

DOR NEONATAL: MEDIDAS NÃO-FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM*

NEONATAL PAIN: NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES USED BY THE NURSING TEAM

DOLOR NEONATAL: MEDIDAS NO-FARMACOLÓGICAS UTILIZADAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA

FERNANDA MARTINS DE AQUINO¹
MARIALDA MOREIRA CHRISTOFFEL²

Este estudo objetivou identificar os procedimentos considerados dolorosos pela equipe de enfermagem e verificar as medidas não-farmacológicas para alívio da dor e do desconforto empregadas pela equipe de enfermagem no cuidado neonatal. Estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, cuja coleta de dados ocorreu na Unidade Neonatal de uma maternidade do Município do Rio de Janeiro, em 2008. Das trinta e cinco profissionais de enfermagem entrevistadas que atuavam na assistência ao recém-nascido na Unidade Neonatal, pôde-se observar que 29 (82,9%) eram auxiliares de enfermagem e seis (17,1%) enfermeiras. Em relação às medidas não-farmacológicas utilizadas pelos profissionais de enfermagem, a maioria utilizava como principais medidas a contenção, a sucção não nutritiva, a glicose oral, o colo e o enrolamento. Concluiu-se que existia uma preocupação por parte da equipe de enfermagem em adotar medidas que minimizassem a dor no recém-nascido durante a hospitalização.

DESCRITORES: Recém-Nascido; Enfermagem Neonatal; Dor.

This study aimed to identify the procedures considered painful for the nursing team and to verify the non-pharmacological measures on pain relief and comfort used by the nursing team in the neonatal care. It is a descriptive, exploratory study of quantitative approach whose data collection was performed at a Neonatal Unit of a maternity in the City of Rio de Janeiro in 2008. Out of the thirty five (35) nursing professionals who were interviewed, who acted in the assistance to the newborn in the Neonatal Unit, it could be observed that 29 (82.9%) were nurse aides and six (17.1%) were nurses. As for non-pharmacological measures used by the nursing professionals the majority used as main measures the containment, non-nutritive sucking, oral glucose solution, lap and rolling up. The conclusion was that there was a concern of the nursing team in adopting measures to minimize pain in the newborn during hospitalization.

DESCRIPTORS: Newborns; Neonatal Nursing; Pain.

El presente estudio planteó como objetivo identificar los procedimientos considerados dolorosos por el equipo de enfermería y verificar las medidas no-farmacológicas para alivio del dolor y el malestar empleadas por el equipo de enfermería en la atención neonatal. Estudio descriptivo, de enfoque cuantitativo, cuyos datos fueron recolectados en una Unidad de Neonatología de una maternidad del municipio de Rio de Janeiro, en 2008. De las 35 profesionales de enfermería entrevistadas que actuaban en el cuidado del recién nacido en la Unidad Neonatal, se pudo observar que 29 (82,9%) eran auxiliares de enfermería y 6 (17,1%) enfermeras. En cuanto a las medidas no farmacológicas utilizadas por los profesionales de enfermería, la mayoría empleaba como principales medidas la contención, la succión no-nutritiva, la glucosa oral, el regazo para calmar el dolor y abrigar al neonato envolviéndolo en mantas. Se concluye que existía una preocupación por parte del equipo de enfermería: adoptar medidas que minimizasen el dolor en el recién nacido durante la hospitalización.

DESCRIPTORES: Recién-nacidos; Enfermería Neonatal; Dolor.

* Extraído do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação "Dor neonatal: adoção de medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem", apresentado ao Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 2008.

¹ Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, Brasil. E-mail: fernandaeaan@yahoo.com.br

² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora do NUPESC. Rua Afonso Cavalcanti, 275 - Cidade Nova. Rio de Janeiro - RJ. CEP 20211-110. Brasil. E-mail: marialdanit@gmail.com

INTRODUÇÃO

Os avanços na assistência neonatal nas últimas décadas e o aumento da sobrevivência de recém-nascidos (Rn) imaturos e doentes aumentaram o número de procedimentos realizados nas unidades neonatais. Repetidos procedimentos ocorrem rotineiramente em recém-nascido que requerem cuidados intensivos. Evidências científicas⁽¹⁻⁵⁾ sugerem que a exposição repetida e prolongada da dor pode alterar o desenvolvimento do cérebro e conseqüentemente o comportamento da criança e adolescente a longo prazo.

Os protocolos de cuidados para recém-nascidos devem incorporar um princípio de minimizar as intervenções dolorosas tanto quanto possível. As estratégias devem incluir avaliação da dor rotineiramente, diminuição do número de procedimentos realizados a beira do leito, utilização de medidas efetivas comprovadas cientificamente, tais como: medidas não farmacológicas e farmacológicas para prevenir a dor associada a procedimentos considerados menor (inserção de agulha, aspiração, inserção de sonda orogástrica, retirada de esparadrapos e adesivos,) e a dor em procedimentos maiores (inserção e retirada de dreno tórax, intubação, cirurgias, exame da retina)⁽⁴⁻⁵⁾.

A prevenção da dor é importante, não somente por causa dos aspectos éticos, mas também pelo potencial de conseqüências deletérias a exposição repetida da dor ao recém-nascido. Essas conseqüências incluem alteração da sensibilidade, alterações comportamentais e fisiológicas. Um aspecto importante para assistência de enfermagem neonatal é a criação de um ambiente propício para o tratamento do Rn, livre de estímulos nocivos, que promova o desenvolvimento positivo do Rn e minimize os efeitos negativos da doença e da separação dos pais⁽⁶⁻⁷⁾.

Atualmente, vive-se uma mudança de paradigma no cuidado ao recém-nascido, centrado no seu desenvolvimento, no qual estão inseridos à família, uso de medidas para prevenir a dor e o estresse, contri-

buindo para uma melhor qualidade de vida⁽⁶⁾. Porém, todo esse conhecimento científico produzido na área da dor neonatal ainda não está sendo utilizado efetivamente na prática clínica. Esse se constitui num grande desafio para a enfermagem no século XXI.

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais os recém-nascidos prematuros ou gravemente doentes são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos, incluindo excesso de luz, ruídos fortes e manipulação freqüente, além de repetidos procedimentos dolorosos como punção de calcâneo e punção venosa repetida e prolongada, resultando em desorganização fisiológica e comportamental e uso de reservas de energia que seriam direcionadas para o seu crescimento e desenvolvimento.

O estudo realizado com 640 recém-nascidos admitidos nos centros terciários de Paris durante 14 dias, apontou que os recém-nascidos experimentam 60.969 procedimentos de primeira tentativa, com 42.413 (70%) procedimentos considerados dolorosos e 18.556 (30%) procedimentos estressantes. Foram contabilizadas 11.546 tentativas repetidas executadas durante o procedimento, incluindo 10.366 para procedimentos dolorosos e 1180 para procedimentos estressantes⁽⁸⁾.

Cada recém-nascido foi submetido em média a 115 procedimentos durante o período do estudo, sendo 16 procedimentos ao dia. Dos 42.413 procedimentos dolorosos, 2,1% foram submetidos somente ao uso de terapia farmacológica, 18,2% somente a intervenções não farmacológicas. Foram documentados 20 procedimentos, dentre eles: aspiração nasal, aspiração traqueal, punção de calcâneo, retirada de adesivo, sondagem gástrica, punção venosa, punção arterial, cânula intravenosa, remoção de cateter intravenoso, tratamento de feridas, intubação/extubação traqueal, inserção de cateter venoso central, punção de calcâneo, cateter venoso umbilical, compressão da bexiga para retenção da urina, drenagem torácica, fisioterapia respiratória. Os autores concluem que, na região estudada, um grande

número de procedimentos dolorosos e estressantes ainda são realizados nas unidades neonatais, na sua maioria sem analgesia⁽⁸⁾.

Em outro estudo realizado em sete unidades de terapia intensiva na região Norte do Brasil, com 104 pediatrias, foi evidenciado que os pediatras demonstraram pouco conhecimento a respeito dos métodos de avaliação e tratamento da dor no período neonatal. Concluiu-se que há necessidade de reciclagens e de atualização no tema para os profissionais de saúde que atuam com recém-nascidos doentes⁽⁹⁾.

Nesse sentido o manejo da dor neonatal deve incluir três tipos de intervenções que incluem: ambiental, comportamental e a farmacológica⁽⁵⁾. No Brasil, as medidas não-farmacológicas preconizadas compreendem: enrolamento, contenção facilitada e o contato pele a pele⁽¹⁰⁾. Essas medidas são apropriadas para neutralizar a dor durante procedimentos dolorosos, devido a sua eficácia em curto prazo e boa tolerância, e são, portanto cada vez mais recomendadas para prevenção e manejo da dor⁽¹⁰⁾. Porém, ainda se observa uma distância entre o conhecimento teórico sobre as medidas não-farmacológicas utilizadas para minimizar a dor do recém-nascido e o uso destas aplicadas sistematicamente no cotidiano das unidades neonatais.

A realização deste estudo justifica-se pelo fato de que embora a discussão sobre a dor em recém-nascido tenha começado a partir da década de 1970, atualmente existem importantes estudos publicados a respeito da avaliação e tratamento farmacológico da dor neste período da vida, porém pouco se tem escrito, principalmente na literatura brasileira, sobre a prevenção e o tratamento da dor através de medidas não-farmacológicas⁽¹¹⁻¹⁶⁾.

Neste contexto, o presente estudo teve como objetivos: identificar os procedimentos considerados dolorosos pelos profissionais de enfermagem e verificar as medidas não-farmacológicas de alívio da dor e conforto empregadas pelos profissionais de enfermagem no cuidado neonatal.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório de abordagem quantitativa, realizado no Hospital Maternidade Fernando Magalhães, localizada na Área Programática AP 3.2 no Bairro de São Cristóvão, município do Rio de Janeiro. A Unidade Neonatal é composta por 64 leitos em Unidades Neonatais: 20 (vinte) na Unidade de Terapia Intensiva (UTIN), 30 (trinta) na Unidade Intermediária (UI), sendo que 06 (seis) destes leitos estão designados a unidade canguru. Os outros leitos destinados à Unidade de Baixo-Risco (UBR) encontravam-se temporariamente desativados desde outubro de 2007, porém durante o período em que foi realizado este estudo, este setor foi reaberto.

Para a obtenção dos dados, foi realizado um questionário contendo a caracterização dos sujeitos, conhecimentos específicos da dor neonatal e o uso de medidas não-farmacológicas durante a assistência. O instrumento constitui-se de perguntas abertas e fechadas.

A população foi composta de 61 profissionais de enfermagem, sendo a amostra constituída de 35 profissionais de enfermagem, que atuam na assistência direta ao recém-nascido na Unidade Neonatal, sendo excluídos os profissionais que estavam de férias ou licença. Os dados foram coletados na própria unidade neonatal, no período de Maio a Junho de 2008.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Secretária Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS –RJ), e aprovado sobre o protocolo nº28/2008.

As variáveis qualitativas e quantitativas foram apresentadas em tabelas de frequências absolutas.

RESULTADOS

O presente estudo evidenciou que 100,0% (35) dessa amostra é composta por profissionais do gênero feminino. Das trinta e cinco profissionais de enfermagem entrevistadas que atuam na assistência ao

recém-nascido na unidade neonatal pode-se observar que 29 (82,9%) são auxiliares de enfermagem e 06 (17,1%) são enfermeiras.

No que diz respeito à faixa etária, pode-se observar que 03 (50,0%) das enfermeiras estão entre 35 e 31 anos, 01 (16,7%) está entre 25 e 20 anos. Com relação as auxiliares de enfermagem, 09 (31,0%) estão entre 45 e 41 anos; 01 (3,4%) está entre 30 e 26 anos. Verifica-se que a maioria das auxiliares de enfermagem encontra-se acima de 40 anos, enquanto a maioria das enfermeiras está abaixo dos 40 anos.

Observa-se que 05 (83,3%) enfermeiras possuem especialização e/ou residência em neonatologia; apenas 01 (16,7%) não possui nenhum tipo de especialização. Dentre as especializações e ou residências: quatro (04) na área neonatal, uma (01) na área da criança; e duas (02) em áreas não específicas com este cenário. Das vinte e nove (29) auxiliares, constatou-se que 11 (37,9%) já concluíram o curso de graduação e 06 (20,7%) ainda estão cursando a graduação em enfermagem.

No que diz respeito à participação em eventos científicos sobre a temática da dor, constatou-se que 100,0% das enfermeiras disseram já ter participado. Dentre estes eventos tem-se: cinco (05) em treinamento, sendo este realizado no próprio serviço e apenas uma (01) participou de congresso sobre esta temática. Em relação à participação em eventos científicos sobre a temática da dor, constatou-se que 27 (93,1%) das auxiliares de enfermagem participaram e 02 (6,9%) relataram não ter participado.

Quando questionadas sobre os procedimentos de rotina considerado dolorosos freqüentemente realizados no recém-nascido verifica-se que: em relação às enfermeiras 100% consideram a remoção de fitas adesivas e a troca de curativos, seguidas da (33,3%) higiene do coto, (33,3%) instalação de sensores e (16,7%) a troca de fralda. A mudança de decúbito e alimentação por sonda não foram citadas por estas profissionais. Em relação aos procedimentos invasivos, 100% das enfermeiras consideram a punção de

calcâneo, punção venosa, coleta de sangue capilar e a injeção intramuscular; seguidas da (83,3%) inserção de sonda orogástrica e da aspiração de tubo oro-traqueal como procedimentos que causam dor ao recém-nascido.

Tabela 1 — Procedimentos de rotina e invasivos considerados pelas enfermeiras dolorosos ao recém-nascido. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Procedimentos em que o RN é capaz de sentir dor	Enfermeiras			
	Sim		Não	
De Rotina	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Remoção de adesivos	06	100,0	-	-
Troca de curativos	06	100,0	-	-
Higiene do coto	02	33,3	04	66,7
Instalação de sensores	02	33,3	04	66,7
Troca de fralda	01	16,7	05	83,3
Invasivos	Sim		Não	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Punção de calcâneo	06	100,0	-	-
Punção venosa	06	100,0	-	-
Coleta de sangue capilar	06	100,0	-	-
Injeção intramuscular	06	100,0	-	-
Inserção sonda orogástrica	05	83,3	01	16,7
Aspiração TOT	05	83,3	01	16,7
Drenagem torácica	01	16,7	05	83,3
Cateter vesical de demora	01	16,7	05	83,3
Dissecção venosa	01	16,7	05	83,3
Punção lombar	01	16,7	05	83,3
PICC	01	16,7	05	83,3

Observa-se que em relação aos procedimentos de rotina às auxiliares de enfermagem 96,6% consideraram a remoção de fitas adesivas, 82,8% troca de curativos, 27,6% higiene do coto, 20,7% instalação de sensores, 17,1% mudança de decúbito, 13,8% troca de fralda, como procedimentos capazes de gerar dor ao Rn. Em relação aos procedimentos invasivos 100,0% consideraram a punção venosa e de calcâneo, 96,6% consideraram a coleta de sangue capilar, 93,1% injeção intramuscular, 51,7% inserção sonda orogástrica e 41,4% aspiração de tubo oro-traqueal, como se pode observar na Tabela 02. Os procedimentos como cateterismo vesical, dissecção venosa, punção lombar e PICC, não forma citados por estas profissionais.

Tabela 2 — Procedimentos de rotina e invasivos considerados pelas auxiliares de enfermagem dolorosos ao recém-nascido. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Procedimentos em que o RN é capaz de sentir dor	Auxiliares de enfermagem			
	Sim		Não	
De Rotina	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Remoção de adesivos	28	96,6	01	3,4
Troca de curativos	24	82,8	05	17,1
Higiene do coto	08	27,6	21	72,4
Instalação de sensores	06	20,7	23	79,3
Mudança de decúbito	05	17,1	24	82,9
Troca de fralda	04	13,8	25	98,6
Alimentação por sonda	02	6,9	27	93,1
Invasivos	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Punção de calcâneo	29	100,0	-	-
Punção venosa	29	100,0	-	-
Coleta de sangue capilar	28	96,6	01	3,4
Injeção intramuscular	27	93,1	02	6,9
Inserção sonda orogástrica	15	51,7	14	48,3
Aspiração TOT	12	41,4	17	58,6
Drenagem torácica	01	3,4	28	96,6

Em relação a tabela 03, as medidas não-farmacológicas empregadas pelas enfermeiras para a diminuição dos estímulos auditivos pode-se destacar: 100% fecham as portinholas da incubadora com cuidado, 83,3% diminuem o som de alarmes e bombas e 66,7% utilizam o tom de voz baixo. Em relação à diminuição dos estímulos visuais: 66,7% utilizam ciclo dia-noite, 50,0% panos sobre a incubadora e 50% uso de venda ocular. Em relação ao posicionamento: 50,0% utilizam decúbito ventral, enquanto 33,3% decúbito dorsal e 33,3% decúbito lateral.

Em relação ao estímulo tátil: 100,0% utilizam rolinhos de tecidos e o enrolamento, 66,7% contato pele a pele e a contenção manual. Observa-se ainda que 100,0% das enfermeiras utilizam a sucção não-nutritiva realizada com o dedo enluvado com luva de látex e 16,7% gaze enrolada. Quanto ao uso de solução adocicada 83,3% das enfermeiras utilizam a glicose a 25%, enquanto 16,7% a glicose a 50%. Quanto aos procedimentos agrupados 100,0% planejam as atividades antes de se aproximar do RN e o observa

atentamente, enquanto que 66,7% dos pais atuam junto à equipe.

Tabela 3 — Adoção de medidas não-farmacológicas pelas enfermeiras para minimizar a dor do recém-nascido. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Medidas não-farmacológicas utilizadas	Enfermeiros			
	Sim		Não	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Diminuição dos estímulos auditivos	06	100	-	-
Fechar portinholas da incubadora devagar	05	83,3	01	16,7
Diminuir sons de alarmes, bombas	04	66,7	02	33,3
Tom de voz baixo				
	Sim		Não	
Diminuição dos estímulos visuais	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Ciclos de dia/noite	04	66,7	02	33,3
Panos sobre a incubadora	03	50,0	03	50,0
Utilizar venda ocular	03	50,0	03	50,0
	Sim		Não	
Posicionamento	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Decúbito ventral	03	50,0	03	50,0
Decúbito dorsal	02	33,3	04	66,7
Decúbito lateral	02	33,3	04	66,7
	Sim		Não	
Estimulação tátil	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Rolinhos de tecido	06	100,0	-	-
Enrolamento do RN	06	100,0	-	-
Contato pele-a-pele	04	66,7	02	33,3
Contenção manual	04	66,7	02	33,3
	Sim		Não	
Sucção não-nutritiva	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Dedo enluvado com luva de látex	06	100,0	-	-
Gaze enrolada	01	16,7	05	83,3
	Sim		Não	
Solução adocicada	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Glicose a 25%	05	83,3	01	16,7
Glicose a 50%	01	16,7	05	83,3
	Sim		Não	
Procedimentos agrupados	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Planejar atividade antes de aproximar do RN	06	100,0	-	-
Observação atenta ao RN	06	100,0	-	-
Pais atuam junto com equipe	04	66,7	02	33,3

Em relação a tabela 04, as medidas não-farmacológicas empregadas auxiliares de enfermagem para

a diminuição dos estímulos auditivos pode-se destacar: 89,7% fecham as portinholas da incubadora com cuidado, 75,9% diminuem o som de alarmes e bombas, e 69,0% utilizam o tom de voz baixo. Em relação à diminuição dos estímulos visuais: 58,6% utilizam ciclo dia-noite, 58,6% panos sob a incubadora e 6,9% uso de venda ocular. Em relação ao posicionamento: 44,8% utilizam decúbito ventral enquanto 58,6% decúbito dorsal e 17,2% decúbito lateral.

Em relação ao estímulo tátil: 65,2% utilizam rolinhos de tecidos, 65,2% o enrolamento, 69,0% contato pele a pele e 34,5% a contenção manual. Observa-se ainda que, 96,6% das auxiliares utilizam a sucção não-nutritiva realizada com o dedo enluvado com luva de látex e 6,9% gaze enrolada. Quanto ao uso de solução adocicada 100,0% das auxiliares utilizam a glicose a 25%. Quanto aos procedimentos agrupados 72,4% planejam as atividades antes de se aproximar do RN, 44,8% o observam atentamente e 51,7% atuam com os pais.

Tabela 4 — Adoção de medidas não-farmacológicas pelas auxiliares de enfermagem para minimizar a dor do recém-nascido. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2008

Medidas não-farmacológicas utilizadas	Auxiliares de enfermagem			
	Sim		Não	
	Fi	Fi%	Fi	Fi%
Diminuição dos estímulos auditivos				
Fechar portinholas da incubadora devagar	26	89,7	03	10,3
Diminuir sons de alarmes, bombas	22	75,9	07	24,1
Tom de voz baixo	20	69,0	09	31,0
Diminuição dos estímulos visuais				
Ciclos de dia/noite	17	58,6	12	41,4
Panos sobre a incubadora	17	58,6	12	41,4
Utilizar venda ocular	02	6,9	27	93,1
Posicionamento				
Decúbito ventral	13	44,8	16	55,4
Decúbito dorsal	17	58,6	12	41,4
Decúbito lateral	05	17,2	24	82,8
Estimulação tátil				
Rolinhos de tecido	19	65,5	10	34,1
Enrolamento do RN	19	65,5	10	34,1
Contato pele-a-pele	20	69,0	09	31,0
Contenção manual	10	34,5	19	65,5

DISCUSSÃO

Sabe-se que uma série de fatores relacionados às características dos próprios observadores tais como idade, gênero, raça, religião, estado civil, nível socioeconômico, experiência prévia pessoal ou familiar com dor, histórico e experiência profissional, pode influenciar no mecanismo de decodificação utilizado por profissionais de saúde, e que subsequentemente tomam a decisão sobre como tratar a dor^(9,11-13). Pode-se observar a preocupação das auxiliares de enfermagem buscam a sua qualificação profissional, já que o Município do Rio de Janeiro não possuem um quadro de plano de cargos e salários.

A participação em eventos científicos principalmente relacionados com a temática é de extrema importância para o profissional, pois possibilita a atualização de seus conhecimentos sobre a dor neonatal, tornando-os mais qualificados na assistência prestada. A aplicação prática dos conhecimentos científicos adquiridos requer mais do que a adoção de rotinas, protocolos ou treinamento dos profissionais. É necessária a educação permanente contínua de todos os profissionais de saúde que cuidam do recém-nascido.

As unidades de terapia intensiva neonatal são consideradas um local estressante, onde o RN constantemente é submetido a procedimentos desagradáveis e dolorosos durante sua internação⁽¹¹⁻¹⁶⁾. Dentre os procedimentos menores realizados rotineiramente na unidade de tratamento intensivo neonatal tem-se a punção venosa para coleta de sangue e terapia intravenosa, punção arterial para gasometria arterial e que apresentam eficácia no alívio da dor quando realizados associados a medidas não-farmacológicas como glicose oral a 25%, sucção não nutritiva, enrolamento, posição canguru e contenção elástica.

A punção venosa periférica é um procedimento que causa estimulação dolorosa aguda sendo classificada como o oitavo procedimento doloroso mais realizado nas unidades de tratamento intensivo neonatal⁽¹⁷⁾. Para realizar a terapia intravenosa com eficácia,

o enfermeiro necessita conhecer a anatomia e a fisiologia da pele e do sistema venoso, a espessura e a consistência da pele dos diversos locais, saber identificar a resposta fisiológica do sistema vascular quanto à temperatura e o estresse, além de conhecer tecnicamente o mecanismo de administração de drogas, e entender a ação da droga e os efeitos adversos para propiciar uma administração segura de medicamentos.

A equipe de enfermagem, atualmente, exerce relevante papel no tratamento de lesões. Ao realizar os procedimentos de rotina, os profissionais de enfermagem devem estar atentos a pele do recém-nascido, estas áreas possuem maior chance de romper-se^(6,18). Os prematuros estão no risco de desenvolver lesões de pele como resultado do desenvolvimento incompleto do extrato córneo, coesão diminuída entre a epiderme e a derme, diminuição de colágeno na derme e presença de edema. Neste sentido é importante identificar os fatores de risco para ruptura da pele, tais como o uso de eletrodos e uso de adesivos. A prevenção e o adequado alívio da dor deve ser uma prioridade no planejamento da assistência de enfermagem ao recém-nascido em terapia intensiva bem como do tipo de procedimento a ser realizado^(1, 14-18).

Pode-se observar que os profissionais de enfermagem conhecem e aplicam com frequência medidas não-farmacológicas no cotidiano da unidade neonatal. As estratégias para melhorar o manejo da dor dependem da responsabilidade profissional, sendo o tratamento e seu alívio um direito humano básico^(6,7-15).

Os ciclos dia/noite podem permitir melhora na sincronização de ritmos biológicos, aumento de horas de sono noturno, melhora na eficiência alimentar e até no ganho ponderal. Não foram evidenciados efeitos adversos⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Para se reduzir os estímulos sonoros na Unidade Neonatal, são necessárias medidas tais como: desligar bip e celulares, a campainha do telefone convencional, reduzir volume de bombas, e atender imediatamente, desligando quando manusear, mas continuar monitorando o RN de forma eficaz. Com relações

a incubadora deve-se manusear de forma suave, não colocar objetos sobre o tampo e fechar e abrir portinholas de forma suave⁽¹⁵⁾.

A mudança de decúbito do recém-nascido deve ter realizada periodicamente. No decúbito dorsal deve-se realizar a flexão e adução dos membros mantidos com apoio de rolinhos. Estes rolinhos devem apoiar lateralmente os braços, trazendo-os para a linha média, lateral e posteriormente (rolinho em U). No decúbito lateral devem ser mantidos os membros superiores flexionados, mãos próximas à face membros inferiores flexionados como os joelhos próximos ao tronco. O rolinho deve estar apoiando as costas e entre as pernas. No decúbito ventral com a cabeça lateralizada, os membros superiores flexionados, aduzidos na lateral do corpo, mãos próximas à face, membros inferiores flexionados e aduzidos apoiados com o rolinho⁽¹⁰⁾.

A utilização da sucção não-nutritiva e da solução adocicada, principalmente a glicose a 25%, muitas das vezes utilizadas em associação foram utilizadas pelos profissionais de enfermagem. A sucção não-nutritiva libera serotonina durante os movimentos rítmicos que inibiria a hiperatividade, modularia o desconforto do RN, diminuindo a dor do RN a termo e do RN pré-termo. A sucção não-nutritiva envolve uma grande estimulação não dolorosa para as fibras sensoriais, competindo, assim, com os impulsos nociceptivos das fibras dolorosas ascendentes. Permite auto-regulação, isto é, o RN controla a fonte de estímulos por meio de sua própria atividade^(10,15-20). O mecanismo de ação não é mediado por endorfinas, pelo contato corporal ou pelo contexto externo. Para que ocorra analgesia, o RN deverá estar realizando mais de 30 sucções por minuto, sendo o efeito imediato. Com a parada da sucção, desaparece o efeito analgésico, e, se o RN pára de sugar antes de estar tranqüilo e em estado de sono, haverá um retorno imediato ao estado de inquietude anteriormente presente, configurando um efeito rebote⁽¹⁵⁾.

A solução adocicada leva a analgesia pela ação nas papilas gustativas da porção anterior da língua, levando a liberação de opióides endógenos, por este

motivo não adianta dar esta solução pela sonda, pois não fará efeito^(10,16-20).

O efeito analgésico é maior com a sacarose do que com a glicose e a sacarose e a glicose têm um efeito maior que o leite. Usualmente a glicose a 12,5% ou 25% para o RN a termo (2ml), dois minutos antes do procedimento, é a mais utilizada. Ainda não se sabe se o efeito analgésico desta solução vai caindo à medida que é repetido durante a realização de vários outros procedimentos⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

A enfermagem tem um papel importante na implantação do uso da sucção associada à solução adocicada antes, durante e após o procedimento doloroso. Cabem aos profissionais se conscientizar e se sensibilizar, buscando implementar medidas terapêuticas⁽⁶⁻¹⁴⁾.

Uma boa alternativa de conforto do RN é realizar o manuseio agrupado do cuidado, neste sentido a equipe de enfermagem deve planejar bem a atividade antes de se aproximar, de forma a dar toda a atenção ao RN, sem necessitar parar o procedimento e manter sintonia com o cliente neonatal durante os cuidados planejados, enquanto permite períodos apropriados de repouso. Os cuidadores devem atuar em conjunto, com uma pessoa dando suporte contínuo ao RN, sendo cautelosos durante os cuidados, mantendo todas as interações dentro da tolerância do neonato⁽¹⁰⁻¹⁵⁾.

Outro procedimento constantemente realizado na Unidade Neonatal é a punção venosa, conforme foi demonstrado nesta pesquisa, todas as entrevistadas consideram este procedimento doloroso. Para prevenir o estresse e até mesmo a dor que este procedimento pode gerar ao RN, todas as enfermeiras informaram que posicionam o RN de forma a favorecer seu conforto; realizam o procedimento com técnica asséptica, inspecionam a rede venosa periférica e seleciona o sítio de punção e quando necessário, puncionam mais de duas vezes.

CONCLUSÃO

A unidade de terapia intensiva neonatal é o local que se concentra recursos materiais e humanos espe-

cializados, capazes de prestar assistência que garanta observação rigorosa e tratamento adequado ao recém-nascido. Neste sentido torna-se essencial o trabalho da enfermeira como líder de equipe, que necessita de preparo e de experiência para administrar a assistência de enfermagem baseada em procedimentos técnico-científicos que garantam a qualidade da mesma, em planejar todo cuidado ao Rn, para que toda equipe atue de maneira eficiente durante o cuidado. E para isso se concretize é necessário um instrumento que normatize esta conduta.

Fica claro neste estudo que a prevenção e tratamento da dor neonatal compreende uma das ações de grande relevância da equipe de saúde para o bem-estar do RN, uma vez que a dor interfere no restabelecimento de sua saúde, podendo apresentar repercussões a longo prazo em relação à integração da criança na sua família e no seu desenvolvimento.

Sabe-se que existem vários procedimentos dolorosos e desagradáveis realizados pelos profissionais na Unidade Neonatal e que a adoção das medidas não-farmacológicas vem sendo utilizada pelos profissionais de enfermagem. Tanto as medidas ambientais tais como a redução de luminosidade e a diminuição de ruídos, quanto às medidas comportamentais como o enrolamento, a contenção, a sucção não-nutritiva, a glicose a 25%, e a realização de agrupamento dos cuidados, foram utilizadas pelos profissionais de enfermagem em procedimentos dolorosos.

Desta forma, o estudo mostra que os profissionais de enfermagem utilizam medidas para o alívio da dor do recém-nascido, porém observa-se que essas medidas não são uniformes. É fundamental a introdução de conteúdos sobre o manejo da dor e da prevenção e alívio desta durante a realização de procedimentos considerados dolorosos na formação dos profissionais de enfermagem para que a qualidade seja garantida, já que é um direito do recém-nascido não sentir dor. Recomenda-se que a equipe de enfermagem realize capacitações e treinamentos para o uso de medidas eficazes para minimizar a dor neonatal e

que a presença dos pais seja uma variável importante relacionada à eficácia de intervenções de enfrentamento a procedimentos dolorosos.

REFERÊNCIAS

1. Anand KJS. International Evidence-Based Group for Neonatal. Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155 (2):173-80.
2. Anand KJS, Randa JV, Berde CB, Buckman S, Capparelli EV, Carlo W, et al. Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics.* 2006; 117(3 pt 2):S9-S22.
3. American Academy of Pediatrics. Prevention and management of pain and stress in the neonate. *Pediatrics.* 2000; 105(2):454-61.
4. Anand KJS, Scalzo FM. Can adverse neonatal experiences alter brain development and subsequent behavior? *Biol Neonate.* 2000; 77(20):69-82.
5. Canadian Paediatric Society. Prevention and management of pain in the neonate: An update. *Paediatr Child Health.* 2007;12(2):137-8.
6. Christoffel MM; Cunha JM; Santanna ASF Garcia RR. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. *REME — Rev Mineira Enferm.* 2009;13(3):321-6
7. Christoffel MM, Silva LR. Percepções das enfermeiras frente à dor dos recém-nascidos hospitalizados na UTI neonatal. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2002; 6(1):53-63.
8. Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA.* 2008; 300(1):60-70.
9. Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *J Pediatr (Rio J).* 2003; 79(3):265-72.
10. Ministério da Saúde (BR). Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
11. Elias LSDT, Guinsburg R, Peres CA, Balda RCX, Santos AMN. Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. *J Pediatr (Rio J).* 2008; 84(1):35-40.
12. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev Rene.* 2010; 11(1):125-32.
13. Guinsburg, R. Abordagem não-farmacológica da dor do recém-nascido. In: *Anais do 17º Congresso Brasileiro de Perinatologia; 2001. Nov. 10-14; Florianópolis/SC.*
14. Christoffel MM, Santos RS. Navegando no mar da neonatologia: um mergulho no mundo imaginal do recém-nascido na UTIN. Rio de Janeiro: Ed EEAN/UFRJ; 2003.
15. Gasparido CM, Linhares, MBM, Martinez, FE. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *J Pediatr (Rio J).* 2005; 81(6):435-42.
16. Leite AM. Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
17. Claro MT, Cianflone LPA, Faria LL, Fontes TA. A Dor do recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma avaliação sobre o conhecimento da Equipe. *Rev Dor.* 2006; 7(4):882-91.
18. Rolim KMC, Linhares DC, Rabelo LS, Gurgel EPP, Magalhães FJ, Caetano JA. Cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo em unidade de terapia intensiva neonatal: conhecimento da enfermeira. *Rev Rene.* 2008; 9(4):107-15.
19. Gaiva MAM, Dias NS. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. *Rev Paul Enferm.* 2002; 23(3):234-9.
20. Guinsburg R. Conseqüências da dor repetida ou persistente no período neonatal. *Temas Desenvolv.* 2003; 12(n.esp):10-5.

RECEBIDO: 23/08/2010

ACEITO: 03/11/2010