de escalas de avaliação da dor. Resultados similares foram encontrados com enfermeiros de seis instituições públicas do Paraná, dentre seus resultados verificou-se que quase 35% dos enfermeiros não utilizavam escala de avaliação da dor em sua rotina de serviço.² Acrescenta-se que, ao analisar a produção científica brasileira sobre avaliação e abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos, verificou-se que 100% dos enfermeiros acreditam que o recém-nascido é capaz de sentir dor, contudo, apenas 7% fazem uso de escalas para avaliação da dor. Estes mesmos autores referem que para abordagem terapêutica da dor em recém-nascidos em cuidados intensivos, recomenda-se a avaliação a cada manipulação que promova desconforto, ou a cada procedimento considerado doloroso, na suspeita de dor e em intervalos de quatro a seis horas.¹⁰

A avaliação da dor deve ser considerada como o quinto sinal vital, e deve ser incorporada a cada verificação dos sinais vitais.¹⁸ Dessa maneira, o neonato será avaliado com frequência, o que permite que intervenções apropriadas para seu controle sejam adotadas quando necessário, pois estratégias de tratamento utilizadas sem uma avaliação sistemática podem resultar em subtratamento.

Quanto a reavaliação da dor após o procedimento doloroso, os profissionais pesquisados referiram realizá-la em caso de continuidade do choro ou agitação. As reações menos características e altamente variáveis do pré-termo não parecem ser consideradas. O choro frente a um estímulo doloroso não está presente em 50% dos prematuros. Podem ocorrer também, aumento dos movimentos corporais ou hipotonia e hipoatividade. Muitas vezes, ocorre total ausência de respostas, sobretudo após períodos prolongados de exposição a ela, o que não significa sua ausência.¹⁴

Apesar do conhecimento sobre a dor do recém-nascido e o avanço no seu tratamento, o uso de analgesia para procedimentos dolorosos ainda é insuficiente e inadequado devido à dificuldade e capacidade de identificar e adotar medidas para alívio da dor pelos profissionais, à prescrição restrita de analgésicos, pela falta de opções de terapêuticas seguras e efetivas, e aos efeitos adversos e a insuficiência de evidências para a utilização de fármacos.¹⁹

Estudo brasileiro com 202 neonatologistas a fim de confrontar o uso de analgesia versus a percepção de neonatologistas quanto ao emprego de analgésicos para procedimentos dolorosos, encontrou entre seus resultados que mais de 50% dos médicos pesquisados consideraram que a dor desencadeada pela punção lombar não seria intensa ou suficiente para merecer analgesia.²⁰ Observa-se que a questão do manejo da dor do recém-nascido perpassa toda a equipe multiprofissional apresentando lacunas entre as evidências científicas e a prática clínica.

Nesta pesquisa observou-se que se prescrito pelos médicos, a equipe de enfermagem utiliza fármacos em procedimentos pontuais como punção venosa, inserção de CCIP, cateterismo, entre outros. O uso de sedação para o estresse e analgesia sem a realização de procedimentos foi relatada por um único profissional. Uma importante barreira a ser vencida na prática do manejo da dor se refere as condutas e intervenções quando da identificação e avaliação da dor do neonato. Estudos apontam que a prevenção e o alívio da dor do neonato ainda é uma prática deficiente, por vezes, não associada ao conhecimento do profissional.^{17,2}

Estudo com o objetivo de identificar a ocorrência de dor em neonato internados e mensurar a utilização de analgesia farmacológica, verificou que apesar da identificação de dor em 36% dos neonatos, apenas 10% recebeu medidas farmacológicas de analgesia.¹⁸ Outro, realizado em uma unidade neonatal de São Paulo, cujo objetivo foi determinar a frequência de dor e verificar as medidas realizadas para seu alívio durante os sete primeiros dias de internação e identificar o tipo e frequência de procedimentos invasivos aos quais os recém-nascidos foram submetidos, encontrou em seus resultados que apenas 32,5% dos registros de dor resultaram na adoção de condutas farmacológicas ou não farmacológicas para seu alívio.²¹

No que se refere ao uso de medidas não farmacológicas, estas, mais utilizadas, e que ficam ao encargo da enfermagem, observou-se que os participantes desta pesquisa as conhecem e utilizam frequentemente. Foram citadas a glicose a 25%, sucção não nutritiva, enrolamento, canto, redução de manuseio, organização e posicionamento do neonato de forma confortável. Embora existam muitas outras medidas não farmacológicas como o controle do ambiente, o contato pele a pele, uso do leite materno, amamentação, entre outros, estes resultados são compatíveis com outros estudos.^{2,21} Por meio das respostas dos profissionais, foi possível verificar que a técnica de administração não é uniformizada, inclusive quanto ao volume a ser administrado, o que coloca em dúvida a sua efetividade no controle da dor.

As soluções adocicadas acalmam os neonatos, reduzem o choro e a resposta à dor.⁴ No entanto, sua técnica para ser considerada eficaz consiste na colocação de até 1 ml de glicose na porção anterior da língua, dois a três minutos antes do procedimento, combinada com a sucção não nutritiva.²² Seu uso não deve ser indiscriminado, quando utilizada no controle alérgico deve ser encarada como medicamento e as respostas neonato ao seu uso devem ser observadas, avaliadas e registradas. A falta de registro ou o registro incompleto do recém-nascido pode comprometer a eficácia das ações de controle da dor, bem como ocasionar intercorrências relacionadas com a administração de fármacos. O registro e as anotações de enfermagem conferem qualidade à assistência prestada ao recém-nascido.¹⁷

Por meio de suas respostas observa-se que a equipe de enfermagem se preocupa em acalmar o neonato, e deixá-lo confortável. No entanto, o manejo da dor implica mais que seu tratamento pontual em procedimentos dolorosos, mas na redução de desconforto e estresse desde o controle do ambiente e do manuseio, até o favorecimento da presença da família. É necessário perceber o recém-nascido como um ser de direito, pleno de potencialidades, com história progressa, com capacidade para interagir com seus pais, cuidadores e com o ambiente que o cerca.

CONCLUSÃO

Apesar das recomendações apontadas pela literatura científica, o estudo mostra uma prática em que o adequado manejo da dor não se encontra sedimentado. Há o reconhecimento da capacidade do neonato de sentir dor, e sua identificação é feita pela observação de parâmetros comportamentais e fisiológicos, porém essa avaliação não é sistematizada, não há uma escala ou escalas de avaliação da dor definidas para uso na rotina do serviço.

Observa-se que a dor é vista de forma pontual em procedimentos dolorosos, não sendo avaliada continuamente, o que implica em seu subtratamento. As medidas não farmacológicas para controle da dor são realizadas sem uniformização técnica, o que pode comprometer sua eficácia.

Tal prática não reflete o conhecimento difundido e encontra-se dissonante do que preconizam as políticas públicas de atenção ao recém-nascido de risco. Recomenda-se implementação de escalas de avaliação da dor, envolvimento da equipe multiprofissional, treinamento e capacitação permanentes, além de uma gestão institucional pautada em indicadores de qualidade, tais como elaboração de rotinas/diretrizes/protocolos para prevenção e controle da dor do neonato, com estabelecimento de metas, estratégias de execução, de



avaliação e prazos pré-definidos, além do delineamento de responsabilidades no processo.

Considerou-se limitação deste estudo o fato de que nem todos os profissionais da equipe de enfermagem aceitaram participar da pesquisa, o que pode não ter evidenciado em sua totalidade a prática do manejo da dor destes profissionais junto ao recém-nascido.

REFERÊNCIAS

1. Valeri BO, Holsti L, Linhares MBM. Neonatal pain and developmental outcomes in children born preterm: a systematic review. *Clin J Pain Ed.* 2015;31(4):355-62.
2. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, et al. Nurses's knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2017 [acesso em 2018 fev 05]. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>.
3. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira DS, Bucchorn SMM. The newborn with pain: nursing team's performance. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 2016 jan 26];17 (3):439-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>.
4. Lago P, Garetti E, Boccuzzo G, Merazzi D, Pirelli A, Pieragostini L, et al. Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy. *J Matern fetal Neonatal Med [Internet]*. 2013 fev [acesso em 2016 ago 10];26(3):303-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23301982>. doi: 10.1111/pan.12107.
5. Santos FM. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. *Rev Eletron Educ [Internet]*. 2012 [acesso em 2018 fev 06];6(1):383-7. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/291/156>.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. 2012 [acesso em 2018 fev 05]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>.
7. Griep RH, Fonseca MJM, Melo ECP, Portela LF, Rotenberg L. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2013 [acesso em 2017 jul 18];66(N Esp):151-7. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700019&script=sci_abstract&tlng=pt.
8. Machado MED, Christoffel MM, Tassinari WS. Socio-demographic profiles and qualifications of neonatal nurses in developmental care: a descriptive study. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2014 [acesso em 2016 abr 15];13(3):292-301. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4718>.
9. Ribeiro RP, Marziale MHP, Martins JT, Galdino MJQ, Ribeiro PHV. Estresse ocupacional entre trabalhadores de saúde de um hospital universitário. *Rev Gaúcha Enferm [Internet]*. 2018 [acesso em 2018 fev 06];39:e65127. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/65127/46585>.



10. Corrêa ACP, Araújo EF, Ribeiro AC, Pedrosa ICF. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 maio 25];14(1):171-80. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/pdf/v14n1a20.pdf>.
11. Guaragni B, Howell A, Rehman FU, Jain A. Management of pain in ventilated neonates: current evidence. *Paediatr Child Health* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 fev 07];24(1):32-7. Disponível em: [http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222\(13\)00198-4/fulltext](http://www.paediatricsandchildhealthjournal.co.uk/article/S1751-7222(13)00198-4/fulltext).
12. Martins SW, Dias FS, Enumo SRF, Paula KMP. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Dor* [Internet]. 2013 [acesso em: 2016 abr 20];14(1):21-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132013000100006.
13. Brummelle S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol* [Internet]. 2012 [acesso em 2017 mar 20];71(3):385-96. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22374882>.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2018 fev 5]. 204 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_recem_nascido_canguru.pdf.
15. Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, Lima LR. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. *Rev Enferm Cent.-Oeste Min* [Internet]. 2012 [acesso em 2016 jun 14];2(1):108-23. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/130>.
16. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF, Tradução e adaptação do premature infant pain profile para a língua portuguesa. *Texto & Contexto Enferm* [Internet]. 2013 jan-mar [acesso em 2018 fev 07];22(1):29-35. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_04.pdf.
17. Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Montanholi LL, Gomes ALM, Scochi CGS. Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 09];21(1):e20170018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170018.pdf>.
18. Nazareth CD, Lavor MF, Sousa TM. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. *Rev Med UFC* [Internet]. 2015 jan-jun [acesso em 2018 fev 08];55(1):33-7. Disponível em: <http://www.revistademedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistademedicinaufc/article/view/24/19>.
19. Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2017 nov 12];18(2):241-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>.
20. Prestes AC, Balda RC, Santos GM, Rugolo LM, Bentlin MR, Magalhães M, et al. Painful procedures and analgesia in the NICU: what has changed in the medical perception and practice in a ten-year period? *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2016 [acesso em 2018 fev



06];92:88-95. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572016000100088.

21. Sposito NPB, Rossato LM, Bueno M, Kimura AF, Costa T, Guedes DMB. Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 fev 5];25:e2931. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/0104-1169-rlae-25-e2931.pdf>.

22. Harrison D, Yamada J, Stevens B. Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. *Curr Pain Headache Rep* [Internet]. 2010 abr [acesso em 2016 ago 4];14(2):113-23. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20425200>.

Data de submissão: 04/11/2017

Data de aceite: 26/03/2018

Autor correspondente: Jéssica Machado Dantas

Email: jessicaenfermagemuff@gmail.com,

Endereço: rua 46, quadra 147, Itaipuaçu, Maricá, Rio de Janeiro, Brasil.

CEP: 24934600