



Conhecimento e práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor em recém-nascidos

Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns

Conocimiento y prácticas de enfermeros acerca del manejo del dolor en recién nacidos

Taine Costa¹, Lisabelle Mariano Rossato², Mariana Bueno², Izabela Linha Secco³, Natália Pinheiro Braga Sposito⁴, Denise Harrison⁵, Júnia Selma de Freitas⁶

Como citar este artigo:

Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NPB, Harrison D, et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. Rev Esc Enferm USP. 2017;51:e03210. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016034403210>

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação Interunidades, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica, São Paulo, São Paulo, Brasil.

³ Hospital Infantil Waldemar Monastier, Campo Largo, PR, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Hospital Universitário, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ University of Ottawa, Research Institute, Ontario, Canada.

⁶ Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Curitiba, PR, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze nurses' knowledge and practices regarding pain management of newborns admitted to Neonatal Intensive Care Units. **Method:** A descriptive and cross-sectional study. Data were collected from 51 nurses based on an adapted questionnaire aimed at evaluating knowledge and practices regarding the management of neonatal pain in six hospitals in Curitiba and its Metropolitan Region. **Results:** For most nurses (86.0%), neonates feel pain. A total of 34.7% of the nurses reported never using pain assessment scales. Pain management was recorded by 84.3% of the nurses. Administered pharmacological measures were Paracetamol and Fentanyl (47.1%) and Morphine (17.6%); while non-pharmacological measures adopted were sweetened solution (68.6%), non-nutritive sucking (58.8%) and positioning (56.9%). **Conclusion:** Nurses considered neonatal pain a real event; however, they do not perform pain assessment or treatment of newborns in a systematized way. It is necessary to implement knowledge translation strategies in order to improve pain management in newborns.

DESCRIPTORS

Pain; Pain Management; Infant, Newborn; Neonatal Nursing; Intensive Care Units, Neonatal.

Autor correspondente:

Lisabelle Mariano Rossato
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar
419 – Cerqueira César
CEP 05403-000 – São Paulo, SP, Brasil
rossato@usp.br

Recebido: 31/08/2016
Aprovado: 30/12/2016

INTRODUÇÃO

A *International Association for the Study of Pain* (IASP) define dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesões reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva. Cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio de experiências relacionadas a doenças no início da sua vida”⁽¹⁾. Entretanto, esta definição foi contestada devido à incapacidade de os recém-nascidos verbalizarem sua dor, pois a ausência de comunicação verbal não impede que a pessoa sinta dor e necessite de tratamento⁽²⁾.

O recém-nascido sofre inúmeras experiências dolorosas logo nos primeiros dias de vida, como a administração de vitamina K, via intramuscular, e perfuração cutânea para a dosagem de glicose no sangue. Recém-nascidos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) são expostos, constantemente, a procedimentos dolorosos de intensidades variadas, como cirurgias, aspirações de cânula traqueal, punções venosas, entre outros⁽³⁾.

Estudo realizado em oito UTINs e cinco Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIPs) evidenciou que o número de intervenções dolorosas por recém-nascido foi de 364 nos primeiros 14 dias de hospitalização e, em média, de 12 procedimentos dolorosos e 16 procedimentos estressantes por dia. Além disso, cerca de 80% dos recém-nascidos hospitalizados tiveram sua dor subtratada⁽⁴⁾. O uso insuficiente de analgésicos também foi observado em outros estudos realizados em UTINs⁽⁵⁻⁷⁾.

A associação entre as experiências de dor neonatal em recém-nascidos prematuros e as implicações do desenvolvimento destas crianças são resultados de uma revisão sistemática que apontam para um impacto negativo no crescimento pós-natal e no desenvolvimento cerebral; além de efeitos negativos sobre a atenção e o desenvolvimento cognitivo, emocional e motor⁽⁸⁾.

A identificação da dor é de extrema importância para haver um manejo eficaz. O autorrelato é considerado, pelos profissionais de saúde, um dos melhores instrumentos para a avaliação da dor. No entanto, recém-nascidos não verbalizam sua dor. Dessa maneira, é essencial que haja outros métodos conhecidos e utilizados pelos profissionais para avaliar a dor, como o uso de escalas validadas.

Diante dos efeitos deletérios da dor no recém-nascido e das lacunas das práticas de avaliação e do tratamento da dor em recém-nascidos pergunta-se: Qual o conhecimento e as práticas do enfermeiro acerca do manejo da dor do recém-nascido? Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros de Curitiba e região metropolitana, é possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao recém-nascido? Desse modo, o objetivo do estudo foi: verificar o conhecimento e as práticas de enfermeiros acerca do manejo da dor de recém-nascidos admitidos em UTINs.

MÉTODO

Estudo descritivo e transversal realizado em seis hospitais públicos de Curitiba e Região Metropolitana (PR), que possuem Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs).

A amostra estudada constou de 52 enfermeiros que trabalhavam em UTINs. Houve perda de um participante por se recusar a participar. Assim, a amostra final foi constituída por 51 enfermeiros. Foram incluídos na pesquisa enfermeiros que trabalhavam em UTINs das instituições, entre dezembro de 2014 e julho de 2015, período de coleta de dados, e excluídos os que estavam ausentes no período por férias ou licença saúde/maternidade. Dessa forma, os enfermeiros que aceitaram fazer parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (CEP/EEUSP), sob o número 952.238. Dos seis hospitais denominados instituições coparticipantes, um deles aceitou a aprovação do CEP/EEUSP. Duas instituições possuíam o mesmo Comitê de Ética em Pesquisa, tendo aprovado o projeto sob o número 1.069.253; restando três instituições, que aprovaram o projeto sob os números 1.098.877; 1.032.303 e 1.132.335.

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato telefônico ou por correio eletrônico junto às coordenadoras de enfermagem de cada instituição coparticipante para apresentar o projeto de pesquisa e solicitar autorização para coleta de dados.

Para este estudo, foi utilizado um questionário elaborado por Capellini et al.⁽⁹⁾ e somente após a autorização pelos autores a coleta de dados foi realizada. O questionário foi adaptado aos objetivos deste estudo, sendo constituído por três partes, a primeira contendo informações referentes ao perfil dos enfermeiros, tais como: formação, atuação e qualificação profissional; a segunda e a terceira parte, sobre conhecimentos e práticas do manejo da dor neonatal, respectivamente. O questionário foi elaborado mediante a Escala tipo Likert, que quantifica atitudes e comportamentos por meio de estimativa do grau da resposta⁽¹⁰⁾. Foi composto por frases afirmativas, sendo que as respostas utilizadas sobre o conhecimento dos enfermeiros eram as seguintes: discordo, discordo parcialmente, não sei, concordo parcialmente e concordo. Para o questionário que avaliava a prática dos enfermeiros, as respostas foram as seguintes: nunca, raramente, algumas vezes, maioria das vezes e sempre, devendo ser assinalada somente uma resposta a cada afirmativa.

O preenchimento do questionário foi agendado com cada enfermeiro. Além disso, os participantes foram informados que suas respostas não seriam utilizadas para avaliar seu desempenho no trabalho. O questionário garantiu o anonimato e foi preenchido pelos próprios enfermeiros sem consultar outras pessoas, protocolos ou qualquer material didático, com tempo estimado de 30 minutos. O questionário do estudo⁽⁹⁾ foi apreciado e aprovado quanto à capacidade de transmitir o conteúdo de maneira compreensível, por seis profissionais que possuíam *expertise* relacionada ao tema, sendo três enfermeiras com título de doutoras e experiência no estudo da dor neonatal (uma canadense e duas brasileiras) e três enfermeiras brasileiras com experiência em ensino, prática e pesquisa na área neonatal, todas orientadas individualmente para essa atividade.

Os dados foram digitados em uma planilha no programa

Excel 2010, analisados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS-versão 21.0) e submetidos à análise descritiva. Os resultados foram apresentados por meio de frequência absoluta e relativa em gráficos e tabelas. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 51 enfermeiros participantes do estudo, 50 (98%) eram do sexo feminino e apenas um (2%) do sexo masculino. Com relação às idades, houve uma variação de 21 a 52 anos, com média de 30,8 anos (DP=6,45). O tempo de formação dos enfermeiros variou de menos de um ano a 26 anos, com uma média de 6,02 anos (DP=5,86); o tempo de experiência em UTIN variou de menos de um ano a 20,17 anos, com média de 4,39 anos (DP=5,74) e o tempo de experiência na UTIN onde a pesquisa foi realizada variou de menos de um ano a 18,25 anos, com média de 3,78 anos (DP=5,39).

Ao serem questionados sobre a existência de diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor neonatal, 17 (33,3%) enfermeiros responderam que existe; 21 (41,2%) informaram não existir e 13 (25,5%) não souberam responder.

A escala para avaliação da dor de recém-nascidos foi utilizada por 32 (62,7%) enfermeiros e 17 (34,7%) informaram nunca utilizar escala. Em relação ao tipo de escala para avaliação da dor neonatal utilizada pelos enfermeiros, 11 (21,6%) responderam que utilizaram a *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*⁽¹¹⁾; três (5,9%) a *Crying, Requires Oxygen for Saturation above 90%, Increased Vital Signs, Expression, Sleep (CRIES)*⁽¹²⁾ e a *NIPS*⁽¹¹⁾ e um (2%) enfermeiro respondeu utilizar apenas a escala *RIES*⁽¹²⁾. Entretanto, 36 (70,6%) enfermeiros responderam não saber qual o tipo de escala era utilizada no serviço.

Vários foram os intervalos de avaliação da dor em recém-nascidos mencionados pelos enfermeiros, assim, 19 (37,3%) relataram que a avaliação da dor aconteceu com a verificação dos sinais vitais do recém-nascido; cinco (9,8%)

mencionaram que a dor era esporadicamente avaliada; três (5,9%) informaram que o intervalo de avaliação da dor era de 2/2h; dois (3,9%) relataram que o intervalo de avaliação era de 4/4h, dois (3,9%) que, no cuidado pós-operatório, a dor era avaliada de 4/4h; 18 (35,3%) que a dor não era avaliada e dois (3,9%) não responderam esse item. Os profissionais que mais avaliaram a dor e a registraram na evolução de enfermagem foram os enfermeiros, 43 (84,3%), seguidos pelos técnicos de enfermagem, 32 (62,7%), e auxiliares, seis (11,8%). De acordo com 24 (47,1%) enfermeiros, o escore de avaliação da dor neonatal era registrado na evolução de enfermagem; 18 (35,3%) enfermeiros registraram na anotação de enfermagem; oito (15,7%) no balanço hídrico e um (2%) em impresso próprio.

Ao utilizar a escala para avaliação da dor neonatal, as práticas realizadas por 41 (80,4%) enfermeiros foram uso de medidas não farmacológicas; 29 (56,9%) utilizaram medidas farmacológicas; 26 (51%) discutiram com a equipe; 15 (29,4%) registraram no prontuário e nove (17,6%) comunicaram à chefia. Quando a escala de avaliação da dor não foi utilizada na UTIN, as condutas tomadas por 41 (80,4%) enfermeiros foram medicar para alívio da dor; 24 (47,1%) discutir com a equipe; 21 (41,2%) registrar no prontuário e 11 (21,6%) comunicar à chefia.

Para o tratamento da dor de recém-nascidos internados em UTINs, são utilizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Observou-se que 29 (56,9%) enfermeiros utilizaram medidas farmacológicas, entre elas: paracetamol (24, 47,1%), fentanil (24, 47,1%) e morfina (nove, 17,6%). Quarenta e um (80,4%) enfermeiros utilizaram medidas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal, entre elas, as mais citadas foram: glicose oral, 35 (68,6%), sucção não nutritiva, 30 (58,8%) e posicionamento, 29 (56,9%).

Em relação ao questionário de conhecimentos e práticas, os resultados são apresentados a seguir nas Tabelas 1 e 2 e traduzem o que os enfermeiros conheciam e aplicavam na prática assistencial.

Tabela 1 – Conhecimentos dos enfermeiros sobre o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana – Curitiba, PR, Brasil, 2015.

	D		DP		NS		CP		C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. O RNPT sente dor	4	8,0	1	2,0	-	-	2	4,0	43	86,0
2. O RN a termo sente dor	4	8,0	-	-	-	-	5	10,0	41	82,0
3. A dor pode alterar a FC, FR, T, PA, SatO ₂ e PI de um RN	-	-	-	-	-	-	3	5,9	48	94,1
4. A dor pode alterar a mímica facial, movimentos de membros e o choro de um RN	-	-	-	-	-	-	2	3,9	49	96,1
5. Luminosidade e ruídos podem alterar as reações à dor do RN	-	-	1	2,0	1	2,0	5	9,8	44	86,3
6. A dor em RNs não é reconhecida por profissionais	13	26,0	7	14,0	-	-	23	46,0	7	14,0
7. A dor em RNs não é considerada por pesquisadores	21	41,2	12	23,5	1	2,0	17	33,3	-	-
8. O RN reage à dor de forma particular	2	4,0	3	6,0	-	-	11	22,0	34	68,0
9. A dor é considerada como um dos SSVV do RN	-	-	1	2,0	2	3,9	7	13,7	41	80,4
10. A avaliação da dor no RN deve ser sistematizada	-	-	-	-	-	-	5	9,8	46	90,2
11. A avaliação da dor deve fazer parte da PE	-	-	-	-	-	-	1	2,0	50	98,0
12. Os RNs não necessitam de analgésicos devido à imaturidade do sistema nervoso	38	74,5	7	13,7	2	3,9	3	5,9	1	2,0

continua...

...continuação

	D		DP		NS		CP		C	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13. A dor neonatal pode ser avaliada sem o uso de escalas	20	39,2	10	19,6	1	2,0	8	15,7	12	23,5
14. O uso de escalas para avaliação da dor é importante para a prática	-	-	-	-	-	-	7	13,7	44	86,3
15. É importante registrar a dor no prontuário do RN	-	-	-	-	-	-	1	2,0	50	98,0
16. O registro da avaliação da dor é um pré-requisito para seu controle	-	-	-	-	-	-	4	7,8	47	92,2
17. O enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do RN	-	-	2	3,9	-	-	23	45,1	26	51,0
18. O manejo da dor do RN depende da sua avaliação	1	2,0	1	2,0	-	-	14	27,5	35	68,6
19. O registro da avaliação de dor dos RNs resulta em seu alívio	8	15,7	7	13,7	1	2,0	20	39,2	15	29,4
20. Ter conhecimento de MNFs para o alívio da dor auxilia no seu alívio	2	4,0	-	-	-	-	4	8,0	44	88,0
21. A implementação de MNFs para alívio da dor é necessária	-	-	-	-	-	-	4	7,8	47	92,2
22. Os pais podem ajudar no manejo da dor do RN	1	2,0	-	-	-	-	6	11,8	44	86,3
23. Apesar de sentir dor, os RNs podem dormir ou não reagir à dor	11	21,6	2	3,9	3	5,9	20	39,2	15	29,4
24. Os RNS submetidos a repetidos procedimentos dolorosos podem apresentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento	3	6,0	1	2,0	5	10,0	8	16,0	33	66,0
25. O diagnóstico médico/clínico do RN influencia no manejo da dor	2	3,9	3	5,9	1	2,0	11	21,6	34	66,7
26. A decisão conjunta de profissionais é necessária para o manejo da dor em RNs	-	-	1	2,0	-	-	1	2,0	49	96,1
27. Sedativos aliviam a dor em RNs	7	14,0	4	8,0	-	-	16	32,0	23	46,0
28. Analgésicos opioides são adequados para aliviar a dor em RNs	2	3,9	4	7,8	6	11,8	26	51,0	13	25,5
29. Analgésicos opioides são adequados para RN em VM	1	2,0	-	-	9	17,6	17	33,3	24	47,1
30. Analgésicos não opioides são adequados para alívio da dor em RNs	-	-	1	2,0	8	15,7	18	35,3	24	47,1

D= discorda; DP= discorda parcialmente; NS= não sabe; CP= concorda parcialmente; C= concorda; F= frequência; P= Porcentagem; RN= Recém-nascido; RNPT= Recém-nascido pré-termo; FC= Frequência cardíaca; FR= Frequência respiratória; T= Temperatura; PA= Pressão arterial; SatO₂= Saturação de Oxigênio; PI= Pressão intracraniana; SSVV= Sinais vitais; PE= Prescrição de enfermagem; MNF= Medida não farmacológica; VM= Ventilação mecânica. Nota: (N=51)

Tabela 2 – Práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana – Curitiba, PR, Brasil, 2015.

	N		R		AV		MV		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1. Avalio a dor em RNs pelo choro	-	-	-	-	14	29,2	23	47,9	11	22,9
2. Avalio a dor em RNs pela mímica facial	-	-	-	-	12	24,5	17	34,7	20	40,8
3. Avalio a dor em RNs pela movimentação corporal e agitação	-	-	1	2,0	6	12,0	17	34,0	26	52,0
4. Avalio a dor em RNs junto com os SSVV	-	-	1	2,0	11	22,0	7	14,0	31	62,0
5. Utilizo escalas para avaliar a dor em RNs	17	34,7	8	16,3	8	16,3	6	12,2	10	20,4
6. Registro no prontuário os escores de dor dos RNs	7	14,0	4	8,0	9	18,0	11	22,0	19	38,0
7. Comunico e discuto com a equipe sobre os escores de dor dos RNs	3	5,9	4	7,8	5	9,8	14	27,5	25	49,0
8. Utilizo a SNN para aliviar a dor do RN	-	-	-	-	8	15,7	19	37,3	24	47,1
9. Promovo o aleitamento materno para aliviar a dor do RN	9	17,6	10	19,6	20	39,2	5	9,8	7	13,7
10. Promovo o contato pele a pele para aliviar a dor do RN	3	5,9	13	25,5	17	33,3	13	25,5	5	9,8
11. Ofereço sacarose ou glicose oral para aliviar a dor do RN antes de procedimentos dolorosos	1	2,0	2	3,9	6	11,8	20	39,2	22	43,1
12. Ofereço sacarose ou glicose oral e SNN para aliviar a dor do RN em procedimentos dolorosos	2	3,9	3	5,9	8	15,7	18	35,3	20	39,2
13. Posiciono o RN para aliviar a sua dor	-	-	1	2,0	6	11,8	17	33,3	27	52,9
14. Realizo a contenção facilitada do RN durante procedimentos dolorosos	3	5,9	2	3,9	11	21,6	21	41,2	14	27,5
15. Realizo o enrolamento do RN antes de procedimentos dolorosos	2	4,0	5	10,0	11	22,0	18	36,0	14	28,0
16. Utilizo mais de uma MNF para aliviar a dor dos RNs	3	5,9	4	7,8	7	13,7	24	47,1	13	25,5
17. Utilizo MFs e MNFs combinadas para aliviar a dor em RNs	-	-	3	6,0	17	34,0	19	38,0	11	22,0
18. Discuto com a equipe as MNFs utilizadas para prevenção e alívio da dor em RNs	3	5,9	6	11,8	12	23,5	15	29,4	15	29,4
19. Registro as avaliações de dor no prontuário dos RNs	6	11,8	3	5,9	5	9,8	16	31,4	21	41,2
20. Registro no prontuário dos RNs as MNFs para a prevenção e o alívio da dor	6	11,8	5	9,8	9	17,6	9	17,6	22	43,1

continua...

...continuação

	N		R		AV		MV		S	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
21. Registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MNFs utilizadas	6	12,0	8	16,0	5	10,0	9	18,0	22	44,0
22. Informo aos pais/familiares os procedimentos dolorosos a serem realizados	1	2,0	1	2,0	8	15,7	14	27,5	27	52,9
23. Solicito aos pais/familiares a participarem da prevenção e alívio da dor do RN	3	6,0	6	12,0	16	32,0	13	26,0	12	24,0
24. Administro analgésicos opioides, prescritos como SN, para aliviar a dor do RN	1	2,0	8	15,7	12	23,5	20	39,2	10	19,6
25. Administro analgésicos opioides, prescritos como SN, para RNs em VM	1	2,0	7	14,3	20	40,8	12	24,5	9	18,4
26. Administro analgésicos não opioides, prescritos como SN, para alívio da dor em RNs	1	2,0	10	20,0	19	38,0	13	26,0	7	14,0
27. Administro analgésicos não opioides, prescritos como SN, para alívio decorrente de procedimentos dolorosos em RNs	2	3,9	10	19,6	21	41,2	10	19,6	8	15,7
28. Administro sedativos, prescritos como SN, para manejo da dor em RNs	10	19,6	14	27,5	13	25,5	9	17,6	5	9,8
29. Registro no prontuário dos RNs as MFs utilizadas	1	2,0	3	5,9	2	3,9	6	11,8	39	76,5
30. Registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MFs	2	3,9	3	5,9	4	7,8	3	5,9	39	76,5
31. Discuto com a equipe as MFs utilizadas	5	9,8	2	3,9	8	15,7	16	31,4	20	39,2

N= nunca; R= raramente; AV= algumas vezes; MV = maioria das vezes; S= sempre; F= frequência; P= porcentagem; RN= Recém-nascido; SSVV= Sinais vitais; SNN= Sucção não-nutritiva; MNF= Medida não farmacológica; MF= Medida farmacológica; SN= Se necessário; VM= Ventilação mecânica. Nota: (N=51).

DISCUSSÃO

A maioria dos enfermeiros considera que os recém-nascidos prematuros e a termo são capazes de sentir dor. Resultado semelhante foi registrado por pesquisas sobre percepções, conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre o manejo da dor neonatal^(9,13-14). Porém, nesta pesquisa, observam-se profissionais que discordaram a respeito da capacidade do recém-nascido sentir dor. Tal fato pode ser atribuído ao atendimento prestado, pois, muitas vezes, a dor neonatal era tratada de forma ineficaz. Resultados de pesquisa corroboram esses dados, indicando que recém-nascidos com idade gestacional menor que 28 semanas não são capazes de perceber o estímulo doloroso⁽¹⁴⁾.

A dor neonatal é revelada por meio de alterações fisiológicas e comportamentais, já que o recém-nascido a manifesta de forma não verbal⁽¹³⁾. Nota-se, neste estudo, que os enfermeiros utilizaram as alterações fisiológicas e comportamentais para avaliar a dor do recém-nascido e também reconheceram que fatores ambientais são capazes de modificar sua resposta à dor.

Dessa forma, a avaliação da dor em recém-nascidos se dá por meio de instrumentos específicos que permitem ao profissional obter escores de avaliação e planejar seu tratamento. Nesse sentido, os enfermeiros concordaram que o uso de escalas para avaliação da dor neonatal é importante para a prática profissional. Entretanto, as respostas foram discrepantes entre os enfermeiros, revelando que 17 (34,7%) afirmaram nunca utilizar escalas para avaliar a dor do recém-nascido e 32 (62,7%) informaram utilizá-las. Resultado semelhante foi observado em estudo com a equipe de enfermagem, que reconhece a importância em avaliar a dor dos recém-nascidos, porém, não utiliza escalas de avaliação da dor⁽¹⁵⁾. Outro estudo mostra que dos 24 integrantes da equipe multiprofissional, 10 (41,6%) conheciam alguma escala para avaliação da dor neonatal, mas não as utilizavam na prática profissional e 14 (58,4%) afirmaram não ter

conhecimento da existência de escalas. Assim, a avaliação da dor ocorria de forma não sistematizada⁽¹⁶⁾. Quanto aos intervalos de avaliação da dor em recém-nascidos mencionados pelos enfermeiros, houve predominância da avaliação da dor concomitantemente à verificação dos sinais vitais do recém-nascido, e os enfermeiros foram os profissionais que mais avaliaram e registraram a dor na evolução de enfermagem.

A avaliação da dor neonatal é tão importante para a prática profissional quanto seu tratamento. Assim, para o controle da dor em recém-nascidos hospitalizados nas UTINs, são empregadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. O uso dessas medidas para a terapêutica da dor neonatal, bem como a minimização de procedimentos invasivos e estressantes devem estar presentes em protocolos assistenciais em todas as UTINs⁽¹⁷⁾.

As medidas farmacológicas informadas pelos enfermeiros para alívio da dor de recém-nascidos foram: Paracetamol 24 (47,1%), Fentanil 34 (47,1%), Morfina 9 (17,6%). Outras pesquisas também mencionam esses fármacos utilizados no tratamento da dor neonatal^(9,14,18).

Com relação à afirmação de que os recém-nascidos não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso, neste estudo 38 (74,5%) dos enfermeiros discordaram. Contudo, dois (3,9%) profissionais informaram não saber e um (2%) concordou com tal afirmação, demonstrando, portanto, falta de conhecimento sobre a fisiologia do recém-nascido. Trinta e três (66%) profissionais reconheceram que os recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos repetidamente podem experimentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento. Outros autores ressaltam que os recém-nascidos possuem imaturidade do sistema somatossensitivo e, dessa forma, são diferentes dos adultos com relação à percepção da dor. Porém, a exposição a estímulos dolorosos a partir de 16 semanas gera consequências em curto e em longo prazo⁽¹⁹⁾.

Verificou-se também que 16 (32%) enfermeiros concordaram parcialmente e 23 (46%) concordaram com a

afirmação de que os sedativos aliviam a dor em recém-nascidos. No âmbito da prática profissional, somente 10 (19,6%) enfermeiros responderam que nunca administraram sedativos, prescritos como “*se necessário*”, para o manejo da dor em recém-nascidos; nove (17,6%) os administraram na maioria das vezes e cinco (9,8%) sempre os administraram. Tais resultados demonstram falta de conhecimento sobre a ação dos fármacos e sobre o consenso multiprofissional nas realizações das medidas farmacológicas.

Entre as medidas não farmacológicas mais relatadas pelos enfermeiros, a glicose/sacarose oral foi mencionada por 35 (68,6%), dado semelhante obtido por pesquisas que demonstram sua efetividade para procedimentos dolorosos de rotina⁽²⁰⁻²¹⁾. A sucção não nutritiva foi citada por 30 (58,8%) enfermeiros, assim como resultados de outras pesquisas nas quais os enfermeiros a utilizaram como medida analgésica⁽²²⁻²³⁾. O posicionamento foi referido por 29 (56,9%) enfermeiros, corroborando resultados de outros estudos^(18,24). Observou-se que a prática dos enfermeiros deste estudo difere dos conhecimentos apresentados, haja vista que não utilizavam todas as medidas não farmacológicas conhecidas.

Há, portanto, uma gama de medidas farmacológicas e não farmacológicas a serem aplicadas, isoladas ou combinadas, para prevenir e tratar a dor do recém-nascido. Neste estudo, foi verificado que o profissional deixou de associar o conhecimento adquirido à sua prática para que a dor dos recém-nascidos fosse tratada de modo eficaz.

Existem diretrizes (*guidelines*) disponíveis na literatura que orientam as ações dos profissionais na implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas em diversos procedimentos dolorosos, devendo ser utilizadas como guia para a prática profissional^(17,25).

Além da necessidade do controle da dor neonatal, o registro dessas ações é essencial e segundo a Resolução COFEN nº 429, de 15 de fevereiro de 2012, é responsabilidade e dever da equipe de enfermagem anotar no prontuário do paciente as atividades assistenciais realizadas, ligadas ao processo de cuidar e ao gerenciamento do trabalho, garantindo, dessa forma, a qualidade e continuidade da assistência de enfermagem⁽²⁶⁾. Os enfermeiros deste estudo reconheceram a importância do registro de avaliação e tratamento da dor no prontuário do recém-nascido, e tal prática era frequentemente realizada.

Nota-se, nesta pesquisa, que há lacunas no conhecimento dos enfermeiros quanto ao registro de avaliação da dor neonatal e a relação com seu alívio, uma vez que somente o registro do escore da dor neonatal não garante seu tratamento. É necessária a ação do profissional para que o manejo da dor se processe de forma adequada. Outro desconhecimento dos enfermeiros diz respeito à influência do diagnóstico médico no manejo da dor.

Apesar da existência de conhecimento técnico sobre o manejo da dor em recém-nascido, a prática desse cuidado não é uma realidade em todas as UTINs, prejudicando a qualidade da assistência. A transmissão e aplicação de conhecimento não se estabelecem rapidamente. Para isso acontecer, é preciso que o manejo da dor esteja sedimentado no serviço, o qual pode ser alcançado por meio de estratégias educativas⁽²⁷⁾.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que grande parte dos enfermeiros possui conhecimento sobre a importância da utilização e sistematização de escalas para a avaliação da dor neonatal, mas nem sempre as utilizam. Conhece os fármacos disponíveis para o tratamento da dor neonatal, mas desconhece suas ações. Grande parte ressalta, também, que as decisões sobre as condutas para o manejo da dor devem ser realizadas pela equipe multiprofissional. Com relação às práticas utilizadas para o controle da dor, os enfermeiros não realizam todas as intervenções não farmacológicas apontadas por eles mesmos como importantes.

Ainda sobre as práticas utilizadas, os enfermeiros relataram que o choro, a mímica facial, a movimentação corporal e a agitação foram os sinais utilizados para avaliar a dor do recém-nascido.

Os resultados deste estudo evidenciam, ainda, a importância e a necessidade de implementação de estratégias de tradução do conhecimento, com vistas a melhorar o reconhecimento, a avaliação e o controle da dor neonatal. Sugere-se, assim, a condução de estudos futuros, envolvendo profissionais de diferentes especialidades atuantes no cuidado ao recém-nascido hospitalizado. Considerou-se como limitação do estudo o fato de ter sido realizado em seis instituições. Sugere-se a realização de outros estudos com uma amostra ampliada.

RESUMO

Objetivo: Verificar o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre o manejo da dor de recém-nascidos admitidos em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. **Método:** Estudo descritivo e transversal. Os dados foram coletados com 51 enfermeiros, a partir de um questionário adaptado que visa avaliar o conhecimento e as práticas sobre o manejo da dor neonatal, em seis hospitais de Curitiba e Região Metropolitana. **Resultados:** Para a maioria dos enfermeiros (86,0%), os neonatos sentem dor. Um total de 34,7% afirmaram nunca utilizar escalas de avaliação da dor. O registro do manejo da dor foi realizado por 84,3% dos enfermeiros. As medidas farmacológicas realizadas foram Paracetamol e Fentanil (47,1%) e Morfina (17,6%); as não farmacológicas adotadas foram solução adocicada (68,6%), sucção não nutritiva (58,8%) e posicionamento (56,9%). **Conclusão:** Os enfermeiros consideraram a dor neonatal como um evento real, porém não realizavam avaliação ou tratamento da dor no recém-nascido de modo sistematizado. É necessário implementar estratégias de tradução do conhecimento para aprimorar o manejo da dor de recém-nascidos.

DESCRITORES

Dor; Manejo da Dor; Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

RESUMEN

Objetivo: Verificar el conocimiento y las prácticas de los enfermeros sobre el manejo del dolor de recién nacidos admitidos en Unidades de Tratamiento Intensivo Neonatal. **Método:** Estudio descriptivo y transversal. Los datos fueron recolectados con 51 enfermeros, mediante un cuestionario adaptado que tiene el fin de evaluar el conocimiento y las prácticas acerca del manejo del dolor neonatal, en seis hospitales de Curitiba y Región Metropolitana. **Resultados:** Para la mayoría de los enfermeros (86,0%), los neonatos sienten dolor. Un total del 34,7% afirmaron nunca utilizar escalas de evaluación del dolor. El registro del manejo del dolor fue realizado por el 84,3% de los enfermeros. Las medidas farmacológicas realizadas fueron Paracetamol y Fentanilo (47,1%) y Morfina (17,6%); las no farmacológicas adoptadas fueron solución azucarada (68,6%), succión no nutritiva (58,8%) y posicionamiento (56,9%). **Conclusión:** Los enfermeros consideraron el dolor neonatal como un evento real; sin embargo, no realizaban evaluación o tratamiento del dolor en el recién nacido de modo sistemático. Es necesario implantar estrategias de traducción del conocimiento a fin de perfeccionar el manejo del dolor de recién nacidos.

DESCRIPTORES

Dolor; Manejo del Dolor; Recién Nacido; Enfermería Neonatal; Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

REFERÊNCIAS

1. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*. 1979;6(3):249.
2. Anand KJ, Craig KD. New perspectives on definition of pain. *Pain*. 1996;67(1):3-6.
3. Krishnan L. Pain relief in neonates. *J Neonatal Surg* [Internet]. 2013 [cited 2015 Oct 01]; 2(2):19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4420379/>
4. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocqet S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in Intensive Care Units. *JAMA*. 2008;300(1):60-70.
5. Nazareth CD, Lavor MFH, Sousa TMAS. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. *Rev Med UFC* [Internet]. 2015 [citado 2015 dez. 03];55(1):33-7. Disponível em: <http://www.revistamedicina.ufc.br/ojs/index.php/revistamedicin.ufc/article/view/24>
6. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R, Filion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *Clin J Pain*. 2011;27(3):225-32.
7. Kyololo O'BM, Stevens B, Gastaldo D, Gisore P. Procedural pain in neonatal units in Kenya. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014;99(6):F464-7.
8. 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.
9. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre a avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2014 [citado 2015 dez. 05];16(2):361-9. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf
10. Hulley SB, Cummings SR, Newman TB. Delineando estudos transversais e de coorte. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner W, Grady DG, Newman TB. *Delineando a pesquisa clínica*. 4ª ed Porto Alegre: Artmed; 2015.
11. Lawrence J, Alcock D, McGrath PJ, Kay J, Mc Murray SB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. *Neonatal Netw*. 1993;12(6):59-66.
12. Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score—initial testing of validity and reliability. *Paediatr Anaesth*. 1995;5(1):53-61.
13. Cong X, McGrath JM, Delaney C, Chen H, Liang S, Vazquez V et al. Neonatal nurses' perceptions of pain management: survey of the United States and China. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(4):834-44.
14. Akuma A O, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *Adv Nurs J*. 2012;68(6):1288-301.
15. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2015 nov. 20];65(2):269-75. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>
16. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2012 [citado 2015 dez. 10];65(1):27-33. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>
17. American Academy of Pediatrics. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. 2006;118(5):2231-41.
18. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Buchhorn SMM, Pereira FMV, Moreira DS. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery* [Internet]. 2013 [citado 2015 out. 05];17(3):439-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>
19. Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal pain: a systematic multidisciplinary review of the evidence. *JAMA*. 2005;294(8):947-54.
20. Stevens B, Yamada J, Lee GY, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(1):CD001069.
21. Bueno M, Yamada J, Harrison D, Khan S, Ohlsson A, Adams-Webber T, et al. A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Res Manag*. 2013;18(3):153-61.
22. Zukoff MKA, Pacheco STA, Costa VGS. Uso da sucção não nutritiva na unidade de terapia intensiva neonatal: contribuições do enfermeiro. *Rev Enf Prof* [Internet]. 2014 [citado 2015 nov. 20];1(1):117-27. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/enfermagemprofissional/article/view/3535/pdf_1205

23. Liaw J, Yang L, Wang KK, Chen C, Chang Y, Yin T. Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick: a prospective, randomized controlled crossover trial. *Int J Nurs Stud*. 2012;49(3):300-9.
24. Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [citado 2015 nov. 20];11(n.esp.):169-77. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a19v11esp_n4.pdf
25. Lee GY, Yamada J, Kyololo O, Shorkey A, Stevens B. Pediatric clinical practice guidelines for acute procedural pain: a systematic review. *Pediatrics*. 2014;133(3):500-15.
26. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 429, de 15 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem [internet]. Brasília: COFEN; 2012 [citado 2015 out. 05]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html
27. Kavanagh T, Stevens B, Seers K, Sidani, S, Watt-Watson J. Examining Appreciative Inquiry as a knowledge translation intervention in pain management. *Can J Nurs Res*. 2008;40(2):40-56.



Este é um artigo em acesso aberto, distribuído sob os termos da Licença Creative Commons.