

Atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal^a

Attitudes of healthcare professionals regarding the assessment and treatment of neonatal pain

Actitudes de profesionales de salud frente a la evaluación y el tratamiento del dolor neonatal

Marialda Moreira Christoffel¹
Thaíla Corrêa Castral²
Mariana Firmino Daré³
Líciene Langona Montanholi³
Ana Leticia Monteiro Gomes¹
Carmen Gracinda Silvan Scochi³

1. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
2. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil.
3. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivos: Descrever e analisar as atitudes dos profissionais de saúde em relação à avaliação e ao tratamento da dor em recém-nascido, submetido a procedimentos dolorosos na unidade neonatal. **Métodos:** Estudo descritivo, exploratório, com análise quantitativa, realizado em uma maternidade do Município do Rio de Janeiro. Participaram 42 auxiliares/técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, 20 médicos e dois fisioterapeutas. Os dados foram coletados por um questionário autoaplicável referente ao perfil dos profissionais de saúde e atitudes na avaliação e tratamento da dor. **Resultados:** Verificou-se que profissionais referem avaliar a dor do RN por parâmetros comportamentais, mas não utilizam escalas e não realizam essa avaliação de maneira sistemática. A maioria dos profissionais de enfermagem utilizam medidas não farmacológicas para o alívio da dor, sendo o enrolamento o mais utilizado. **Conclusão:** Há divergência entre o que é considerado prescrito e o administrado, apontando a existência de uma lacuna entre a prática e o conhecimento existente. As atitudes precisam ser mudadas e instrumentalizadas pela melhor evidência disponível.

Palavras-chave: Recém-nascido; Dor; Enfermagem; Pessoal de saúde; Práticas em saúde.

ABSTRACT

Objectives: To describe and analyze the attitudes of health professionals in relation to the evaluation and treatment of pain in newborns undergoing painful procedures in neonatal units. **Methods:** This descriptive, exploratory, quantitative study was performed in a maternity hospital in the state of Rio de Janeiro. Participants were 42 nursing assistants/technicians, 22 nurses, 20 physicians and 02 physical therapists. Data were collected through a self-administered questionnaire covering the profile of the health professionals and their attitudes in the assessment and treatment of pain. **Results:** It was found that the professionals mentioned assessing NB pain through behavioral parameters, however, did not use scales and did not perform this evaluation systematically. The majority of the nursing professionals used non-pharmacological measures for pain relief, with wrapping being the most used. **Conclusion:** There is a difference between what is prescribed and what is performed, indicating the existence of a gap between existing knowledge and the practice. Attitudes need to be changed and actions implemented according to the best available evidence.

Keywords: Newborn; Pain; Nursing; Health Professionals; Health Practices.

RESUMEN

Objetivos: Describir y analizar las actitudes de los profesionales de salud con relación a la evaluación y el tratamiento del dolor en recién nacidos sometidos a procedimientos dolorosos en una unidad neonatal. **Métodos:** Estudio descriptivo, exploratorio, con análisis cuantitativo, realizado en una maternidad en la ciudad de Rio de Janeiro. Participaron 42 auxiliares/técnicos de enfermería, 22 enfermeras, 20 médicos y dos fisioterapeutas. Los datos se recogieron mediante un cuestionario autoaplicable referente al perfil de los profesionales de salud y las actitudes en la evaluación y tratamiento del dolor. **Resultados:** La evaluación del dolor RN se hace por parámetros de comportamiento, pero sin escalas o evaluación sistemática. La mayoría de los profesionales utiliza medidas no farmacológicas para aliviar el dolor. **Conclusión:** Hay diferencia entre lo prescrito y lo administrado, evidenciando una laguna entre la práctica y el conocimiento existente. Las actitudes necesitan ser cambiadas y manipuladas para una mejor evidencia disponible.

Palabras clave: Recién nacido; Dolor; Enfermería; Personal de Salud; Prácticas en salud.

Autor correspondente:

Marialda Moreira Christoffel.
E-mail: marialdanit@gmail.com

Recebido em 28/07/2016.
Aprovado em 21/11/2016.

DOI: 10.5935/1414-8145.20170018

INTRODUÇÃO

Avanços, no entendimento da dor neonatal, têm sido produzidos e divulgados na literatura internacional, desde a década de 1980. Um dos fatores que estimulou esse crescimento foi a evolução dos cuidados na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), que contribuiu com a maior sobrevivência de recém-nascidos (RN), cada vez mais imaturos e gravemente enfermos.¹

Embora a dor seja um fenômeno subjetivo e difícil de ser avaliado em RN, evidências científicas disponíveis na literatura²⁻⁴ subsidiam a avaliação e o tratamento da dor em RN com o objetivo de minimizar seus efeitos deletérios, principalmente em prematuros, tanto em curto como em longo prazo.

Estudos⁵⁻¹¹ têm mostrado que existe uma lacuna na aplicação do conhecimento científico na prática clínica pelos profissionais de saúde, principalmente no manejo da dor neonatal. Embora existam escalas válidas e confiáveis para a avaliação da dor, e estratégias não farmacológicas e farmacológicas efetivas para o tratamento da dor, o subtratamento da dor em RN ainda é um problema em diversos países.²⁻⁴

Várias recomendações^{1-4,12} para avaliação e alívio da dor em RN foram sintetizadas em protocolos de cuidados, diretrizes ou consensos para embasar a aplicação de métodos, cujas evidências de resultados sejam positivas no manejo da dor neonatal. Tais estratégias incluem a avaliação rotineira da dor, redução do número de procedimentos dolorosos, uso efetivo de medidas não farmacológicas e farmacológicas para a prevenção da dor associada à rotina de procedimentos menores e para a eliminação da dor cirúrgica ou de procedimentos considerados maiores.^{1-4,12}

A implantação dessas diretrizes na prática clínica não é uma tarefa fácil, uma vez que envolve diversos fatores organizacionais e individuais. As práticas dos profissionais de saúde, no entanto, devem ser baseadas em evidências e não simplesmente em rotina, tradição ou experiências individuais de profissionais envolvidos na assistência ao RN submetido a inúmeros procedimentos dolorosos e estressantes.

O presente estudo teve como objetivos descrever e analisar as atitudes dos profissionais de saúde em relação à avaliação e ao tratamento da dor do RN, submetido a procedimentos dolorosos na unidade neonatal.

MÉTODOS

Estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa, realizado em uma unidade neonatal de uma maternidade-escola do Município do Rio de Janeiro, constituída de 22 leitos neonatais, sendo nove na UTIN nível I (recém-nascidos necessitando de cuidados intensivos de maior complexidade), sete na UTIN nível II (recém-nascidos necessitando de cuidados intensivos de menor complexidade), seis na Unidade de Recuperação Nutricional\URN (recém-nascidos em recuperação nutricional egressos da UTIN), e quatro leitos no Alojamento Canguru (recém-nascidos egressos da UTIN elegíveis para o cuidado canguru). Os recém-nascidos internados nessas unidades são

expostos com frequência a inúmeros procedimentos estressantes e dolorosos como as punções venosas e de calcâneo.

Este estudo atendeu todas as exigências da Resolução 196/96 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Maternidade Escola, onde se encontra registrado sob o nº 102/2012. O estudo integra um projeto para implantação de um programa de intervenção educacional, baseado em evidências para o manejo adequado da dor em unidades neonatais e fundamentado no referencial da transferência de conhecimento.¹³

A coleta de dados foi realizada no período entre outubro de 2012 a fevereiro de 2013. De um total de 96 profissionais de saúde que atuam na assistência direta ao RN nas unidades neonatais participantes, 86 profissionais foram entrevistados, sendo 42 auxiliares/técnicos de enfermagem, 22 enfermeiros, 20 médicos e dois fisioterapeutas. Foram excluídos dez profissionais de saúde, pois seis estavam de férias e quatro de licença médica.

Os profissionais de saúde foram contatados, individualmente, pela pesquisadora nas unidades neonatais e, ao aceitarem participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, informando os objetivos a pesquisa. Os participantes receberam um questionário autoaplicável acompanhado de um texto com orientações sobre o adequado preenchimento do mesmo, que deveria ser devolvido, devidamente preenchido, após três dias. Os questionários eram colocados em envelopes lacrados e entregues diretamente a pesquisadora. Em raras ocasiões, os envelopes lacrados eram entregues à Chefia de Enfermagem do setor.

O questionário foi desenvolvido com base na literatura nacional e internacional sobre a dor neonatal e validado por pesquisadores e pós-graduandos do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e por enfermeiros do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem da Saúde da Criança e do Adolescente da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN-UFRJ). A partir das sugestões apontadas pelos especialistas foram realizadas modificações, visando a maior clareza do instrumento.

O questionário continha 19 itens com dados de caracterização do profissional de saúde (como por exemplo: sexo, formação acadêmica, vínculo funcional e profissional, qualificação profissional na temática da dor neonatal, regime e condições de trabalho) e 36 itens com afirmações que abordavam as atitudes dos profissionais de saúde na identificação, avaliação e no tratamento da dor neonatal. Para cada um dos itens, o profissional deveria escolher uma resposta considerando as opções da escala de Likert: 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (frequentemente), 4 (geralmente) e 5 (sempre). Neste estudo apresentamos os principais itens da escala de likert.

Antes da aplicação do questionário foi realizado um estudo piloto com dez profissionais de saúde que atuam no alojamento conjunto da maternidade, a fim de verificar possíveis dificuldades na compreensão das questões. Os profissionais de saúde do

alojamento conjunto que participaram do piloto não fizeram parte do estudo. Foram realizadas duas alterações no questionário relacionadas ao uso de siglas e nomes de fármacos para facilitar maior compreensão dos participantes.

Os dados do questionário foram digitados no banco de dados no programa Microsoft Excel® (versão 2010) e submetidos à análise de consistência mediante dupla digitação, com correção de divergências e realizado a análise estatística descritiva e inferencial. Para verificar a relação entre as atitudes dos profissionais de saúde na avaliação e as estratégias para alívio da dor neonatal, foram utilizados os testes de qui-quadrado e exato de Fisher, admitindo-se nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Dos 86 profissionais entrevistados, verificou-se uma predominância do sexo feminino (89,5%). A média de idade dos profissionais de saúde foi de 34,1 ($\pm 7,4$) anos.

Em relação à formação acadêmica dos profissionais de saúde, entre auxiliares/técnicos de enfermagem, três (7,14%) tinham graduação em enfermagem completa, um (2,38%) tinha especialização neonatal e quatro (9,52%) estavam cursando a graduação. A maioria (81,81%) das enfermeiras, todos os médicos e todas as fisioterapeutas tinham pós-graduação *lato sensu* ou estavam cursando pós-graduação *stricto sensu* na área neonatal. A formação de um profissional de saúde mais seguro e consciente nas questões da dor neonatal reflete no desenvolvimento de uma assistência segura e de qualidade.

Quanto ao vínculo funcional com a maternidade, 25 (29,1%) dos profissionais de saúde eram funcionários públicos, ao passo que 54 (62,8%) apresentavam vínculo como cooperativado/contratado. Quanto ao regime de trabalho, a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (92,8%) e das enfermeiras (63,7%) trabalhava em escala de plantão de 24 x 120 horas, sendo possível realizar plantões extras. Em relação aos médicos, 35% tinham jornada semanal de 20 horas e 100% dos fisioterapeutas trabalhavam em jornada semanal de 24 horas.

A maioria dos profissionais de saúde envolveu-se em atividades de capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, sendo que a equipe de enfermagem (73,80% auxiliares/técnicos de enfermagem e 77,27% enfermeiros) teve maior participação nessas atividades, em comparação com os médicos (40% médicos). No entanto, destaca-se que nos últimos dois anos, nenhum dos cursos oferecidos pela maternidade abordou a temática do manejo da dor neonatal, priorizando outras temáticas como aleitamento materno, infecção hospitalar, terapia intravenosa, dentre outros.

Ao avaliarem as condições de trabalho, 33 (78,57%) dos auxiliares/técnicos de enfermagem, 18 (31,82%) enfermeiros, sete (35%) médicos e um (50%) fisioterapeuta disseram estar satisfeitos com a carga horária e estrutura física da unidade. A maioria dos profissionais (76,74%) tinha mais de um vínculo de trabalho, sendo que nove (21,42%) auxiliares/técnicos de enfermagem, oito (36,36%) enfermeiras, dez (50%) médicos e um (50%) fisioterapeuta não atuavam na área neonatal no outro

emprego. Quase a totalidade (98,87%) dos profissionais de saúde exercia apenas a função assistencial e um médico exercia a atividade de docente.

Apesar da maioria dos profissionais de saúde (66,27%) referir ter recebido informação sobre dor neonatal ao longo de sua formação em curso técnico, graduação ou pós-graduação *lato sensu*, as fontes mais citadas por esses profissionais para busca de informação foram a orientação da chefia (16,27%), orientação de outros profissionais de saúde (18,60%) e o uso de livros didáticos (17,44%).

Os dados referentes às atitudes referidas pelos profissionais de saúde em relação à avaliação e tratamento para alívio da dor neonatal encontram-se na Tabela 1.

Verifica-se que grande parte dos profissionais informou que geralmente avaliam a dor por meio da mímica facial, sendo desse quantitativo, 45,24% auxiliares/técnicos de enfermagem, 50% enfermeiros, 55% médicos e 50% dos fisioterapeutas.

Em relação a avaliação da dor por meio da movimentação corporal e agitação, 35,71% auxiliares/técnicos de enfermagem, 59,09% enfermeiros, 55% dos médicos e 50% fisioterapeutas afirmaram que geralmente realizam a prática citada.

Observa-se que 19,05% dos auxiliares e técnicos de enfermagem, 18,18% dos enfermeiros, 45% dos médicos e 100% dos fisioterapeutas afirmaram realizar geralmente a avaliação da dor do RN por meio da mensuração dos sinais vitais.

Em número proporcionalmente maior, enfermeiros (27,27%) e médicos (40%), além de um fisioterapeuta (50%), mencionaram realizar geralmente a avaliação da dor junto com a aferição dos sinais vitais do RN, enquanto a maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (30,95%) e uma fisioterapeuta (50%) afirmaram que raramente realizar essa avaliação junto com a dos sinais vitais. A avaliação da dor é algo subjetivo, e por isso necessita de instrumentos que decodifiquem a linguagem de dor, sendo considerada o quinto sinal vital. É fundamental que o recém-nascido seja avaliado com frequência quanto: sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória), choro, mímica facial e corporal pelos profissionais de saúde por meio de escalas de dor. A identificação, avaliação e tratamento da dor contribuem para uma recuperação mais rápida e melhor qualidade da assistência.

Os profissionais de saúde relataram que geralmente utilizam mais de uma medida não farmacológica para o alívio da dor em RN com uma maior proporção entre enfermeiros (50%) médicos (30%) e fisioterapeutas (50%) do que entre auxiliares/técnicos de enfermagem (26,19%). Quanto a discutir com a equipe de saúde o uso de medidas farmacológicas para prevenção e alívio da dor em RN, houve uma maior proporção entre auxiliares e técnicos de enfermagem (26,19%), enfermeiros (54,55%), e fisioterapeutas (100%) entre os que afirmaram realizar essa prática raramente junto aos médicos.

Observa-se que 28,57% dos auxiliares e técnicos de enfermagem afirmaram realizar raramente o registro no prontuário sobre as intervenções não farmacológicas utilizadas para a prevenção e alívio da dor em RN, assim como se verificou em relação aos enfermeiros (54,55%), médicos (50%) e fisioterapeutas (50%).

Tabela 1. Atitudes dos profissionais de saúde em relação avaliação e tratamento para alívio da dor neonatal. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2013. (n = 86)

Atitudes realizadas alívio da dor neonatal	Nunca			Raramente			Frequentemente			Sempre								
	A/T (%)	EF (%)	MD (%)	A/T (%)	EF (%)	MD (%)	A/T (%)	EF (%)	MD (%)	A/T (%)	EF (%)	MD (%)	FT (%)					
1. Avalio a dor por meio da mímica facial	7,14	4,55	0,00	7,14	9,09	0,00	21,43	18,18	40,00	50,00	45,24	50,00	50,00	19,05	18,18	5,00	0,00	
2. Avalio a dor por meio da movimentação corporal e agitação	11,90	0,00	0,00	14,29	9,09	5,00	23,81	18,18	35,00	50,00	35,71	59,09	55,00	14,29	13,64	5,00	0,00	
3. Avalio a dor por meio da mensuração dos sinais vitais do RN	9,52	0,00	0,00	47,62	27,27	0,00	16,67	31,82	45,00	0,00	19,05	18,18	45,00	100,00	7,14	22,73	9,09	0,00
4. Avalio a dor juntamente com os sinais vitais	11,90	18,18	0,00	30,95	27,27	5,00	28,57	9,09	25,00	0,00	21,43	27,27	40,00	50,00	7,14	18,18	27,27	0,00
5. Utilizo mais de uma medida não farmacológica* para o alívio da dor	11,90	0,00	0,00	21,43	0,00	30,00	23,81	31,82	30,00	0,00	26,19	50,00	30,00	50,00	16,67	18,18	9,09	50,00
6. Discuto com equipe de saúde o uso medidas não farmacológicas para prevenção alívio da dor	23,81	4,55	15,00	26,19	54,55	10,00	21,43	22,73	45,00	0,00	21,43	18,18	25,00	0,00	7,14	0,00	5,00	0,00
7. Registro no prontuário intervenções não farmacológicas para prevenção/alívio da dor	19,05	22,73	30,00	28,57	54,55	50,00	23,81	22,73	20,00	0,00	16,67	0,00	0,00	0,00	11,90	0,00	0,00	0,00
8. Registro no prontuário as intercorrências na administração de medidas não farmacológicas	26,19	40,91	30,00	21,43	40,91	45,00	19,05	9,09	20,00	0,00	14,29	9,09	5,00	0,00	19,05	0,00	0,00	0,00
9. Prescrevo e/ou administro analgésicos** e opioides para aliviar a dor repetida e prolongada do RN	52,38	31,82	5,00	28,57	13,64	20,00	2,38	18,18	25,00	0,00	16,67	22,73	35,00	0,00	0,00	13,64	15,00	0,00

A/T: auxiliares/técnicas (n = 42); ENF: enfermeira (n = 22); MD: Médico (n = 20); FT: Fisioterapeuta (n = 2). Testes de qui-quadrado e exato de Fisher, nível de significância de 5%. * contato pele a pele, sucção não nutritiva, enrolamento, soluções adocicadas; ** glicose/sacarose, paracetamol, dipirona, morfina, fentanil, midazolam etc.

Sobre o registro no prontuário das intercorrências na administração de medidas não farmacológicas, 26,19% dos auxiliares/técnicos de enfermagem, 40,91% de enfermeiros, 30% dos médicos e 50% dos fisioterapeutas afirmam que nunca realizam esse tipo de registro no prontuário.

Os dados referentes às atitudes mencionadas pelos profissionais de saúde quanto às estratégias utilizadas para alívio da dor do recém-nascido foram em relação ao uso de enrolamento, solução adocicada, prescrição ou administração de analgésicos não opioides/opioides e uso de opioides para RN em ventilação mecânica.

Verifica-se que o uso do enrolamento antes do procedimento doloroso foi citado como realizado frequentemente, geralmente ou sempre pela maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem (86,36%), enfermeiros (100%) e fisioterapeutas (100%), ao passo que no caso dos médicos a metade dos profissionais entrevistados referiram raramente realizar essa intervenção.

Quanto ao uso de solução adocicada (sacarose ou glicose oral) para o alívio da dor em RN submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos, houve uma maior proporção entre médicos (100%) e fisioterapeutas (100%) que referiram utilizar a glicose oral frequentemente, geralmente ou sempre, em relação aos auxiliares/técnico de enfermagem (73,80%) e enfermeiros (86,36%). As soluções adocicadas administradas por via oral citadas pelos profissionais foram a glicose a 50% (53,48%), seguida de glicose a 25% (29,06%), sem padronização da dosagem e da frequência de utilização. Ao relatar a administração de glicose por via oral, os profissionais de saúde disseram oferecer apenas "algumas gotas" de glicose por via oral.

Nota-se que, quanto à prescrição ou administração de analgésicos não opioides para alívio da dor em RN, o paracetamol foi citado pela minoria de auxiliares/técnicos (28,57%), enfermeiros (27,27%) e mencionado pela metade dos médicos que o prescrevem. O analgésico não opioide foi o mais citado por 50% dos médicos para o alívio da dor foi a dipirona.

Quanto ao uso de opioides para RN em ventilação mecânica houve uma maior proporção de auxiliares/técnicos de enfermagem (50%), enfermeiros (31,80%) e fisioterapeutas (50%) que citaram nunca administrar os opioides, ao contrário do que se verificou em relação à maioria (60%) dos médicos, que declararam prescrever frequentemente, geralmente ou sempre os opioides aos RN em ventilação mecânica.

Em relação a prescrição ou administração de opioides (fentanil) para aliviar a dor repetida e prolongada do RN, houve uma maior proporção entre auxiliares/técnicos de enfermagem (80,95%) e fisioterapeutas (100%) que disseram nunca ou raramente utilizar esses fármacos, ao passo que 75% dos médicos mencionaram, nessa situação, prescrevê-los frequentemente, geralmente ou sempre. Enfermeiros (59,09%), por sua vez, referiram administrar frequentemente, geralmente ou sempre esses opioides. Ademais, foi citada a solicitação por parte dos enfermeiros para a prescrição de fentanil sempre que prematuros fossem submetidos à inserção do cateter periférico central (PICC).

DISCUSSÃO

O estudo apresenta resultados importantes sobre as atitudes dos profissionais de saúde relacionadas à avaliação e tratamento da dor neonatal, e constata a existência de lacunas de práticas que devem repercutir no manejo inadequado da dor em RN na unidade neonatal.

Apesar da maioria dos profissionais de saúde com nível superior possuírem ou buscarem mais qualificação por meio de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, percebe-se que a educação permanente não tem contribuído para a capacitação desses profissionais, bem como os de nível técnico no manejo da dor, pois se observa uma prática fragmentada e deficiente na assistência ao RN submetido a procedimentos dolorosos. Destaca-se ainda que a atuação do fisioterapeuta na UTIN consista no manuseio da parte motora (estimulações táteis, vestibular, auditiva e visual) e respiratória (drenagem postural, vibração torácica, e exercícios respiratórios) do recém-nascido e essas intervenções contribuem para alívio da dor. A formação do enfermeiro no manejo da dor o coloca em posição para instrumentalizar os profissionais de nível médio para o controle e prevenção da dor.

Tal cenário exige a inclusão do manejo da dor neonatal nos currículos da graduação e pós-graduação dos profissionais de saúde, bem como a atualização constante pela educação permanente para o alcance de uma prática segura, com respeito aos direitos do RN hospitalizado.

Estudos⁵⁻¹¹ apontam que as práticas fragmentadas e deficientes de médicos e enfermeiros voltados para a avaliação e o tratamento da dor em unidades neonatais se devem a lacunas ao longo da formação e dos treinamentos recebidos, apesar das diretrizes internacionais^{3,4} atuais indicarem o uso de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para os RN. Este estudo constatou a ausência de protocolos e diretrizes baseadas em evidências para a avaliação da dor com uso de escalas e do emprego de medidas não farmacológicas e farmacológicas sistematizadas para o alívio da dor do RN.

Apesar da maioria dos auxiliares/técnicos de enfermagem e enfermeiros afirmaram utilizar a mímica facial e os movimentos corporais para avaliar a dor do RN, relataram não avaliar sistematicamente a dor do RN por meio de escalas durante a avaliação dos sinais vitais. Os parâmetros fisiológicos são inespecíficos, porém são complementares aos comportamentais, sendo sempre recomendada a utilização de escalas validadas e confiáveis. Quanto a frequência dessa avaliação, pode-se dizer que não há protocolo que estabeleça uma rotina na unidade, porém existem recomendações²⁻⁴ que a avaliação deve ser realizadas antes, durante e após o procedimento, a fim de monitorar a efetividade de intervenções no alívio da dor.

Estudo de Akuma e Jordan⁷ mostra que a maioria dos enfermeiros e médicos baseia sua avaliação de dor e estresse no comportamento e em reações corporais ou alterações dos sinais vitais do RN, em lugar de utilizarem escalas de dor validadas. A não utilização de escalas para avaliação da dor no RN pode levar ao subtratamento da dor ou uso indiscriminado

de medicação, com riscos evitáveis de reações adversas a esses medicamentos.⁷

É consenso que a avaliação objetiva da dor no RN deve ser feita por meio de escalas que englobam parâmetros fisiológicos e comportamentais, a fim de se obter informações a respeito das respostas individuais à dor. Há diversas escalas validadas que podem ser aplicadas rotineiramente na prática clínica pelos profissionais de saúde em unidades neonatais.^{1-4,12,14}

A adequada avaliação da dor é primordial, uma vez que dela depende a decisão de implementar medidas analgésicas.¹⁻⁴ Nesse sentido, é importante acrescentar que ela requer habilidade e experiência profissional, além de conhecimento específico acerca da escala mais indicada para diferentes idades gestacionais e contextos.^{1-4,14}

A maioria dos profissionais de saúde que participaram neste estudo referiu utilizar geralmente ou sempre intervenções não farmacológicas durante a realização de um procedimento potencialmente doloroso, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde² e por órgãos internacionais.^{3,4}

As intervenções que mais se destacaram neste estudo entre os profissionais de saúde foram: uso de glicose oral, sucção não nutritiva, o enrolamento e o uso da sucção não nutritiva associado a glicose oral. Entretanto, a falta do registro do uso dessas intervenções, mencionada pelos próprios profissionais da unidade, não permite levantar o quanto essas intervenções tem sido de fato utilizadas no alívio da dor neonatal.

Observa-se ainda que quanto ao uso de solução adocicada, a glicose a 50% ou 25%, foi citado pela maioria dos profissionais de saúde para o alívio da dor em RN, no entanto, não foi mencionada uma padronização da dosagem ou frequência dessa intervenção.

O uso da sacarose ou a glicose oral vem sendo mais utilizada em procedimentos que geram dor de intensidade leve a moderada, associado ou não a outras estratégias de alívio da dor. A recomendação para o uso da sacarose oral a 24% é de 0.1 a 1 ml ou de 0.2 a 0.5 ml/kg, dois minutos antes do procedimento. Protocolos baseado em evidências devem ser desenvolvidos e implementados nas unidades.³

No entanto, recomenda-se a administração de 1 ml de glicose 25% ou 2ml de sacarose 24% por via oral, por no máximo dez doses ao dia, na porção anterior da língua, combinados com a sucção não-nutritiva, dois a três minutos antes de pequenos procedimentos dolorosos, como punção de calcâneo ou punção venosa.^{1,2} Quando a glicose ou a sacarose for utilizada como estratégia de alívio da dor deve ser prescrita como medicação e monitorada quanto aos efeitos da sacarose como analgesia.^{3,4} Estudos^{15,16} reportam que as soluções adocicadas causam liberação de opioides endógenos após administração via oral, diminuem o tempo de choro, atenuam a mímica facial de dor e reduzem a resposta fisiológica à dor quando comparadas à água destilada ou à sucção não nutritiva.

A sucção não nutritiva com ou sem solução adocicada parece trabalhar para aumentar as endorfinas endógenas,

embora esse mecanismo ainda não esteja completamente compreendido.⁴ A sucção não nutritiva, geralmente, é utilizada para preservar o bem-estar do recém-nascido, quando há realização de procedimentos invasivos e dolorosos e pode ser utilizada como uma medida terapêutica, possibilitando a autorregulação somática e psicossomática do RN. Tem sido recomendada para diminuição de escores de dor em procedimentos dolorosos de leve a moderado e deve ser consistentemente utilizada.³

Quanto ao uso do enrolamento do RN antes do procedimento, a maioria dos profissionais de saúde do presente estudo referiu utilizar essa intervenção. O enrolamento auxilia a autorregulação do RN durante os procedimentos dolorosos e estressantes, tendo como princípio a manutenção da linha mediana. Intervenções que incluem mudar o bebê de posição, aninhar, enrolar no cueiro, manter a posição flexionada e dar suporte postural com contenção manual facilitam a organização e a autorregulação dos neonatos ao longo da dor aguda.^{1,2,4} No entanto, o enrolamento utilizado de maneira isolada não é efetivo para redução da dor em procedimentos de dor moderada a intensa.

Quanto ao uso de intervenções farmacológicas para o alívio da dor, este estudo mostra que os profissionais de saúde reconhecem na prática os procedimentos potencialmente dolorosos (punções venosas, arterial e calcâneo), porém existe uma lacuna entre a prática e o conhecimento disponível sobre o uso dessas intervenções. De maneira geral, verificou-se que o uso de analgésicos pelos profissionais de saúde para prevenção e alívio da dor em RN na unidade neonatal investigada é insuficiente e inadequada.^{5-7,15}

Nota-se que a maioria dos profissionais de saúde nunca ou raramente prescreveu ou administrou analgésicos não opioides ou opioides em RN submetidos a procedimentos potencialmente dolorosos.

Estudo realizado na Itália com 103 UTIN mostrou que a medicação para a dor era rotineiramente administrada em RN em 34,3% das UTIN para a intubação traqueal, em 46,6% delas para a ventilação mecânica, em 12,9% para aspiração traqueal, em 71,4% para a inserção do dreno de tórax e em 33% para punção lombar.¹⁶ Outros estudos^{5,7,13,16} também apontaram deficiência no uso dos analgésicos e sedativos nas unidades neonatais.

A maioria dos profissionais de saúde nunca ou raramente referiu prescrever/administrar o fentanil ou a morfina para aliviar a dor prolongada em RN submetido a ventilação mecânica. O fentanil era prescrito e administrado por ocasião da inserção do cateter central com inserção periférica (PICC).

Diretrizes nacionais^{2,12} e internacionais^{1,3,4} preconizam que os profissionais de saúde utilizem a analgesia também em outros procedimentos, potencialmente, dolorosos tais como: múltiplas punções venosas e arteriais ou capilares, inserção de cateter, drenagem torácica, intubação traqueal eletiva, entre outros. O uso de analgésicos opioides constitui importante tratamento da dor do RN criticamente doente, sendo os mais utilizados no período neonatal a morfina (via endovenosa intermitente:

0,05-0,2mg/kg/dose a cada 4 horas; infusão contínua: iniciar o esquema analgésico com 5-10µg/kg/hora para neonatos a termo e 2-5µg/kg/hora para RN pretermaturos), o fentanil (via endovenosa intermitente: 0,5-4,0µg/kg/dose a cada 2-4 horas; infusão contínua: 0,5-1,0µg/kg/hora para RN a termo e prematuros) são mais utilizados.^{1-4,12} O tramadol (5mg/kg/dia, dividida em três (8/8 horas) ou quatro (6/6 horas) vezes, por via oral ou endovenosa; é recomendável a retirada gradual do tramadol quando seu uso supera 5 a 7 dias) raramente utilizados como analgésico de primeira escolha e a metadona (dose: 0,05 a 0,1mg/kg via oral) usado no tratamento de abstinência dos opioides.^{1-4,12}

Vale destacar que a diretriz nacional² preconiza que em prematuros com idade inferior a 30 semanas de idade gestacional, o tratamento farmacológico da dor deve ser avaliado criteriosamente. Somente quando o prematuro apresentar duas medidas normais de pressão arterial, duas horas antes do tratamento farmacológico, a administração dos opioides pode ser iniciada. A Diretriz internacional^{3,4} reforça ainda que essas crianças devam ser cuidadosamente monitoradas.

Estudo⁶ realizado na Austrália constatou que a maioria (55%) dos médicos mencionou prescrever analgésicos opioides para RN. Além disso, esses profissionais acreditam que a infusão de morfina deve ser sempre utilizada em RN submetidos a ventilação mecânica.

Destaca-se ainda que, a maioria dos profissionais de saúde nunca ou raramente referiram prescrever ou administrar analgésico não opioide (paracetamol) em procedimentos potencialmente dolorosos, evidenciando que RN ainda são submetidos a procedimentos dolorosos sem analgesia adequada.

Cabe destacar que o paracetamol é o único analgésico não opioide seguro para o uso em RN, embora pouco efetivo em processos dolorosos intensos por ser administrado de preferência por via oral e pelo longo tempo de espera para o início de sua ação, cerca de 1 hora.^{2,12} Destaca-se que a dipirona não é recomendada como analgésico no período neonatal,² apesar de esta ser uma prática médica realizada na unidade neonatal no Brasil.

Merece destaque o fato de nem todos os profissionais de saúde do presente estudo não realizarem ainda o registro de intervenções não farmacológicas (glicose 25%) ou de possíveis intercorrências dessas intervenções no prontuário, constituindo-se esse problema em um dos grandes desafios para a mudança da prática em relação ao manejo efetivo da dor neonatal.

A avaliação da dor do RN deve ser sistemática e registrada sempre que realizada. Para Hall e Anand¹² a dor deve ser avaliada rotineiramente 4 a 6 horas ou se contexto específico clinicamente indicado com métodos de avaliação de dor objetivos. As intervenções adequadas devem ser prescritas e administradas, com posterior reavaliação e documentação da efetividade do tratamento aplicado.^{3,4,17}

Cabe aos profissionais de saúde o registro e a anotação no prontuário para uma assistência de qualidade no controle da dor. Os registros são uma forma de comunicação entre as equipes e entre os turnos, além de ser fonte de informação para auditoria.^{3,4,17}

CONCLUSÃO

O presente estudo mostra que as recomendações disponíveis em revisões sistemáticas, protocolos clínicos e consensos nacionais e internacionais para o alívio da dor neonatal não têm sido traduzidas em uma prática baseada em evidências para evitar o sofrimento desnecessário de RN durante procedimentos dolorosos. Intervenções que incluem a participação mais efetiva de mãe/pai, como o aleitamento materno e o método da posição canguru são ainda ações pouco utilizadas pelos profissionais de saúde para prevenção e alívio da dor em RN. A falta de registro e documentação da dor também constitui barreira importante para o manejo eficaz da dor neonatal, sendo necessária sua adequada mensuração rotineira, como o quinto sinal vital.

As atitudes dos profissionais de saúde não refletem totalmente o conhecimento apreendido. As evidências científicas produzidas nessa temática ainda não está sendo totalmente utilizada efetivamente na prática clínica pelos profissionais de saúde, o que se constitui um grande desafio para a neonatologia, principalmente, quanto a avaliação e uso de medidas não farmacológicas e farmacológicas. A implantação de protocolos para o manejo da dor, o registro em prontuários e a auditoria podem contribuir para a sistematização da assistência ao RN com dor. A educação permanente, bem como os cursos de pós-graduação *stricto sensu* e *lato sensu* necessitam incluir a temática do manejo, avaliação e tratamento da dor neonatal. As práticas assistenciais precisam ser mudadas e instrumentalizadas pela melhor evidência disponível, recomendando-se ações e projetos de intervenção com a participação efetiva da equipe de saúde e a utilização da filosofia institucional, valendo-se de referencial e métodos de transferência de conhecimento, num desafio e num compromisso assumido em continuidade ao presente estudo.

Torna-se necessário capacitar os profissionais de saúde para o uso e a prescrição dos opioides e sedativos em RN submetidos à ventilação mecânica e à inserção de PICC, bem como para lidar com os potenciais eventos adversos decorrente da administração desses fármacos.

Neste estudo, apresentamos como limitação: a não participação dos chefes de serviços das unidades e não ter uma amostra maior com profissionais de saúde. A não apresentação da escala de likert com todos os 36 itens sobre a identificação, avaliação e tratamento da dor. O estudo aponta para a produção de novos estudos que discutam a cultura institucional e o processo de trabalho que objetivem o gerenciamento da dor como quinto sinal vital. Bem como o desenvolvimento e a implantação de protocolos de dor nas unidades, segurança do paciente no uso de medicamentos, aspectos éticos e bioéticos do cuidado ao recém-nascido que sente dor, processo de ensino identificação, avaliação e tratamento da dor nos currículos dos profissionais de saúde, na aquisição de conhecimentos e mudanças de atitudes, sem perder de vista a articulação entre teoria e prática.

Apesar de todas as evidências científicas, consensos nacionais e internacionais ainda se encontram muitas falhas na avaliação e tratamento da dor neonatal.

AGRADECIMENTO

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico\CNPq. Brasília-DF, Brasil. Pelo apoio para a realização da pesquisa através Bolsa Pós-doutorado sênior (Processo no 158257\2011-1)

REFERÊNCIAS

- Harrison D, Yamada J, Stevens B. Strategies for the Prevention and Management of neonatal and Infant pain. *Curr Pain Headache Rep.* [Internet]. 2010 Apr [cited 2016 Aug 4]; 14(2):113-123. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20425200>. doi: 10.1007/s11916-009-0091-0.
- Ministério da Saúde (BR). Atenção a saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
- Hall RW, Anand KJS. Pain management in newborns. *Clin Perinatol.* [Internet]. 2014 Dec [cited 2016 Aug 13]; 41(4):895-924. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254489/>. doi: 10.1016/j.clp.2014.08.010
- AAP. Committee on fetus and newborn and section on anesthesiology and pain medicine. Prevention and management of procedural pain in the neonate: An Update. *Pediatrics.* [Internet]. 2016 Jan [cited 2016 Aug 12]; 137(2):e20154271. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/01/22/peds.2015-4271>
- Polkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A. Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* [Internet]. 2010 Mar [cited 2016 Aug 12]; 24(1):49-55. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070593>. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00683.x
- Schultz M, Loughran-fowlds A, Spence K. Neonatal pain: a comparison of the beliefs and practices of junior physicians and current best evidence. *Journal of Paediatrics and Child Health.* [Internet]. 2010 Jan [cited 2016 Aug 12]; 46(2):23-28. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19943866>. doi: 10.1111/j.1440-1754.2009.01612.x.
- Akuma AO, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and physicians. *Journal of Advanced Nursing.* [Internet]. 2012 Jun [cited 2016 Aug 12]; 68(6):1288-1301. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21988718>
- Silva AP, Balda RCX, Guinsburg R. Identification of pain in neonates by medical students, residents in pediatrics and neonatology. *Rev. dor* [Internet]. 2012 Mar [cited 2016 Aug 13]; 13(1):35-44. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-00132012000100007&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000100007>
- Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 Apr-Jun [cited 2016 Aug 10]; 16(2):361-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23611>
- Stevens B, Riahi S, Cardoso R, Ballantyne M, Yamada J, Beyene J, et al. The influence of context of pain practices in NICU: perceptions of health care professionals. *Qualitative Health Research.* [Internet]. 2011 Jun [cited 2016 Aug 10]; 21(6):757-770. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21357756>. doi: 10.1177/1049732311400628.
- Cong X, Delaney C, Vazquez V. Neonatal nurse's perceptions of pain assessment and management in NICU's: a national survey. *Advances in Neonatal Care.* [Internet]. 2013 Oct [cited 2016 Aug 10]; 13(5):353-360. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24042143>. doi: 10.1097/ANC.0b013e31829d62e8.
- Guinsburg R, Cuenca MC. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo. [Internet]. 2012. Oct. 8 [accessed on Aug 10] Available from: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf
- Straus ES, Tetroe J, Graham I. Knowledge translation in health care: moving from evidence to practice. In: Straust Sharon E, Tetroe Jacqueline, Graham Ian D. Knowledge to action: what it is and what it isn't. Blackwell Publishing. [Internet]. 2009. Jun 9 [accessed on Aug 10] 1-10. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/book/10.1002/9781118413555>. doi: 10.1002/9781118413555
- Bueno M, Costa P, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF. Translation and adaptation of the Premature Infant Pain Profile into Brazilian Portuguese. *Texto Contexto Enferm.* [Internet]. 2013 Jan-Mar [cited 2016 Aug 10]; 22(1):29-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000100004. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072013000100004>
- Durrmeyer X, Vutskits L, Anand KJS, Rimensberger PC. Use of analgesic and sedative drugs in the NICU: integrating clinical trials and laboratory data. *Pediatric Research.* [Internet]. 2010 Feb [cited 2016 Aug 10]; 67(2):117-127. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20091937>. doi: 10.1203/PDR.0b013e3181c8eef3.
- 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 Feb [cited 2016 Aug 10]; 26(3):303-5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23301982>. doi: 10.1111/pan.12107.
- Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes hospitalizados. *Rev. enferm. UERJ.* [Internet]. 2012 Jan-Mar [cited 2016 Aug 10]; 20(1):79-83. Available from: <http://www.facef.uerj.br/v20n1/v20n1a14.pdf>

^a Parte de resultados da pesquisa intitulada: Transferência do conhecimento no uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos. Pós-doutorado Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade do Estado de São Paulo. Ano: 2013.