

Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal*Knowledge and attitudes of health professionals regarding pain assessment and management in neonates**Conocimiento y actitudes de profesionales de salud sobre evaluación y manejo del dolor neonatal*Verusca Kelly Capellini¹, Mariana Firmino Daré², Thaíla Corrêa Castral³, Marialda Moreira Christoffel⁴,
Adriana Moraes Leite⁵, Carmen Gracinda Silvan Scochi⁶¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem em Saúde Pública. Enfermeira do Hospital Regional de Assis. Assis, SP, Brasil. E-mail: veruscakelly@hotmail.com.² Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, nível Doutorado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mariana.dare@usp.br.³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: thaccastral@gmail.com.⁴ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marialda.ufrj@gmail.com.⁵ Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Doutora da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: drileite@eerp.usp.br.⁶ Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora Titular da EERP/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: carmenscochi@gmail.com.**RESUMO**

Múltiplos fatores podem atuar no manejo da dor neonatal, assim, motivando a analisar o conhecimento e as atitudes de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam em unidades neonatais de um hospital paulista quanto à avaliação e manejo da dor aguda neonatal. Estudo de caráter descritivo, realizado com 57 profissionais de saúde. A partir da análise dos questionários, apenas um profissional considera que o neonato não sente dor e 53 profissionais avaliam a dor do RN, porém não conhecem escalas para avaliação da dor neonatal. Os profissionais apontaram o fentanil e o midazolam como analgésicos adequados para a dor aguda. Cateterismo umbilical, sondagem gástrica e punção de calcâneo foram procedimentos considerados dolorosos e com indicação para analgesia. Os profissionais de saúde possuem conhecimentos acerca da dor neonatal, contudo esse conhecimento não se reflete na prática clínica. É fundamental a capacitação profissional fundamentada na transferência de conhecimento para implementação da avaliação e manejo da dor neonatal.

Descritores: Recém-Nascido; Dor Aguda; Enfermagem Neonatal; Pessoal de Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde.

ABSTRACT

Multiple factors can have an effect on pain management in neonates, which motivated us to analyze the knowledge and attitudes held by doctors, nurses and nursing assistants who work in neonatal units in a hospital in the state of São Paulo, Brazil, regarding neonatal pain assessment and management. This study is descriptive and was conducted with 57 health professionals. The results of the questionnaires revealed that only one professional believed that neonates do not feel pain, and 53 professionals stated the contrary, but were not familiar with neonate pain assessment scales. Professionals indicated fentanyl and midazolam as adequate analgesics for acute pain. Umbilical catheterization, gastric probing and heel pad puncture were considered painful procedures and indications for the use of analgesia. Health professionals are knowledgeable about pain in neonates, but this knowledge is not reflected in clinical practice. It is essential for professionals to be trained regarding knowledge transfer so that neonate pain assessment and management can be implemented.

Descriptors: Infant, Newborn; Acute Pain; Neonatal Nursing; Health Personnel; Health Knowledge, Attitudes, Practice.

RESUMEN

Múltiples factores pueden afectar el manejo del dolor neonatal, motivándonos a analizar el conocimiento y actitudes de médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que actúan en unidades neonatales de un hospital paulista en evaluación y manejo del dolor agudo neonatal. Estudio descriptivo realizado con 57 profesionales de salud. En los cuestionarios, sólo un profesional considera que el neonato no siente dolor y 53 profesionales evalúan el dolor del recién nacido, aunque no conocen escalas de evaluación del dolor neonatal. Los profesionales mencionaron al fentanil y midazolam como analgésicos adecuados para dolor agudo. Cateterismo umbilical, sondeo gástrico y punción de calcáneo fueron procedimientos considerados dolorosos, con indicación para analgesia. Los profesionales de salud poseen conocimientos sobre dolor neonatal, aunque dicho conocimiento no se refleja en la práctica clínica. Es fundamental la capacitación profesional fundamentada en la transferencia de conocimientos para implementación de evaluación y manejo del dolor neonatal.

Descriptores: Recién Nacido; Dolor Agudo; Enfermería Neonatal; Personal de Salud; Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento tecnológico e o aprimoramento de recursos humanos têm possibilitado a sobrevivência de crianças criticamente doentes, antes consideradas inviáveis. Em contrapartida, um maior número de exames e procedimentos invasivos é necessário para reduzir a morbimortalidade desses neonatos⁽¹⁾. Porém, procedimentos como coleta de sangue por punção arterial, venosa ou de calcâneo; inserção de cateter central, cânula traqueal e dreno torácico e retirado cutânea de fita adesiva, causam dor⁽²⁾.

A dor provoca alterações imediatas no recém-nascido (RN), como mímica facial de dor, movimentação corporal, choro, queda da saturação de oxigênio, aumento da frequência cardíaca e da concentração de cortisol⁽³⁾.

Nesse sentido, no Brasil, o direito do RN não sentir dor está garantido nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados⁽⁴⁾ e direitos do prematuro⁽⁵⁾.

Para a avaliação e tratamento da dor nos RN, existem escalas e medidas disponíveis, no entanto, as unidades neonatais têm absorvido lentamente o conhecimento já produzido⁽⁶⁾, resultando no subtratamento da dor neonatal^(2,7). Tal situação configura-se como um problema de saúde pública, que deve ser tratado como uma das prioridades dos serviços de saúde⁽⁸⁾.

Estudos desenvolvidos sobre a problemática da avaliação e manejo da dor no RN, nas perspectivas de pediatras⁽⁹⁻¹⁰⁾, enfermeiros⁽¹⁰⁻¹⁴⁾ e auxiliares de enfermagem⁽¹²⁻¹³⁾, identificam lacunas no conhecimento e na prática assistencial em unidades neonatais. Muitos fatores influenciam a prática para o manejo da dor neonatal, tal como a falta de conhecimento, atitude, sobrecarga de trabalho, experiência profissional e pessoal.

Diante da complexa tarefa em promover mudanças de comportamento e aos múltiplos fatores que influenciam como facilitadores e barreiras neste processo, toda implementação deve ser orientada por modelos teóricos ou conceituais. Desta forma, o sucesso da transferência do conhecimento na prática clínica depende da qualidade da evidência, contexto receptivo a mudanças e facilitadores internos e externos.

Assim, são necessários estudos que avaliem o conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao manejo da dor neonatal para que haja subsídios para a capacitação da equipe e desenvolvimento de programas participativos para a

implementação da melhor evidência para o manejo da dor em unidades neonatais.

Em busca de transformações da assistência em um cenário de atenção neonatal, motivamo-nos a realizar este estudo para obter um diagnóstico situacional, junto aos agentes desse cuidado, com informações relevantes que contribuirão com a implantação de ações futuras com vistas ao adequado controle e a prevenção da dor neonatal. Assim, apresenta-se como objetivo analisar o conhecimento e as atitudes de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que atuam em unidades neonatais de um hospital estadual do interior paulista quanto à avaliação e ao manejo da dor aguda no RN.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo exploratório realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), uma Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN) e uma Unidade Mãe Canguru (UMC) de um hospital estadual do interior paulista, nos meses de julho e agosto de 2011.

Participaram do estudo, profissionais de saúde que prestam assistência de forma rotineira, no mínimo 20 horas semanais, aos RN internados nas unidades neonatais, excluindo-se aqueles que atendem esporadicamente pacientes desta faixa etária no pronto-socorro e ambulatório, e aqueles que fazem atendimento mediante interconsulta.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário com perguntas abertas e fechadas desenvolvido com base em estudos que analisaram o conhecimento de médicos e enfermeiros em relação à avaliação e ao tratamento da dor do neonato^(9,13) e pesquisas de revisão sobre medidas para alívio da dor no RN⁽¹⁵⁾.

O questionário continha itens relativos aos dados pessoais, como sexo, idade e estado civil; dados profissionais, como local e ano de formação, tempo de experiência profissional e de atuação na área de neonatologia e aprimoramento técnico-científico. Para cada categoria profissional foi aplicado um questionário diferindo apenas quanto aos dados profissionais e às atribuições legais segundo determinação do exercício profissional.

Para avaliação do conhecimento e das atitudes da equipe de saúde em relação à dor neonatal, foram abordadas questões sobre a existência de sensibilidade dolorosa no RN, a frequência e forma de avaliação da dor em RN internados em unidades neonatais, a importância do tratamento da dor desses neonatos e sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o

alívio da dor neonatal. Ressalta-se que, para a questão sobre os procedimentos considerados dolorosos, foi apresentada uma lista com 14 procedimentos, da qual o profissional poderia assinalar com um X uma ou mais opções e ainda descrever outros procedimentos que não foram mencionados. Já para a questão sobre as medidas farmacológicas adequadas para o alívio da dor, foi apresentada uma lista, em ordem alfabética, contendo 16 medicações. Esta lista incluía analgésicos não opióides, analgésicos opióides, anestésicos e sedativos, adequados ou não para o uso neonatal, e o participante pôde selecionar uma ou mais medicações e/ou indicar outros medicamentos não listados.

Em relação às medidas não farmacológicas para alívio da dor em neonatos foi utilizada uma pergunta aberta sobre as medidas mais utilizadas pelos profissionais de saúde.

Para verificar a objetividade e clareza do instrumento de coleta, foi realizado um estudo piloto com 10 profissionais (três médicos, dois enfermeiros e cinco auxiliares de enfermagem) da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do próprio hospital, não sendo necessária qualquer alteração nas versões dos questionários por categoria profissional.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do hospital (Parecer nº 501/2011). Todos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual informava os objetivos da pesquisa e garantia o anonimato e a livre participação.

Os dados foram digitados em uma planilha do Microsoft Office Excel (versão 2007) e submetidos à análise de consistência mediante a dupla digitação. Após comparação das duas planilhas digitadas e correção das divergências, os dados foram exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 16.0, para a realização da análise estatística descritiva. Os dados estão apresentados em frequência absoluta, porcentagem, média e \pm desvio padrão.

RESULTADOS

Participaram do estudo 57 profissionais de saúde, sendo 15 médicos, oito enfermeiros e 34 auxiliares de enfermagem. Dois médicos e um enfermeiro recusaram-se a ser entrevistados alegando falta de tempo.

Quanto às características pessoais, oito médicos (53,3%) eram do sexo masculino; enquanto todas as enfermeiras e auxiliares de enfermagem eram do sexo feminino. A média de idade dos médicos foi de 49,1 (\pm

10,0) anos, das enfermeiras 40,1, (\pm 3,9) anos e das auxiliares de enfermagem foi de 43,5 (\pm 6,0) anos.

Em relação à formação acadêmica, menos da metade (40,0%) dos médicos e a maioria (75,0%) das enfermeiras possuíam especialização em neonatologia, algumas (38,2%) auxiliares tinham concluído o curso de graduação em enfermagem. Quanto à participação em cursos e eventos científicos sobre o manejo da dor neonatal, os resultados apontaram que o investimento na capacitação e desenvolvimento de recursos humanos, seja por iniciativa pessoal ou institucional, ainda é pequeno, visto que apenas 22,8% dos profissionais frequentaram esses cursos e eventos nos últimos cinco anos (seis médicos, três enfermeiras e quatro auxiliares de enfermagem).

Os dados relativos ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a existência de sensibilidade dolorosa neonatal e às práticas de avaliação da dor no RN estão expressos na Tabela 1.

A totalidade de médicos, enfermeiros e, com exceção de uma, auxiliar de enfermagem, afirmaram que o neonato sente dor e a maioria deles avalia a dor do RN, sendo esta avaliação feita de duas a três vezes na semana por 45,6% dos participantes.

Dentre as formas de avaliação de dor, destaca-se o choro como uma das manifestações mais citadas pelos médicos (92,9%), pelas enfermeiras (100%) e auxiliares de enfermagem (96,8%).

A mímica facial foi à segunda manifestação apontada pelos médicos (71,4%), pelas enfermeiras (75,0%) e auxiliares de enfermagem (67,7%) para avaliação da dor; as três ações faciais de dor citadas foram fronte saliente, olhos apertados e boca aberta.

A movimentação dos membros também foi apontada por 64,3% dos médicos, 62,5% das enfermeiras, e 67,7% das auxiliares de enfermagem como parâmetro de avaliação da dor em RN. Os parâmetros fisiológicos foram citados em menor frequência: 50,0% dos médicos, 37,5% das enfermeiras e 16,1% dos auxiliares, sendo, portanto, mais utilizados pela equipe médica para avaliar a dor.

Apesar dos profissionais de saúde utilizarem parâmetros comportamentais e fisiológicos para avaliação da dor, nenhum profissional afirmou conhecer escalas de avaliação da dor no RN.

No que se refere ao tratamento da dor neonatal, o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde que participaram do estudo estão descritos na Tabela 2.

Tabela 1: Conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde em relação à sensibilidade dolorosa e à avaliação dor neonatal. Hospital estadual do interior paulista, 2011.

	Médicos		Enfermeiras		Auxiliares de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Neonato sente dor								
Sim	15	100,0	8	100,0	33	97,1	56	98,2
Não	0	0	0	0	1	2,9	1	1,7
Avaliação da dor								
Não	1	6,7	0	0	3	8,8	4	7,0
Sim	14	93,3	8	100,0	31	91,2	53	93,0
Frequência de avaliação da dor								
1 vez/semana	5	35,7	0	0	1	3,2	6	10,5
2 a 3 vezes/semana	6	42,9	4	50,0	16	51,6	26	45,6
Diariamente	3	21,4	4	50,0	14	45,2	21	36,8
Formas de avaliação da dor								
Mímica facial	10	71,4	6	75,0	21	67,7	37	65,0
Fronte saliente, olhos apertados e boca aberta	0	0	0	0	1	4,8	1	1,7
Fronte saliente e olhos apertados	5	50,0	0	0	6	28,6	11	19,3
Fronte saliente e boca aberta	0	0	1	16,7	0	0	1	1,7
Fronte saliente	4	40,0	5	83,3	13	61,9	22	39,0
Olhos apertados	1	10,0	0	0	1	4,8	2	3,5
Choro	13	92,9	8	100,0	30	96,8	51	89,5
Movimentação corporal	9	64,3	5	62,5	22	71,0	36	63,2
Membros superiores e inferiores	7	77,8	5	100,0	19	86,4	31	54,4
Membros superiores	2	22,2	0	0	0	0	2	3,5
Membros inferiores	0	0	0	0	3	13,6	3	5,3
Parâmetros fisiológicos	7	50,0	3	37,5	5	16,1	15	26,3
↑ FC	3	42,9	2	66,7	2	40,0	7	12,3
↑ FC e alteração respiratória	2	28,6	0	0	0	0	2	3,5
↑ FC e ↓ SatO ₂	0	0	0	0	2	40,0	2	3,5
↓ SatO ₂	1	14,3	0	0	0	0	1	1,7
↑ FC, alteração respiratória, ↑ PA e ↓ SatO ₂	1	14,3	0	0	0	0	1	1,7
↑ FC, alteração respiratória e ↓ SatO ₂	0	0	1	33,3	1	20,0	2	3,5

n = frequência absoluta; % = porcentagem; SatO₂ = saturação de oxigênio; PA = pressão arterial; FC = frequência cardíaca; ↓ = redução; ↑ = aumento;

Tabela 2: Conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde em relação ao tratamento da dor neonatal. Hospital estadual do interior paulista, 2011.

	Médicos		Enfermeiras		Auxiliares de Enfermagem		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Importância de tratar a dor								
Sim	15	100,0	8	100,0	33	97,1	56	98,2
Não	0	0	0	0	1	2,9	1	1,7
Justificativas para o tratamento da dor								
Melhora do prognóstico	1	6,7	0	0	1	3,0	2	3,5
Diminuição do sofrimento	0	0	0	0	5	15,2	5	8,8
Diminuição do estresse	1	6,7	1	12,5	1	3,0	3	5,3
Diminuição do sofrimento e estresse	3	20,0	2	25,0	6	6,1	11	19,3
Melhora do prognóstico e diminuição do sofrimento	0	0	0	0	2	18,2	2	3,5
Melhora do prognóstico e redução do sofrimento e estresse	10	66,7	5	62,5	18	54,5	33	57,9
Medicamento adequado para dor aguda								
Fentanil	14	93,3	6	75,0	14	41,2	34	24,6
Paracetamol	10	66,7	6	75,0	24	70,6	40	70,2
Midazolam	7	46,7	3	50,0	12	35,3	22	38,6
Dipirona	5	33,3	4	37,5	19	55,9	28	49,1
Tramadol	5	33,3	3	37,5	18	52,9	26	45,7
Morfina	2	13,3	2	25,0	1	2,9	5	8,8
Cetamina	1	6,7	0	0	0	0	1	1,7
Hidrato de Cloral	0	0	1	12,5	0	0	1	1,7
Medidas não farmacológicas								
Não	5	33,3	1	12,5	11	32,4	17	29,9
Sim	10	66,7	7	87,5	23	67,6	40	70,1
Glicose	4	40,4	1	14,3	10	43,5	15	26,3
Sucção não nutritiva	0	0	0	0	1	4,3	1	1,7
Contenção	0	0	1	14,3	2	8,7	3	5,3
Colo materno	0	0	0	0	2	8,7	2	3,5
Glicose e sucção não nutritiva	4	40,0	1	14,3	3	13,0	8	14,0
Glicose e contenção	1	10,0	0	0	1	4,3	2	3,5
Glicose, sucção não nutritiva e contenção.	1	10,0	4	57,1	4	17,4	9	15,8

n = frequência absoluta; % = porcentagem.

Quase a totalidade (98,2%) dos profissionais considera importante tratar a dor do RN, atitude essa justificada principalmente pela melhora do prognóstico e redução do sofrimento e estresse.

De acordo com cada categoria profissional, os medicamentos adequados para a dor aguda apontada foram: fentanil (93,3%), midazolam (46,7%), tramadol (33,3%), morfina (13,3%) e cetamina (6,7%) entre os médicos; fentanil (75%), midazolam (37,5%), tramadol (37,5%), morfina (25,0%) e hidrato de cloral (12,5%) entre as enfermeiras e tramadol (52,9%), fentanil (41,2%), midazolam (35,3%) e morfina (2,9%) entre as auxiliares de enfermagem.

Com relação aos procedimentos potencialmente dolorosos realizados em neonatos nas unidades neonatais, a maioria dos profissionais de saúde (50,9% - 10 médicos, quatro enfermeiras e 15 auxiliares de enfermagem) admitiu prescrever, ou administrar, mediante prescrição, algum medicamento analgésico para a passagem de cateter central de inserção periférica (CCIP). A maioria dos médicos (66,7%) ainda mencionou a drenagem de tórax, intubação orotraqueal e flebotomia como procedimentos para os quais prescrevem medicação analgésica.

No entanto, dentre aqueles que reconheceram a necessidade de prescrição e administração de analgesia para a passagem do CCIP, 24 participantes (cinco médicos, quatro enfermeiras e 15 auxiliares de enfermagem) indicaram erroneamente o midazolam, enquanto analgésico de escolha.

Verifica-se que, dentre os procedimentos considerados potencialmente dolorosos, o cateterismo umbilical, a sondagem gástrica, punção de calcâneo, injeção intramuscular ou subcutânea e punção lombar foram procedimentos que a maioria da equipe de saúde (98,2%) considerou o uso de analgesia. No entanto, a aspiração traqueal e o exame fundo de olho não foram citados pelos profissionais de saúde enquanto procedimentos em que é necessário o uso de analgésicos ou medidas não farmacológicas.

Em relação às medidas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal, a maioria (70,1%) dos profissionais de saúde referiu conhecer e aplicar na prática clínica esse tipo de tratamento, predominando o uso da glicose com ou sem a sucção não nutritiva (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram que os profissionais de saúde, têm conhecimento sobre a existência de

sensibilidade dolorosa neonatal, concordando com as evidências disponíveis que comprovam a presença de elementos neuroanatômicos e neuroendócrinos fundamentais à percepção do estímulo doloroso, desde o nascimento⁽¹⁶⁾. Outros estudos também encontraram unanimidade entre os profissionais de saúde ao considerar que o RN sente dor^(9,12-14).

Porém, merece destaque o fato de uma auxiliar de enfermagem ainda acreditar que o RN não é capaz de sentir dor. Esse paradigma, prevalente até a década de 70, deve-se a lacuna no conhecimento acerca da percepção e transmissão da dor nos RN⁽¹⁷⁾.

No Reino Unido, 62 médicos e 137 enfermeiros, concordam que RN com idade gestacional acima de 28 semanas são capazes de sentir dor, no entanto, alguns profissionais (1,5%) discordam que os prematuros de idade gestacional inferior a 28 semanas percebam a dor⁽¹⁰⁾. Contrapondo esse dado, 100% dos entrevistados em outro estudo acreditam que o RN sente dor e, entre 80% e 100% acreditam que o RN sente tanto ou mais dor do que o adulto. Nota-se que quanto mais qualificado o profissional em pediatria e neonatologia, há um aumento significativo do conhecimento de que o prematuro sente dor ou mais dor do que um RN a termo⁽¹⁸⁾.

Com relação à qualificação dos profissionais na área de dor neonatal, verificou-se que uma pequena parte dos profissionais participou de cursos e eventos sobre a temática, assim como no estudo de Akuma e Jordan⁽¹⁰⁾, no qual 58 dos 62 médicos não receberam treinamento sobre dor e analgesia na sua qualificação primária e das 137 enfermeiras, 112 não receberam treinamento sobre o assunto.

O aprendizado a respeito do fenômeno doloroso durante a formação médica molda a prática futura. Um estudo transversal com 180 alunos de medicina, 42 residentes de pediatria e 20 de neonatologia de uma universidade pública em São Paulo, mostrou que para efetivamente implementar um manuseio mais adequado da dor nas unidades neonatais, há necessidade de se estruturar o conhecimento formal e criar condições de aprendizado prático, com atuação dinâmica dos vários profissionais envolvidos no cuidado e conforto ao RN em relação ao aprendizado do jovem médico⁽¹⁸⁾.

A Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP) recomenda que o conteúdo de dor deva ser integrado dentro dos programas utilizando abordagens educacionais para atender a cada uma das categorias profissionais de acordo com as suas necessidades⁽¹⁹⁾. O currículo da enfermagem deve fornecer o melhor nível de

educação sobre manejo da dor, sendo o enfermeiro capaz de avaliar e controlar a dor em todo o mundo⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

A maioria (93%) dos profissionais de saúde afirmou avaliar a dor. O mesmo ocorreu com 392 enfermeiros que atuavam em unidades neonatais na Finlândia, visto que quase todos (97%) concordam que a avaliação da dor é importante e consideraram as escalas importantes para o uso em unidades neonatais⁽¹⁴⁾.

Para avaliar a dor, os profissionais citaram mais frequentemente o choro. O choro do RN tem um padrão melódico e frequência de 80dB, e, diante de um estímulo doloroso, ocorrem alterações sutis: a fase expiratória torna-se mais prolongada, a tonalidade mais aguda, há perda do padrão melódico e a duração do choro aumenta⁽³⁾. Porém, o significado do choro ainda não está claro, visto que pode remeter a diferentes níveis de estresse, relacionados a diversas causas, tal como dor, fome ou desconforto. O choro não deve ser considerado um parâmetro isolado para mensurar a dor, apesar de ser muito utilizado pelos profissionais de saúde na prática clínica para avaliar a dor neonatal⁽¹³⁾. No caso de RN entubados (nos quais o choro é inaudível) recomenda-se utilizar a movimentação facial e o choro, mas não o choro isoladamente⁽³⁾.

A expressão fácil foi o segundo parâmetro mais citado, seguido da movimentação corporal e parâmetros fisiológicos. De fato, a expressão facial é amplamente utilizada para mensurar a dor do neonato e sua efetividade e confiabilidade como instrumento de avaliação tem sido extensamente demonstrada⁽³⁾. A mímica facial é considerada o indicador de dor mais sensível e específico em RN, pois já nas primeiras 24 horas de vida, mesmo os RN pré-termo apresentam expressões faciais segundos após um procedimento doloroso⁽¹⁴⁾. A movimentação facial se constitui em uma linguagem de dor mais específica e facilmente entendida pelo adulto⁽³⁾.

A especificidade dos movimentos faciais se constitui em uma ferramenta importante na adaptação evolutiva das espécies, sendo um meio de comunicação entre RN e cuidadores. No entanto, a ausência da mímica facial de dor não significa que o RN não está sentindo dor, visto que a repetição do fenômeno doloroso ou a menor idade gestacional do RN podem implicar em menor intensidade dos movimentos faciais⁽³⁾.

A movimentação dos membros também foi apontada por grande parte dos profissionais como parâmetro de avaliação da dor em RN, todavia, vale lembrar que a atividade motora deve ser analisada em conjunto com

outros indicadores para que a avaliação da dor se torne mais confiável⁽³⁾.

Os parâmetros fisiológicos parecem úteis para avaliar a dor à beira do leito, mas em geral, não podem ser usados de forma isolada para decidir se o RN apresenta dor e se há necessidade do uso de analgésicos⁽³⁾. Nossos resultados confirmam aqueles obtidos em outro estudo qualitativo, em que a equipe de enfermagem também considerara que o RN sente dor, sendo que a maioria identificou algumas manifestações dolorosas comportamentais e, apenas 25% identificaram as manifestações fisiológicas de dor⁽¹³⁾.

De acordo com Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾ é consenso que a avaliação objetiva da dor no RN deve ser realizada por meio de escalas que englobem vários parâmetros e procurem uniformizar os critérios de mensuração variáveis. Os parâmetros fisiológicos e comportamentais quando avaliados simultaneamente, oferecem maiores informações a respeito das respostas individuais à dor e de possíveis interações com o ambiente.

Merece destaque o fato de nenhum dos profissionais participantes do estudo conhecer escalas de avaliação da dor no RN, visto que existem várias delas disponíveis e validadas, as quais vêm sendo amplamente recomendadas na literatura nacional e internacional. Esta deficiência também foi apontada em outro estudo da Finlândia, no qual 75% dos enfermeiros consideraram as escalas de dor importantes para o uso em unidades neonatais, no entanto, 60% acreditam que podem avaliar a dor do prematuro sem auxílio de escalas de dor, e 18% não sabiam sobre essa avaliação⁽¹⁴⁾.

No cenário nacional, um estudo realizado em Belém-PA, com 104 pediatras atuantes em unidades neonatais, mostrou, que apesar de todos esses médicos acreditarem que o neonato sente dor, apenas 35,6% conheciam alguma escala para avaliar a dor nesta faixa etária⁽⁹⁾.

O uso de instrumentos para avaliar a dor foi relatado por cinco dos 199 profissionais de saúde⁽¹⁰⁾; mais enfermeiras (79) do que médicos (18) utilizaram escalas para avaliar a dor em suas unidades, porém a maioria dos profissionais (192) baseia sua avaliação de dor e estresse no comportamento, nas reações corporais ou alterações dos sinais vitais, como apneia e saturação de oxigênio.

Cabe assinalar que independentemente da escala utilizada, a avaliação da dor deve ser repetida regularmente e com base na avaliação sistemática, as intervenções adequadas devem ser prescritas e

administradas, com posterior reavaliação e documentação da efetividade do tratamento aplicado⁽³⁾.

Quanto ao conhecimento e atitudes dos profissionais de saúde em relação aos analgésicos adequados para alívio da dor aguda, os medicamentos mais citados foram: paracetamol, fentanil, dipirona, tramal e midazolam.

Em relação ao analgésico adequado para a dor aguda o paracetamol é o único analgésico não opióide seguro para o uso em RN, sendo pouco efetivo em processos dolorosos intensos^(3,15,17).

Quanto à dipirona, no Brasil, ao contrário do que ocorre em 33 países mais desenvolvidos, esse medicamento é usado indiscriminadamente para controle da dor e hipertermia, sem que se discutam comparativamente os riscos envolvidos⁽²¹⁾. No entanto, a experiência com o uso de dipirona em RN tem demonstrado segurança e eficácia analgésica e antitérmica, sem incidência de efeitos colaterais⁽²¹⁾.

Cabe ressaltar que 46,7% dos médicos, 37,5% das enfermeiras e 35,3% das auxiliares de enfermagem citaram o midazolam como medicação para alívio da dor em RN e uma enfermeira citou o hidrato de cloral. Porém, ambos os medicamentos são sedativos e reduzem a atividade e a agitação do paciente, mas não diminuem a dor⁽²²⁾.

A terapia para a prevenção e manejo da dor neonatal deve incluir estratégias para limitar o número de procedimentos invasivos, avaliação da segurança e eficácia de fármacos em relação a dosagem e exposição cumulativa, e a evolução de várias combinações de fármacos e terapias não farmacológicas, a fim de melhorar a analgesia e prevenir os eventos adversos⁽¹⁷⁾.

O uso de substâncias adocicadas, como a sacarose e a glicose, é uma medida bastante recomendada para o controle da dor no RN, não havendo dúvidas quanto aos benefícios das mesmas no alívio da dor referente a um único procedimento em RN a termo e pré-termo⁽⁶⁾.

Dentre as intervenções não farmacológicas recomendadas pelo Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾ aos profissionais de saúde estão: administração de substâncias adocicadas por via oral, sucção não nutritiva, amamentação, contato pele-a-pele e a diminuição da estimulação tátil. Intervenções como mudar de posição, aninhar, enrolar no cueiro, manter posição flexionada e suporte postural com contenção manual facilitam a organização e autorregulação dos neonatos durante a dor aguda.

A maior parte dos profissionais (70,1%) conhecia algum método não farmacológico para alívio da dor,

sendo a glicose com ou sem a sucção não nutritiva o método mais citado. Em estudo sobre o uso de intervenções analgésicas em procedimentos dolorosos durante a última década, verificou-se um aumento de 14,3% no uso das soluções adocicadas do ano de 1997 para 2009, sendo essa a segunda intervenção mais utilizada nas unidades neonatais, após os analgésicos administrados em 16% dos procedimentos⁽²³⁻²⁵⁾. Ressalta-se a lacuna no conhecimento e na atitude dos profissionais de saúde, ao desconhecer a efetividade do contato pele-a-pele e da amamentação materna no alívio da dor aguda do RN, intervenções essas consideradas mais naturais e que já foram comprovadas, inclusive por pesquisas brasileiras⁽²³⁻²⁴⁾.

Quanto à prescrição ou administração, mediante prescrição, de medicamento para dor em procedimentos potencialmente dolorosos, o procedimento mais citado foi a passagem de CCIP com o uso do midazolam. A aspiração traqueal e o exame fundo de olho não foram citados pelos profissionais, embora na literatura, tais procedimentos são considerados dolorosos⁽¹⁷⁾.

O Ministério da Saúde⁽¹⁷⁾ recomenda aos profissionais de saúde o uso de analgesia no período neonatal em procedimentos dolorosos agudos, tais como drenagem torácica, intubação traqueal eletiva, inserção de cateter central e de cateter de diálise, punção ligúrica, múltiplas punções arteriais e ou venosas e ou capilares, procedimento cirúrgico de qualquer porte, RN com enterocolite necrosante em fase aguda e tocotraumatismo como fratura ou laceração extensa. No caso dos anti-inflamatórios não hormonais a indicação é que sejam usados em processos dolorosos leves ou moderados e ou quando a dor está associada a processo inflamatório, especialmente em situações nas quais a depressão respiratória desencadeada pelos opioides é preocupante e indesejável. Esse grupo de fármacos inclui o paracetamol, ácido acetil-salicílico, diclofenaco, ibuprofeno, indometacina, ketoralaco e dipirona.

Com relação ao uso de opióide no período neonatal, entre os mais utilizados destacam-se a morfina, fentanil, tramadol e metadona^(3,17,21).

Os opióides atuam através de receptores opióides espalhados pelo sistema nervoso central, cuja ativação inibe a transmissão do estímulo nociceptivo aos centros superiores de processamento e associação, além de ativar vias corticais descendentes inibitórias da dor, levando a analgesia. A morfina, fentanil e tramadol fazem parte desse grupo. A morfina é um potente analgésico e bom sedativo e o fentanil, um opioide sintético dez vezes mais potente que a morfina e, são os

mais utilizados em RN. O tramadol apesar de ter excelentes propriedades analgésicas, causando menos obstipação intestinal e depressão respiratória do que a morfina, o relato de seu uso em RN é raro^(17,21).

Ao investigar a preferência de pediatras em relação aos analgésicos usados no período neonatal, notou-se que 50 a 70% dos entrevistados preferiam os opioides para a analgesia de RN, no entanto, os médicos que trabalhavam com neonatos criticamente doentes relataram um temor, em proporções muito expressivas, do efeito depressor respiratório desses fármacos⁽⁹⁾.

Dentre os medicamentos utilizados para tratamento da dor foi citado o sedativo midazolam, que apesar de ser mais potente quando comparado com o diazepam, apresenta risco de depressão respiratória e hipotensão potencializados com o uso de opióides. O uso concomitante de fentanil com midazolam pode causar, principalmente após o 4º dia, encefalopatia, diminuição da interação social e posturas distônicas^(21,23).

Os médicos reconhecem que o midazolam é seguro para uso de rotina em RN, porém os mesmos concordam que a sedação não promove analgesia⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os profissionais de saúde que participaram do estudo reconhecem que os RN sentem dor e que é necessário tratá-la. Porém, ainda existe uma grande lacuna para aplicação adequada de conhecimentos, pois

percebemos o desconhecimento dos profissionais sobre a avaliação e o tratamento da dor aguda decorrente de procedimentos potencialmente dolorosos.

Com base nesses resultados, percebe-se que é importante a capacitação profissional fundamentada na transferência de conhecimento, proporcionando aprendizagem aos profissionais de saúde das unidades neonatais e tornando-os sujeitos ativos na criação e implantação de programas para adequada avaliação e manejo da dor neonatal. Esses programas devem conscientizar e capacitar os profissionais quanto à identificação dos indicadores fisiológicos e comportamentais de dor no RN, utilização de escalas validadas para avaliação da dor neonatal, bem como, quanto ao tratamento farmacológico e não farmacológico adequado.

Assim, ações de conscientização e capacitação profissional devem ser implementadas, propiciando aos cuidadores educação permanente e tornando-os sujeitos ativos na criação e implantação de programas de intervenção e, portanto, agentes de transformação social.

Além disso, os programas devem estimular uma reflexão sobre a importância do registro sistemático e criterioso da assistência planejada e implementada, com vistas a uma melhor documentação das ações e intervenções realizadas pela equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

- Webb MS, Passmore D, Cline G, Maquire D. Ethical issues related to caring for low birth weight infants. *Nurs Ethics*. 2014. Available from: <http://nej.sagepub.com/content/early/2014/01/22/0969733013513919>.
- Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocq S, et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. *JAMA*. 2008; 300(1):60-70.
- Guinsburg R, Cuenca MC. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria. 2010 out 8; São Paulo. Available from: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf
- Resolução SBP nº 41, de 13 de outubro de 1995 (BR). Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União [Internet]. 17 out. 1995 [cited 2012 jan. Available from: <http://www.direitoshumanos.gov.br/conselho/conanda/arqcon/arqcon/41resol.pdf>.
- Tavares LAM. Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2008.
- Harrison B, Yamada J, Stevens B. Strategies for the prevention and management of neonatal and infant pain. *Curr Pain Headache Rep*. 2010; 14(2):113-23.
- Codipietro L, Bailo E, Nangeroni M, Ponzzone A, Grazia G. Analgesic techniques in minor painful procedures in neonatal units: a survey in Northern Italy. *Pain Pract*. 2011; 11(2):154-9.
- Stinson JN, McGrath P. No pain-all gain: advocating for improved paediatric pain management. *Paediatr Child Health*. 2007; 12(2):93-4.
- Chermont AG, Guinsburg R, Balda RC, Kopelman BI. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *J Pediatr*. 2003; 79(3):265-72.
- Akuma AO, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *J Adv Nurs*. 2012; 68(6):1288-301.
- Byrd PJ, Gonzales I, Parsons V. Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. *Adv Neonatal Care*. 2009;9(6):299-306.
- Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev. Eletr. Enf*. 2009;11(1):64-9.
- Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MCC, Leite AM. A dor na unidade neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto SP. *Rev. bras. Enferm*. 2006;59(2):188-94.
- Polkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehviläinen-julkunen K, Pietilä AMI. Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. *Scand J Caring Sci*. 2010;24(1):49-55.
- Defontaine A, Ecoffey C. Pain in children: sedation and analgesia. *Rev Prat*. 2013; 63(7):1019-23.
- Vitaliti SM, Costantino G, Li Puma L, Re MP, Vergara B, Pinello G. Painful procedures in the NICU. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2012; 25(suppl 4): 146-7.

17. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
18. Silva APM, Balda RCX, Guinsburg R. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de pediatria e neonatologia. *Rev. dor.* 2012; 13(1):35-44.
19. International Association for the Study of Pain – IASP. Curriculum Outline on Pain for Nursing. Task Force Members: Huda Abu-Saad Huijjer, Christine Miaskowski (Chair), Robyn Quinn, Alison Twycross. Available from: <http://www.iasp-pain.org/Education/CurriculumDetail.aspx?ItemNumber=2052>
20. Seixas Silva AM. Pain in the newborn: a challenge for nursing practice. *Servir.* 2013; 58(1-2):40-6.
21. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedação e analgesia em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;57(5):575-87.
22. Ng E, Taddio A, Ohlsson A. Intravenous midazolam infusion for sedation of infants in the neonatal intensive care unit. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2012;6:CD002052.
23. Castral TC, Warnock F, Leite AM, Haas VJ, Scochi CGS. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. *Eur J Pain.* 2008; 12(4): 464-71.
24. Leite AM, Linhares MB, Lander J, Castral TC, Santos CB, Scochi CGS. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. *Clin J Pain.* 2009;25 (9):827-32.
25. Schultz M, Loughran-Fowlds A, Spence K. Neonatal pain: a comparison of the beliefs and practices of junior doctors and current best evidence. *J Paediatr Child Health.* 2010;46(1-2):23-8.

Artigo recebido em 09/04/2013.

Aprovado para publicação em 07/02/2014.

Artigo publicado em 30/06/2014.