

Pain assessment and control by nurses of a neonatal intensive care unit*

Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal

Sandra Willéia Martins¹, Fernanda Silva Dias², Sônia Regina Fiorim Enumo³, Kely Maria Pereira de Paula⁴

* Recebido da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Vitória, ES.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Pain is frequent during hospitalization of premature neonates (PNN) in neonatal intensive care units (NICU) and is caused by routine invasive procedures. This study aimed at identifying and analyzing pain conceptions and management by nurses during nine routine invasive procedures in a NICU of a teaching hospital.

METHOD: This was a descriptive study with nine nurses working from one to nine years in NICUs, who answered an adapted questionnaire with 13 open and closed questions about pain conceptions. Answers went through descriptive and content statistical analysis.

RESULTS: Nurses acknowledged PNNs ability to feel pain and the importance of pain control to minimize children's development risks. Pain was primarily evaluated by behavioral indicators, such as weeping, facial mimics and motor activity. Routine procedures were considered from moderate to extremely painful, such as venous/arterial puncture and chest drainage; however they used to be carried out without adequate relief measures.

CONCLUSION: Although acknowledging that PNNs feel pain and that invasive procedures are painful, nurses considered that pain relief measures were still inadequate. Qualification in pain control is critical for professionals to act as a source of resources to protect future children's development.

Keywords: Neonatal intensive care unit, Neonatal nursing, Nursing care, Pain management, Pain measurement.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A dor é uma presença constante durante a internação de recém-nascido prematuro (RNPT) em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) pela necessidade de realização de procedimentos invasivos de rotina. O objetivo deste estudo foi identificar e analisar as concepções e o manuseio da dor por enfermeiras durante nove procedimentos invasivos de rotina em uma UTIN de um hospital universitário.

MÉTODO: Realizou-se um estudo descritivo com a participação de nove enfermeiras, com um a nove anos de trabalho em UTIN, que responderam um questionário adaptado, contendo 13 questões abertas e fechadas sobre as concepções, avaliação e o manuseio da dor. As respostas passaram por análise estatística descritiva e de conteúdo.

RESULTADOS: As enfermeiras reconheceram a capacidade do RNPT de sentir dor e a importância do controle para amenizar os riscos no desenvolvimento infantil. A dor era avaliada, principalmente pelos indicadores comportamentais, como choro, mímica facial e atividade motora. Os procedimentos de rotina foram considerados como moderados a extremamente dolorosos, como a punção venosa/arterial e a drenagem torácica, mas, costumavam ser realizados sem medidas de alívio adequadas.

CONCLUSÃO: Apesar do reconhecimento de que o RNPT sente dor e que os procedimentos invasivos são dolorosos, as enfermeiras consideraram que as medidas de alívio de dor ainda não eram realizadas de maneira adequada. A capacitação na área de controle da dor é fundamental para que o profissional possa atuar como uma fonte de recursos protetores ao desenvolvimento infantil posterior.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Enfermagem neonatal, Manuseio da dor, Medição da dor, Unidade de terapia intensiva neonatal.

INTRODUÇÃO

A sobrevivência e internação no período neonatal, principalmente para o recém-nascido prematuro (RNPT), implicam em passar por, em média, 16 procedimentos potencialmente dolorosos por dia¹, realizados no período de internação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Este quadro permanece, mesmo com a atual sofisticação dos recursos terapêuticos. Apesar dessa alta frequência de procedimentos dolorosos, a analgesia não é uma medida rotineira no tratamento do recém-nascido (RN), sendo inclusive ignorada ou mesmo negada². Parte desta situação deve-

1. Neonatologista do Hospital Universitário "Cassiano Antonio de Moraes", Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

2. Psicóloga, pela Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

3. Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, SP, Brasil. Professora colaboradora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.

4. Professora Doutora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, ES, Brasil.

Apresentado em 15 de outubro de 2012.

Aceito para publicação em 31 de janeiro de 2013.

Fontes de fomento: CNPq/MCT (auxílio à pesquisa Proc. n.4184/2009-8, bolsa em produtividade em pesquisa nível 1B para a terceira autora; bolsa de iniciação científica para segunda autora).

Endereço para correspondência:

Dra. Sandra Willéia Martins
Avenida Hugo Viola, 685/303 - Jardim da Penha
29060-420 Vitória, ES.

E-mail: sandrawmartins@uol.com.br

se ao fato da dor do RN ser vista como inevitável no tratamento neonatal³. Além disso, durante muito tempo, a dor no RN não foi motivo de preocupação de clínicos e pesquisadores, pois existia a crença de que a imaturidade do sistema nervoso central o protegeria. Somente no começo da década de 1960, observou-se que a mielinização incompleta do sistema nervoso não impedia a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Percebeu-se, então, que os elementos funcionais e neuroquímicos do sistema nervoso necessários para a transmissão do impulso doloroso ao córtex cerebral estavam presentes nos RN a termo e nos prematuros⁴.

A dificuldade na adoção de medidas de controle da dor está na falta de compreensão da comunicação não verbal do RN e pelo fato de a dor ser um fenômeno subjetivo. Essas condições tornam a avaliação da dor no RN uma tarefa desafiante para os profissionais de saúde. Para qualificar e quantificar a dor nesse período, geralmente, utilizam-se instrumentos ou indicadores que levam em consideração as alterações comportamentais, como o choro, a mímica facial e os movimentos corporais, e as mudanças fisiológicas do RN, na frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e níveis hormonais. Atualmente, com a utilização de escalas validadas, como, por exemplo, a *Neonatal Facial Action Coding System* (NFCS) e a *Ecchelle Douleur Inconfort Nouveau-né* (EDIN)⁵ procura-se obter o máximo de informações sobre as respostas individuais do RNPT à dor e de suas interações com o ambiente.

O uso dessas escalas faz parte do gerenciamento conjunto da dor relacionada aos procedimentos invasivos, sendo um importante indicador de qualidade do cuidado proporcionado ao RN. A avaliação criteriosa da dor é, portanto, uma das responsabilidades dos profissionais de enfermagem que cuidam de RN internados⁶. Estes devem realizar o controle efetivo da dor e sua prevenção, não somente pela questão ética, mas, principalmente, pelas consequências que repetidas exposições dolorosas podem ter no desenvolvimento infantil, no médio e longo prazo^{7,8}. Nesse contexto, devido ao contato frequente com os bebês, a equipe de enfermagem tem um papel importante no reconhecimento e tratamento da dor, de forma a atuar como uma fonte de recursos protetores ao desenvolvimento do RN⁹.

Contudo, apesar dos avanços no conhecimento da fisiologia da dor, do desenvolvimento de instrumentos para avaliação no lactente pré-verbal e da existência de medidas terapêuticas para o alívio da dor neonatal, ainda há um lapso entre o conhecimento e a prática, de forma que a dor não é tratada adequadamente^{10,11}. Assim, o conhecimento pode não ser o único fator a garantir o controle da dor, como também demonstrou um estudo brasileiro¹² com enfermeiras. Barreiras para esse cuidado podem incluir conhecimento insuficiente sobre fatores de evidência, individual ou organizacional, que comprometem a capacidade do enfermeiro de usar seu conhecimento^{13,14}. Para entender as dificuldades desses profissionais, devem ser identificados os fatores que interferem na capacidade de decodificação da dor do neonato e compreender as interações complexas entre a dor do RN e a interpretação pelo profissional de saúde, a qual vai interferir na decisão terapêutica¹⁵.

No estudo dessas interações, é relevante conhecer as variáveis relacionadas às crenças e comportamentos sobre o controle da dor durante os procedimentos invasivos de rotina na UTIN, condição ainda pouco estudada, apesar de todo o conhecimento científico

existente a respeito da dor. Considerando a necessidade de identificar as crenças relacionadas à dor do RN, este estudo teve como objetivo aprender a concepção de dor, sua avaliação e manuseio por enfermeiras em nove procedimentos invasivos de rotina realizados no período de internação na UTIN.

MÉTODO

Estudo com amostra de conveniência formada por enfermeiras que trabalhavam na UTIN do hospital universitário, localizado na Região Metropolitana de Vitória/ES. Participaram todas as nove enfermeiras desse setor, com idade entre 27 e 40 anos (DP = 33,3 ± 2,5), e tempo de atuação na área neonatal e de serviço entre 1 e 9 anos (DP = 8 ± 2,8). O critério de inclusão consistiu em ser enfermeira para atuação na UTIN, e não estar afastada por licença de qualquer natureza no período estabelecido para a coleta de dados. As enfermeiras preencheram um questionário adaptado¹¹ sobre a dor para profissionais de enfermagem, contendo 13 questões abertas e fechadas sobre concepções de dor e seu manuseio durante a realização dos seguintes procedimentos invasivos: punção venosa ou arterial, intubação traqueal, drenagem torácica, sondagem gástrica, aspiração traqueal, punção lombar, punção de calcanhar, cateterismo umbilical e injeção por via muscular. O questionário foi organizado em 3 partes: I – Dados sociodemográficos, como idade, tempo de trabalho na UTIN; II – Dados da avaliação da dor, em que o entrevistado deve classificar os nove procedimentos em uma escala de zero a quatro correspondendo a “não doloroso” a “extremamente doloroso”; e III – Dados do manuseio de dor na realização dos procedimentos, classificados em uma escala de zero a quatro equivalentes a “nunca” e “sempre realizado”. A coleta de dados foi realizada entre setembro e novembro de 2010. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Os questionários foram preenchidos na presença de uma das pesquisadoras. As respostas das questões abertas foram gravadas e transcritas para posterior análise de conteúdo. A categorização das respostas abertas foi realizada por conteúdo objetivo, após consenso entre as autoras, inicialmente, por temas, como: concepções sobre dor neonatal, avaliação, tratamento e manuseio da dor e desenvolvimento infantil. Posteriormente, foram criadas subcategorias de acordo com as respostas dos participantes. Os dados quantitativos foram tratados por análise estatística descritiva, com distribuição de frequências (números absolutos).

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFES (Processo nº 099/2010).

RESULTADOS

Concepção de dor no recém-nascido prematuro

Todas as enfermeiras relataram que o RNPT é capaz de sentir dor, com base nas justificativas:

(a) Quatro enfermeiras deram respostas descritivas de como percebem a dor neonatal, com as características dolorosas percebidas na face quando o RN está com dor, tais como: choro, irritação,

agitação e olhar triste visualizados pela face de dor, por códigos e mímicas. Exemplo de relato: “Seja no choro, seja na irritação, nos movimentos, na expressão é uma das formas de identificar que elas sentem dor, sim” (E5).

(b) Três enfermeiras se justificaram com base em *respostas explicativas da fisiologia da dor e desenvolvimento do sistema nervoso central*, com verbalizações envolvendo o conhecimento científico dos profissionais de saúde em relação à fisiologia e ao sistema nervoso central ainda em formação, como se vê no exemplo de relato a seguir: “Os recém-nascidos, por serem prematuros, estão ainda com o sistema nervoso central em desenvolvimento. Então, qualquer estímulo externo que faça para essa criança prematura vai ativar o sistema nervoso central dela através da medula espinhal, levando ao cérebro, e ela [a criança prematura] vai sentir mais dor, vai ser mais sensível à dor do que um adulto” (E9).

(c) Uma enfermeira justificou sua resposta relacionando a dor do neonato ao quadro clínico e aos procedimentos dolorosos que o colocam em situação vulnerável, como no exemplo a seguir: “[...] dependendo da patologia que já causa mesmo dor e os procedimentos que são feitos com eles durante a internação [...]” (E2).

Importância do tratamento da dor do recém-nascido prematuro

Todas as nove enfermeiras consideraram importante tratar a dor, justificando-se segundo as seguintes categorias:

(a) Minimizar consequências negativas gerais da dor (5 relatos) – a fim de melhorar o quadro clínico, auxiliando na recuperação, no tratamento e no prognóstico geral do caso, como neste exemplo a seguir: “[...] qualquer procedimento, eles [os prematuros] ficam instáveis e isso pode até prejudicar até o prognóstico, causar certa instabilidade hemodinâmica e prejudicar no tratamento, no prognóstico” (E3).

(b) Condições de vulnerabilidade do prematuro (3 relatos) - justificaram o tratamento da dor neonatal pela própria condição de prematuridade, de se estar internado e pela exposição a procedimentos dolorosos, como neste exemplo de relato: “Por eles serem prematuros, tudo deles, assim... é... até... eles... a pele deles é mais sensível, que fica tudo mais exposto, então acho que... o limiar, sim, deles de dor também, acho que é mais curto” (E6).

(c) Questões humanitárias para tratamento da dor (2 relatos) - revelaram um ponto de vista ético e humanitário do tratamento da dor relacionado ao cuidado, no qual cuidar do outro é uma responsabilidade ética do ser humano. Segue um exemplo de relato: “É... um ser humano, né? Independente da idade que ele nasceu, de se é a termo ou não. Ele sente dor como qualquer um e sentir dor (riso), para ninguém é bom” (E2).

4) Minimizar consequências negativas específicas da dor (1 relato) - abordou o prejuízo que pode ocorrer no desenvolvimento do sistema nervoso se não houver um tratamento da dor, como se vê neste relato: “Sim... porque a dor interfere nos sinais vitais [...] e também pelo desenvolvimento neurológico está terminando, né? Como não foi intraútero, esse ambiente incerto, com muitos estímulos, pode atrapalhar esse desenvolvimento” (E4).

Interferência da dor no desenvolvimento posterior do recém-nascido prematuro

Oito enfermeiras reconheceram a influência dos procedimentos dolorosos no desenvolvimento infantil e apenas uma afirmou não existir consequências para a dor neonatal. Foram assim classificadas as influências proximais e distais dos procedimentos dolorosos neonatais no desenvolvimento infantil:

(a) Consequências específicas da dor em curto e médio prazo (5 relatos) – nesta categoria foram incluídos relatos sobre o aparecimento de doenças, distúrbios comportamentais e alteração na sensibilidade à dor dos neonatos quando expostos aos procedimentos dolorosos, como por exemplo: “[...] a (sic) longo prazo, ter o desenvolvimento prejudicado pelo superestímulo, liberação de cortisol, é... tendo até hiperatividade, déficit de atenção, e [...] além de distúrbio de comportamento” (E4).

(b) Consequências gerais da dor (3 relatos) - descreveram influências nos resultados do tratamento e na recuperação, situação comum a todos ao passarem por experiências dolorosas, como neste exemplo: “[...] nesse procedimento, você pode ser poupado do incômodo da dor, eu acho que você responde com certeza muito melhor, os resultados são melhores do que você se submeter a um tratamento que você vai sentir dor todos os dias” (E1).

(c) Não há consequências da dor no desenvolvimento infantil (1 relato) – neste caso a enfermeira considerou que os procedimentos dolorosos não interferem: “Eu acho que não. Eu acho que não atrapalha. [...] [que] não deva interferir, não. Acredito que não” (E6).

Avaliação da dor do recém-nascido prematuro

A dor neonatal foi reconhecida pelos indicadores comportamentais: (a) choro (9 enfermeiras); (b) atividade motora (8), que incluiu a “agitação” e a “quietude”; e (c) mímica facial (5), como olhos espremidos, boca estirada, boca aberta, fronte saliente, o sulco nasolabial aprofundado. Os indicadores fisiológicos da dor, como frequência cardíaca e saturação de oxigênio, foram citados por 2 enfermeiras. Apenas uma enfermeira conhecia a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), sendo que 4 desconheciam qualquer tipo de escala de dor neonatal; 2 conheciam escala de dor para adulto.

Diferenças da dor do recém-nascido e do adulto

Considerando os procedimentos invasivos citados, a maioria das enfermeiras (8) avaliou que os RN sentem mais dor que o adulto, inclusive o RNPT (3). Apenas uma considerou que o RNPT sente menos dor que o adulto.

Intensidade de dor nos procedimentos invasivos

As enfermeiras classificaram a dor neonatal como “muito forte” ou “extrema” em 4 dos nove procedimentos: punção venosa ou arterial (8 enfermeiras), drenagem torácica (8), punção lombar (6), punção de calcanhar (5) e injeção por via muscular (5). Contudo, aspiração traqueal (7), sondagem gástrica (7) e intubação traqueal (5) foram consideradas como de “intensidade moderada” ou “pouco dolorosa”. Foram considerados “não dolorosos” o

cateterismo umbilical (5) e a sondagem gástrica (1) (Tabela 1).

Tabela 1 – Intensidade de dor em procedimentos invasivos, segundo enfermeiras de UTIN (n = 9).

Procedimentos/Intensidade da dor	Indolor	Pouca	Moderada	Muita	Extrema
Punção venosa ou arterial	0	0	1	3	5
Drenagem torácica	0	0	1	4	4
Punção lombar	0	1	2	2	4
Punção de calcanhar	0	0	4	2	3
Injeção por via muscular	0	2	2	3	2
Intubação traqueal	0	3	2	2	2
Aspiração traqueal	0	3	4	1	1
Sondagem gástrica	1	4	3	1	0
Cateterismo umbilical	5	2	2	0	0

Tabela 2 – Uso de analgesia ou anestesia realizada em procedimentos invasivos, segundo enfermeiras de UTIN (n = 9).

Procedimentos/Frequência de uso de medidas de dor	Nunca	Raramente	Frequentemente	Geralmente	Sempre
Drenagem torácica	0	3	3	1	2
Punção venosa ou arterial	4	1	3	0	1
Punção de calcanhar	4	4	0	0	1
Injeção por via muscular	6	3	0	0	0
Intubação traqueal	4	2	1	1	1
Punção lombar	5	2	0	1	1
Cateterismo umbilical	4	2	0	2	1
Aspiração traqueal	7	2	0	0	0
Sondagem gástrica	7	2	0	0	0

Tratamento da dor em procedimentos invasivos

Cinco enfermeiras responderam que o RN recebia algum tipo de analgesia durante a realização de um procedimento doloroso na UTIN; mas 4 consideraram que isto ocorria somente às vezes.

Prática diária de manuseio da dor em procedimentos invasivos

As medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor eram pouco utilizadas pela amostra, mesmo nos procedimentos considerados dolorosos. Raramente era feito o manuseio da dor para os 9 procedimentos, segundo uma das enfermeiras pelo menos, com destaque para punção de calcanhar (4), drenagem torácica (3) e injeção por via muscular (3). A aspiração traqueal e a sondagem gástrica eram os procedimentos realizados sem nenhuma medida de alívio de dor, segundo 7 enfermeiras; seguidos

pela injeção por via muscular (6) e a punção lombar (5). De outro lado, a drenagem torácica era o procedimento realizado mais usualmente com alguma medida de alívio da dor (6) (Tabela 2).

Prática esperada de manuseio de alívio de dor em procedimentos invasivos

As enfermeiras consideravam que as medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor em procedimentos invasivos deveriam ser utilizadas mais frequentemente. A drenagem torácica, a punção venosa ou arterial e a punção lombar foram os procedimentos com maior indicação (7), seguidos de punção de calcanhar (6) e injeção por via muscular (5). Entretanto, a sondagem gástrica foi indicada por apenas uma enfermeira como devendo ser acompanhada “sempre” de analgesia (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência esperada de uso de analgesia ou anestesia em procedimentos invasivos, segundo enfermeiras de UTIN (n = 9).

Procedimentos/Frequência de uso de medidas de alívio de dor	Nunca	Raramente	Frequentemente	Geralmente	Sempre
Drenagem torácica	0	0	2	0	7
Punção venosa ou arterial	1	0	1	0	7
Punção lombar	1	0	1	0	7
Injeção por via muscular	1	2	1	0	5
Punção de calcanhar	1	0	2	1	5
Intubação traqueal	1	0	2	3	3
Cateterismo umbilical	0	1	2	3	3
Aspiração traqueal	2	2	3	0	2
Sondagem gástrica	1	2	4	1	1

DISCUSSÃO

Os resultados confirmam dados da literatura internacional sobre identificação, avaliação e manejo de dor neonatal¹⁻³. Este estudo permitiu identificar e analisar condições que podem favorecer as práticas profissionais no controle da dor do RNPT, levando a proposições de atuação.

As enfermeiras reconhecem que o RNPT sente dor e com intensidade maior do que o adulto. Essa noção de dor é avaliada a partir do comportamento do RNPT, principalmente, pelo choro, pistas da mímica facial e da atividade motora. Embora, os indicadores fisiológicos da dor foram pouco citados pelas entrevistadas.

O problema está no fato de que, apesar da dor ser parcialmente identificada pelas enfermeiras, ainda assim não se pode ter garantia de seu adequado controle, como confirmado em outro estudo¹³.

O alívio da dor na infância necessita de uma mudança complexa e desafiadora de comportamento dos profissionais de saúde envolvidos diretamente com o cuidado infantil. Assim, ter noção de que o neonato sente dor e saber identificá-la são aspectos necessários a uma abordagem conjunta utilizando indicadores comportamentais e fisiológicos para uma melhor avaliação da dor e o subsequente uso de medidas de alívio eficazes.

Nesse sentido, os resultados deste estudo contribuem na direção de uma discussão de avaliação e de terapêutica eficiente na dor em UTIN, sugerindo a junção dos aspectos subjetivos da dor, já identificados pelas entrevistadas, com os aspectos objetivos, como os indicadores fisiológicos, ainda não reconhecidos pelas participantes da amostra. A ênfase na identificação desses indicadores tornaria possível para esses profissionais uma avaliação mais adequada da ocorrência de dor, mesmo na ausência da adoção de escalas de dor para RNPT, desconhecidas pela maioria das entrevistadas.

Entretanto, para o manuseio adequado da dor, além de sua identificação, é necessário conhecer as consequências no desenvolvimento posterior da criança. Para melhorar esse conhecimento, intervenções educativas podem ser pautadas em resultados de estudos experimentais com animais⁴ que demonstram a influência que o estímulo doloroso persistente e repetitivo desencadeia levando a alterações na citoarquitetura cerebral do RNPT. Neste ponto, somente para algumas enfermeiras da amostra, esta relação está clara, tendo elas destacado a importância de se tratar a dor na UTIN para minimizar as consequências negativas precoces e a diminuição dos efeitos adversos, como distúrbios comportamentais e alteração na sensibilidade à dor. As participantes consideram que é possível melhorar o quadro clínico, auxiliar na recuperação, tratamento e prognóstico do RNPT.

Contudo, paradoxalmente, mesmo predominando a concepção de que o RNPT sente dor e ressaltando a importância de seu tratamento, nem todos os nove procedimentos invasivos foram avaliados pelas enfermeiras como sendo dolorosos. Nesse ponto, as respostas diferem dos dados de outra pesquisa¹¹, na qual todos os procedimentos foram considerados de moderada a extrema intensidade dolorosa. Neste estudo, o cateterismo umbilical e a sondagem gástrica foram considerados indolores, enquanto que a punção venosa ou arterial, a drenagem torácica, a punção lombar e a punção do calcanhar foram consideradas como “extremamente”

dolorosos. No geral, pode-se considerar que essas enfermeiras que lidam diariamente no cuidado do RNPT avaliaram que os neonatos são rotineiramente submetidos a procedimentos dolorosos.

É interessante destacar que, apesar de admitirem que alguns procedimentos sejam muito dolorosos, as enfermeiras relataram que, na prática profissional diária, tais procedimentos têm sido realizados sem qualquer tipo de medidas de alívio de dor. A drenagem torácica foi o procedimento mais indicado para o uso de medidas de alívio da dor, provavelmente devido ao fato de ser feita conforme protocolo médico, realizado pelo cirurgião-pediátrico. A aspiração traqueal e a sondagem gástrica, por sua vez, foram citadas como nunca tendo o uso de medidas de alívio da dor na UTIN estudada. Esses resultados são semelhantes aos obtidos em outros estudos^{11,12} que concluíram ser a maioria dos procedimentos invasivos realizada sem medidas adequadas de alívio da dor. Em estudo canadense¹³, por exemplo, o conhecimento sobre a questão da dor em procedimentos invasivos é amplo e universal, contudo, ainda é necessário diálogo entre profissionais de saúde e pesquisadores, com o objetivo de discutir a mudança de comportamento e de prática profissional diante da dor na infância.

Observa-se, assim, uma inconsistência entre as concepções e a ação desses profissionais de saúde em relação à dor neonatal – esta existe, e é identificada por indicadores comportamentais do RN, mesmo sem conhecimento de escalas de dor neonatal; os procedimentos invasivos, em sua grande maioria, são avaliados como muito dolorosos e devem ser acompanhados de medidas de alívio de dor, especialmente a drenagem torácica, a punção venosa ou arterial e a punção lombar, com exceção da sondagem gástrica – todavia, o controle da dor não é feito rotineiramente.

O manuseio da dor na UTIN poderia ser incrementado de forma a se adequar aos padrões propostos pela Academia Americana de Pediatria (AAP)⁷. Nesse sentido, justifica-se a capacitação desses profissionais e a realização de estudos sobre a adesão ao tratamento da dor. Uma estratégia, nessa direção, incluiria a discussão com toda a equipe de profissionais, não só com a Enfermagem, sobre as variáveis que facilitam e dificultam a efetiva adoção de medidas adequadas no alívio da dor durante a realização de procedimentos invasivos em RNPT na UTIN, procurando identificar os fatores socioculturais e organizacionais desse processo¹⁵.

A coexistência da análise desses fatores com a adoção de protocolo de manuseio da dor parece ser mais adequada, como demonstra o caso da drenagem torácica. Este procedimento invasivo é rotineiramente realizado por um médico, o que garante a adoção de medidas de controle de dor. Assim, o tipo de formação profissional e a existência de um protocolo parecem ser variáveis que controlam o manuseio da dor no contexto da UTIN.

CONCLUSÃO

Os resultados mostraram que, apesar do reconhecimento de que o RNPT sente dor e que os procedimentos invasivos são dolorosos, as enfermeiras desta UTIN consideraram que as medidas de alívio de dor eram realizadas de maneira inadequada.

Recomenda-se que, para melhor adequação do manuseio da dor na UTIN, é importante a capacitação dos profissionais deste ser-

viço, incluindo uma discussão ampla e contínua com toda equipe sobre a importância da adoção de medidas adequadas durante a realização de procedimentos invasivos, dadas as consequências de médio e longo prazo no desenvolvimento do RNPT, e o uso de um protocolo de controle da dor. Dessa forma, esses profissionais cumpririam seu papel de proteção ao desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

1. Carbajal R, Roussef A, Danan C, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008; 300(1):60-70.
2. Prestes AC, Guinsburg R, Balda RC, et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. *J Pediatr*. 2005;81(5):405-10.
3. Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, et al. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? *Clin J Pain*. 2011;27(3):225-32.
4. Brummelle S, Grunau RE, Chau V, et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. *Ann Neurol*. 2012;71(3):385-96.
5. Silva TP, Silva IJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Med Port*. 2010;23(3):437-54.
6. Czarnecki ML, Turner HN, Collins PM, et al. Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendation. *Pain Manag Nurs*. 2011;12(2):95-101.
7. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn and Section on Surgery. Canadian Paediatric Society and Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. 2006;118(5):2231-41.
8. Hohmeister J, Demirakça S, Zohsel K, et al. Responses to pain in school-aged children with experience in a neonatal intensive care unit: cognitive aspect and maternal influences. *Eur J Pain*. 2009; 13(1):94-101.
9. Klein VC, Linhares MBM. Temperamento, comportamento e experiência dolorosa na trajetória de desenvolvimento da criança. *Paidéia*. 2007;17(36):33-44.
10. Barbosa SMM, Santos E, Zapata A, Sapienza AJ, et al. A dor no recém-nascido: prevenção e terapêutica. *RevDor*. 2000; 2(2):26-35.
11. Porter FL, Wolf CM, Gold J, et al. Pain and pain management in newborn infants: a survey of physicians and nurses. *Pediatrics*. 1997;100(4):626-32.
12. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, et al. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2011;15(2):277-83.
13. Stevens BJ, Abbott LK, Yamada J, et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. *CMAJ*. 2011;19(7):183-7.
14. Lamiter MA, Johnston CC, Ritchie JA, et al. Factors affecting delivery of evidence-based procedural pain care in hospitalized neonates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009(2);38:182-94
15. Stevens BJ, Riahi S, Cardoso R, et al. The influence of context in pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. *Qual Health Res*. 2010; 21(6):757-70.