

Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal

Iana Mundim de Oliveira¹, Thaíla Corrêa Castral², Marcela Maria Faria Peres Cavalcante³,
Julyana Calatayud Carvalho⁴, Mariana Firmino Daré⁵, Ana Karina Marques Salge⁶

¹ Enfermeira. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: ianamundim@hotmail.com.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: thaccastral@gmail.com.

³ Enfermeira, Doutora em Educação. Docente da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: marcelamaria.cavalcante@uol.com.br.

⁴ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: julyanacalatayud@hotmail.com.

⁵ Enfermeira. Discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: mari_dare@hotmail.com.

⁶ Enfermeira, Doutora em Patologia. Professora Associado da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. E-mail: anasalge@gmail.com.

Recebido: 20/07/2015.

Aceito: 14/03/2016.

Publicado: 30/06/2016.

Como citar esse artigo:

Oliveira IM, Castral TC, Cavalcante MMFP, Carvalho JC, Daré MF, Salge AKM. Conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem sobre avaliação e tratamento da dor neonatal. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2016 [acesso em: __/__/__];18:e1160. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v18.36782>.

RESUMO

Objetivo do estudo foi verificar o conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal quanto à avaliação e tratamento da dor aguda em recém-nascidos. Estudo descritivo exploratório realizado com 26 profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal no Centro-Oeste, Brasil. A maioria dos profissionais identificou ao menos uma escala de avaliação da dor neonatal (76,9%). As estratégias para alívio da dor selecionadas pelos profissionais foram diminuição de ruído e luminosidade (84,6%), posição canguru (76,9%) e colo (76,9%). Menos da metade (28,0%) dos profissionais afirmou registrar sempre ou frequentemente o escore de dor no plantão, e 64,0% referiu utilizar estratégias de alívio da dor. A maioria dos profissionais demonstrou conhecimento quanto ao manejo da dor, apesar de existirem lacunas. A aplicação das escalas e medidas de alívio da dor mostrou-se inadequada, seja pelo pouco uso, não utilização da melhor evidência disponível ou falta de registro.

Descritores: Recém-Nascido; Dor Aguda; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal.

INTRODUÇÃO

A dor é um evento adverso frequente durante a hospitalização de recém-nascidos (RN) em unidades neonatais, sendo necessário seu

adequado manejo durante os procedimentos dolorosos⁽¹⁾.

A dor é um estímulo desagradável e uma experiência emocional decorrente de lesão real ou potencial,

ou descrita em termos de tais danos; sendo sua existência possível independente do autorrelato⁽²⁾. O ser humano é capaz de perceber a dor desde o período fetal, e devido à incompleta mielinização dos neurônios no período neonatal, os RN sentem mais dor do que os adultos⁽³⁾.

A hospitalização do RN em uma unidade neonatal expõe o RN a procedimentos dolorosos repetidos para fins diagnósticos e terapêuticos; e a dor, quando não adequadamente tratada, pode causar consequências deletérias em curto e longo prazo, tais como hipersensibilidade à dor e alodínea⁽¹⁾.

Estudos têm mostrado a frequente exposição dos RN à dor sem estratégias de alívio. Em estudo realizado com 175 RN de uma unidade neonatal na Holanda, foram realizados 21.076 procedimentos dolorosos nos primeiros 14 dias após admissão na unidade, com uma média de 11,4 procedimentos dolorosos/dia por RN, sendo a aspiração endotraqueal e nasofaríngea os procedimentos mais frequentes (60,3%). Entretanto, 63,4% dos procedimentos dolorosos foram realizados sem estratégias de alívio da dor⁽⁴⁾. No Brasil, estudo no interior de São Paulo, os RN foram submetidos a uma média diária de 5,4 procedimentos dolorosos, nas primeiras duas semanas após a admissão em unidade neonatal, com apenas 44,9% dos procedimentos realizados com algum tipo de estratégia de alívio da dor⁽⁵⁾.

A avaliação da dor neonatal é um desafio para os profissionais de enfermagem, visto a impossibilidade do RN relatar sua própria dor. Esta avaliação deve incluir tanto parâmetros fisiológicos (ex.: frequência cardíaca, saturação de oxigênio) quanto comportamentais (ex.: mímica facial, choro, movimento corporal), sendo recomendado o uso de escalas validadas⁽⁶⁾.

Revisão sistemática identificou 28 escalas de avaliação da dor neonatal⁽⁷⁾. A expressão facial é a alteração comportamental mais específica para mensurar a dor, presente em quase 70% das escalas validadas. Outros parâmetros, tal como a movimentação corporal e a alteração dos parâmetros fisiológicos, podem estar presentes também em estímulos estressantes, mas não dolorosos, considerados com menor especificidade, mas não menos importantes na avaliação da dor neonatal⁽⁷⁾. Recomenda-se que a dor seja mensurada como “o quinto sinal vital”, juntamente com outros sinais, como pressão arterial, pulso, respiração e temperatura, sendo essa avaliação fundamental para o manejo adequado do sintoma⁽⁸⁻⁹⁾.

A avaliação e o tratamento da dor por profissionais de saúde capacitados e medidas de alívio efetivas são um direito humano fundamental. Todas as pessoas tem o direito de acesso ao manejo adequado da dor sem qualquer tipo de discriminação, reconhecimento da dor e informação dos meios disponíveis para avaliá-la e tratá-la e acesso a uma avaliação e tratamento adequados por profissionais de saúde capacitados⁽¹⁰⁾.

Em RN, as estratégias de alívio da dor incluem métodos farmacológicos e não farmacológicos, sendo os não farmacológicos simples e de fácil aplicação pela equipe de enfermagem. Estudos demonstram a eficácia de estratégias na redução da dor em RN, tal como a glicose⁽¹¹⁾, a amamentação⁽¹²⁾, a sucção não nutritiva⁽¹²⁾, e o contato pele-a-pele⁽¹²⁾.

Apesar dos avanços científicos significativos evidenciados por meio de escalas validadas para mensurar a dor no RN, e diversas estratégias farmacológicas⁽¹³⁾ e não farmacológicas⁽¹³⁾ com eficácia comprovada para o tratamento da dor aguda neonatal, verificamos uma lacuna entre a evidência e a prática clínica. Diversas

barreiras têm dificultado o adequado manejo da dor pelos profissionais de saúde em unidades neonatais, tal como a falta de conhecimento, resistência à mudança, entre outros⁽¹⁴⁾.

Assim, o presente estudo teve como foco uma destas barreiras, que é o conhecimento, além da atitude dos profissionais de saúde. O objetivo foi verificar o conhecimento e atitude dos profissionais de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva neonatal quanto à avaliação e tratamento da dor aguda em recém-nascidos. Espera-se que os resultados auxiliem na identificação de lacunas no conhecimento e atitude dos profissionais de saúde para elaboração e implementação de ações para melhoria do manejo da dor em unidades neonatais.

MÉTODOS

Estudo descritivo exploratório, realizado em abril de 2014, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital público, em Goiânia-GO, com oito leitos neonatais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (CAAE 12666513.9.0000.5078).

A coleta de dados foi realizada por meio de questionário semiestruturado de autorrelato aplicado aos profissionais de enfermagem da unidade, após análise por três especialistas em dor neonatal e ter sido submetido a teste piloto com cinco profissionais.

O questionário foi adaptado de outros autores⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, sendo constituído de 20 questões e dividido em duas partes: a primeira parte, composta de 13 questões relacionadas à formação e atuação dos profissionais, e a segunda parte, composta de 07 questões, referentes ao conhecimento e atitude do profissional em relação à dor neonatal. Os questionários foram entregues pela pesquisadora aos profissionais e foi solicitada devolução após completo. Os questionários preenchidos eram recolhidos diariamente pela pesquisadora. Para aqueles que não devolveram o questionário preenchido, foi solicitado verbalmente pela pesquisadora a devolução até uma semana após o término da coleta de dados. Os questionários não entregues até esta data foram excluídos da análise. O tempo médio de preenchimento foi de uma hora.

Participaram do estudo profissionais de enfermagem de nível médio e superior que prestavam assistência direta ao RN na unidade do estudo, excluindo-se aqueles que estavam em licença ou férias durante o período da coleta de dados.

Dentre os 36 profissionais de enfermagem que atuavam na unidade, obteve-se um índice de participação de 72% dos profissionais (n = 26), tendo os demais apresentado recusa (n = 1), preenchimento inadequado (n = 1) ou não devolução do instrumento para o pesquisador, mesmo após assinatura do termo de consentimento (n = 8).

Atendendo à Resolução 466/2012, a participação dos profissionais de saúde foi voluntária, mediante assinatura, antes da coleta dos dados, do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo mantido o anonimato dos participantes.

Os dados foram duplamente digitados em uma planilha do IBM® SPSS® (versão 21.0) e feita análise e correção de inconsistências. Posteriormente, foi realizada a análise estatística, por meio de média, mediana,

desvio padrão e distribuição de frequência.

RESULTADOS

A média de idade dos 26 profissionais participantes foi de 37,3 ($\pm 10,1$) anos, sendo 100,0% do sexo feminino. A maioria era técnicas de enfermagem (73,1%), seguida de enfermeiras (23,1%) e uma residente de enfermagem (3,8%). Somente um (3,8%) profissional tinha especialização em pediatria ou neonatologia, três (11,5%) tinham mestrado, e um (3,8%) possuía título de doutor.

A maioria das profissionais tinha mais de um vínculo empregatício, sendo que 13 (50,0%) responderam ter dois vínculos empregatícios, e quatro (15,4%) tinham três ou mais vínculos. A média de experiência na área neonatal das profissionais foi de 5,4 anos ($\pm 54,4$ meses), e o tempo médio de trabalho na unidade do estudo foi de 4,3 anos ($\pm 41,6$ meses).

A Tabela 1 apresenta as respostas das profissionais de enfermagem quanto ao conhecimento sobre o manejo da dor neonatal. A maioria dos respondentes concordou com as afirmações das questões 2, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14 e 15; e discordou das afirmações 1, 3, 6, 8 e 11 (Tabela 1).

Tabela 1: Conhecimento dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor no recém-nascido. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

Questões	N	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Discordo	Concordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. RNPT experiência menos dor do que a criança ou adulto.	26	15 (57,7%)	5 (19,2%)	4 (15,4%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)
2. O RN é capaz de perceber e responder à dor, independentemente da IG.	24	1 (4,2%)	2 (8,3%)	1 (4,2%)	8 (33,3%)	2 (8,3%)	10 (41,7%)
3. O RN não é capaz de memorizar a dor.	25	12 (48%)	2 (8%)	8 (32%)	0 (0,0%)	2 (8,0%)	1 (4,0%)
4. O RN submetido à dor repetida sem tratamento experiência efeitos deletérios.	26	1 (3,8%)	2 (7,7%)	0 (0,0%)	14 (53,8%)	1 (3,8%)	8 (30,8%)
5. A punção de calcâneo é tão dolorosa quanto a punção venosa no RN.	24	1 (4,2%)	4 (16,7%)	0 (0,0%)	7 (29,2%)	5 (20,8%)	7 (29,2%)
6. A dor no RN altera somente os indicadores fisiológicos (ex.: FC, FR).	26	6 (23,1%)	15 (57,7%)	0 (0,0%)	3 (11,5%)	1 (3,8%)	1 (3,8%)
7. A dor no RN altera os indicadores fisiológicos (ex.: FC, FR) e comportamentais (ex.: mímica facial, movimentos braços e pernas, choro).	26	1 (3,8%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	9 (34,6%)	0 (0,0%)	16 (61,5%)
8. A dor no RN altera somente os indicadores comportamentais (ex.: mímica facial, movimentos braços e pernas, choro).	26	8 (30,8%)	1 (3,8%)	16 (61,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (3,8%)
9. A expressão facial não é o indicador mais específico para avaliar a dor no RN.	26	5 (19,2%)	4 (15,4%)	7 (26,9%)	9 (34,6%)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
10. As reações de dor do RN são alteradas pelo ambiente da unidade neonatal (ex.: ruído, manipulação, iluminação).	26	3 (11,5%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (57,7%)	2 (7,7%)	6 (23,1%)
11. Procedimentos rápidos (ex.: teste de glicemia) não são dolorosos para os RN e não necessitam de tratamento para a dor.	26	11 (42,3%)	4 (15,4%)	6(23,1%)	5 (19,2%)	5 (9,6%)	3 (5,8%)
12. Existem métodos farmacológicos e não farmacológicos confiáveis para aliviar a dor aguda no RN.	26	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	18 (69,2%)	1 (3,8%)	7 (26,9%)
13. A sedação é a diminuição do nível de consciência, mantendo ou não os reflexos protetores, a percepção da dor, a capacidade de manter a permeabilidade das vias aéreas superiores e a ventilação espontânea.	23	2 (8,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	15 (65,2%)	3 (13,0%)	3 (13,0%)
14. Analgesia é a redução ou abolição da sensibilidade a dor, sem perda da consciência.	26	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	20 (76,9%)	1 (3,8%)	5 (19,2%)
15. A analgesia deve preceder a sedação.	24	0 (0,0%)	3 (12,5%)	7 (29,2%)	9 (37,5%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)

Legenda:

- RNPT = recém-nascido pré-termo;
- IG = idade gestacional;
- RN = recém-nascido;
- FC = frequência cardíaca;
- FR = frequência respiratória.

Considerando o conhecimento das profissionais de enfermagem quanto às escalas para mensuração da dor neonatal, grande parte das profissionais afirmou conhecer pelo menos uma das escalas mencionadas, sendo a Escala de Dor Neonatal (*Neonatal Infant Pain Escala - NIPS*), a mais conhecida (65,4%) pelos profissionais. Quando questionadas quanto ao uso das escalas de dor na unidade neonatal, ao menos uma vez no plantão, 69,2% das profissionais mencionaram o uso de alguma escala, sendo a NIPS, novamente, a mais citada (46,2%) (Tabela 2).

Tabela 2: Conhecimento e uso de escala de dor neonatal pelos profissionais de saúde. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

Escala mensuração dor neonatal	Conhecem	Utilizam
BIIP (Indicadores de Comportamento de Dor Neonatal)	3 (11,5%)	1(3,8%)
NIPS (Escala de Dor Neonatal)	17 (65,4%)	12 (46,2%)
EDIN (Escala de Dor e Desconforto Neonatal)	1 (3,8%)	0 (0,0%)
NFCS (Sistema de Codificação da Face Neonatal)	7 (26,9%)	7 (26,9%)
PIPP (Perfil de Dor do Bebê Prematuro)	1 (3,8%)	0 (0,0%)

Quanto às estratégias não farmacológicas para o alívio da dor neonatal, 100% dos profissionais de saúde afirmaram conhecer pelo menos uma estratégia, sendo a mais citada a diminuição de ruído e luminosidade (84,6%) (Tabela 3).

Tabela 3: Estratégias não farmacológicas para o alívio da dor identificadas pelos profissionais de saúde. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

Estratégia	Frequência
Diminuição de ruído, luminosidade	22 (84,6%)
Posição Canguru	20 (76,9%)
Colo	20 (76,9%)
Aleitamento materno	19 (73,1%)
Posicionamento	18 (69,2%)
Soluções adocicadas	18 (69,2%)
Enrolamento	16 (61,5%)
Sucção não nutritiva	15 (57,5%)
Contenção facilitada	10 (38,5%)
Música	9 (34,6)
Leite materno	7 (26,9%)

Quanto às medidas farmacológicas, a maioria dos profissionais afirmou conhecer o fentanil (76,9%), e alguns sulfentanil (3,9%), sendo estes os únicos medicamentos selecionados pelos profissionais.

Quanto a resposta das profissionais de enfermagem em relação à atitude no manejo da dor neonatal, a maioria referiu sempre realizar práticas recomendadas para o adequado manejo da dor apenas para as afirmações 4, 5 e 6 da Tabela 4. Destaca-se que o incentivo para a participação da família é pouco realizado pelos profissionais (afirmação 7 da Tabela 4).

Tabela 4: Atitude dos profissionais com relação ao manejo da dor. Goiânia, GO, Brasil, 2014.

	N	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu utilizo uma escala de dor neonatal para mensurar a dor no RN.	25	5 (20,0%)	3 (12,0%)	4 (16,0%)	7 (28,0%)	6 (24,0%)
2. Eu considero a percepção dos pais/família sobre a da dor do seu filho(a) ao avaliar ou administrar uma intervenção para a dor.	24	1(4,2%)	3 (12,5%)	11 (45,8%)	7 (29,2%)	2 (8,3%)
3. Eu avalio a dor aguda do RN uma vez no plantão.	24	2 (8,3%)	2 (8,3%)	5 (20,8%)	9 (37,5%)	6 (25,0%)
4. Eu avalio a dor aguda do RN toda vez que verifico os sinais vitais.	24	0 (0,0%)	2 (8,3%)	4 (16,7%)	7 (29,2%)	11 (45,8%)
5. Eu avalio a dor aguda do RN antes e após um procedimento doloroso.	25	0 (0,0%)	1 (4,0%)	8 (32,0%)	8 (32,0%)	8 (32,0%)
6. Eu reavalio a dor do RN após administrar um tratamento farmacológico ou não farmacológico.	25	0 (0,0%)	4 (16,0%)	6 (24,0%)	6 (24,0%)	9 (36,0%)
7. Eu incentivo a presença dos pais/família durante os procedimentos dolorosos para minimizar a dor do RN.	25	6 (24,0%)	7 (28,0%)	7 (28,0%)	3 (12,0%)	2 (8,0%)
8. Eu utilizo estratégia(s) não farmacológica(s) para aliviar a dor do RN durante um procedimento doloroso.	25	0 (0,0%)	2 (8,0%)	7 (28,0%)	7 (28,0%)	9 (36,0%)
9. Eu prescrevo ou administro estratégia(s) farmacológica(s) para aliviar a dor do RN durante um procedimento doloroso.	23	10 (43,5%)	0 (0,0%)	3 (13,0%)	7(30,4%)	3 (13,0%)
10. Eu registro no prontuário o escore de dor e/ou indicador de dor do RN uma vez no plantão.	24	3 (12,5%)	4 (16,7%)	6 (25,0%)	9 (37,5%)	2 (8,3%)
11. Eu registro no prontuário o escore de dor e/ou indicador de dor do RN após um procedimento doloroso.	25	6 (24,0%)	4 (16,0%)	8 (32,0%)	5 (20,0%)	2 (8,0%)
12. Eu registro no prontuário as ações de alívio de dor realizadas antes ou depois de um procedimento doloroso.	26	3 (11,5%)	6 (23,1%)	3 (11,5%)	10 (38,5%)	4 (15,4%)

Legenda:

- RN = recém-nascido

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo demonstraram que a maioria dos profissionais de enfermagem possui conhecimento quanto à dor no RN, no entanto, fica evidente que ainda existem lacunas no conhecimento e na atitude dos profissionais de enfermagem frente a avaliação e o tratamento da dor em unidades neonatais.

Quanto ao conhecimento é preocupante que ainda existam profissionais de enfermagem, mesmo que a minoria, que discordem que o RN é capaz de perceber, responder à dor e memorizar a dor. Além disso, a maior parte das profissionais de enfermagem concordou, erroneamente, que a punção de calcâneo é tão dolorosa quanto a punção venosa, visto que a punção de calcâneo é mais dolorosa e deve ser evitada⁽¹⁷⁾.

Estudo realizado no interior de São Paulo com 39 profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal mostrou que os profissionais são capazes de identificar indicadores fisiológicos e comportamentais de dor no RN. Entretanto, os profissionais referem uso pouco frequente de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor neonatal⁽¹⁸⁾. Ainda sobre o conhecimento dos profissionais, dois outros estudos no Reino Unido⁽¹⁹⁾ e Brasil⁽²⁰⁾ também demonstraram que os profissionais médicos e de enfermagem têm conhecimento sobre os indicadores de dor neonatal, os tipos de procedimentos dolorosos e medidas de alívio. Em nosso estudo, apesar dos profissionais demonstrarem conhecimento sobre o manejo da dor, identificamos ainda algumas lacunas importantes.

Por exemplo, os profissionais de enfermagem entrevistados apontaram a NIPS como a escala mais conhecida e utilizada na prática clínica da unidade. A NIPS é uma escala de dor neonatal mais ampla, tendo como parâmetros de avaliação a atividade facial, o choro, padrão de respiração, movimento dos membros superiores e inferiores e o estado de alerta do RN. No entanto, revisão sistemática recomenda para a prática clínica o uso do NFCS adaptado devido à facilidade de aplicação e à especificidade da mímica facial para mensuração da dor⁽⁷⁾. Além disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda o uso de mais de uma escala para avaliação da dor nas unidades neonatais, sendo importante considerar pelo menos uma escala multidimensional. Por exemplo, o protocolo recomendado é composto por três escalas: EDIN, de aplicação fácil e prática pelos técnicos de enfermagem em cada turno; NIPS, aplicada pelos enfermeiros antes e durante procedimentos invasivos; e BIIP, utilizada pelos médicos quando os escores obtidos pelas outras duas escalas indicam necessidade de analgesia farmacológica⁽⁸⁾. Quanto às estratégias não farmacológicas de alívio da dor neonatal, os dados do estudo mostram que a posição canguru, o aleitamento materno e as soluções adocicadas foram reconhecidos pela maioria dos profissionais de enfermagem, em consonância com as fortes evidências publicadas na literatura para o alívio da dor neonatal em procedimentos de dor aguda, como por exemplo, punção de calcâneo e venopunção^(11-13,21). No entanto, estratégias como colo e posicionamento, também referidas pela maior parte dos profissionais, não são eficazes no alívio da dor, mas indicadas apenas para promoção do conforto⁽²²⁾.

A IASP propõe uma escada para tratamento da dor neonatal, sendo composta por sete passos: basal) evitar procedimentos dolorosos e manipulação desnecessários, 1) sucção não-nutritiva, sacarose, glicose, posição canguru, massagem, saturação sensorial, 2) anestésicos tópicos (ex.: lidocaína-prilocaína, lidocaína lipossomal, ametocaína, tetracaína), 3) acetaminofeno ou antiinflamatórios não esteroides, 4) fentanil, morfina, alfentanil ou remifentanil via endovenosa, 5) lidocaína, bupivacaína, ropivacaína via subcutânea ou bloqueio de nervo e 6) fentanil, morfina, ketamina, alfentanil, anestésicos e sedativos via endovenosa⁽²⁾. A maior parte dos profissionais mostrou pouco conhecimento sobre os medicamentos que podem aliviar a dor neonatal, visto que apenas dois analgésicos foram identificados pelos mesmos. É importante que os profissionais de enfermagem sejam capacitados para tomar decisões clínicas baseadas em evidência a partir das recomendações internacionais existentes⁽²⁾.

Quanto a atitude dos profissionais de enfermagem, a menor parte dos profissionais de saúde afirmou

utilizar uma escala para avaliar a dor, bem como registrar um escore ou indicador de dor no prontuário do recém-nascido. Da mesma forma, a menor parte dos profissionais afirmou sempre utilizar e registrar medidas de alívio da dor durante procedimentos dolorosos. Os resultados mostram que apesar de terem demonstrado conhecimento quanto à mensuração da dor e reconhecerem diversas medidas de alívio, existe uma lacuna entre o conhecimento referido pelos profissionais, e o que eles relatam fazer e registrar na prática clínica.

Ao investigar sobre as barreiras para o manejo da dor na prática clínica, identificou-se que 40 enfermeiros na Índia consideram que os médicos não prescrevem medicamentos para alívio da dor, pois analgésicos possuem efeitos colaterais e os procedimentos são rápidos e não requerem analgesia⁽²³⁾. Outras barreiras apontadas por enfermeiras de um survey nacional realizado 237 enfermeiras membros da *National Association of Neonatal Nurses*, nos Estados Unidos, foram resistência à mudança, falta de conhecimento, falta de tempo, erro na interpretação dos indicadores de dor e falta de confiança nas escalas existentes⁽¹⁴⁾.

Por outro lado, inquérito realizado com profissionais de 196 hospitais na Austrália aponta para um aumento no uso de medidas como sacarose (53,0%) e amamentação (79,0%), porém os resultados ainda estão insatisfatórios de acordo com o recomendado pelos grupos e associações internacionais⁽²⁴⁾.

Documento recente da Academia Americana de Pediatria recomenda que os serviços de saúde tenham protocolos baseados em evidência para a prevenção e tratamento da dor em RN, incluindo realização criteriosa de procedimentos, avaliação rotineira da dor, uso de medidas farmacológicas e não farmacológicas para procedimentos dor leve a moderada, e medicações para dor operatória e procedimentos com dor intensa⁽¹³⁾. Desta forma, fazem-se necessário a implementação de estratégias de transferência do conhecimento, tal como treinamento em grupo ou individual, lembretes, materiais educativos, auditoria e feedback, entre outros, para promover a utilização efetivas e registro dessas estratégias pelos profissionais de saúde na prática clínica.

CONCLUSÃO

O estudo demonstrou que os profissionais de enfermagem têm conhecimento relacionado à avaliação e tratamento da dor neonatal, porém é necessária a atualização e capacitação desses profissionais quanto à melhor evidência científica disponível, bem como a realização de estratégias de transferência do conhecimento para efetiva utilização e registro de escalas para avaliação e aplicação de medidas de alívio da dor neonatal em todos os procedimentos de dor aguda na prática clínica.

Embora os resultados deste estudo limitam-se a uma unidade neonatal participante, é possível considerar que eles mostram um retrato comum nas unidades neonatais em outras cidades do Brasil e do mundo, destacando a urgência de novas estratégias que minimizem a lacuna existente entre a produção do conhecimento científico e a incorporação da melhor evidência científica para a mudança da prática e melhoria da qualidade da assistência de enfermagem nas unidades neonatais.

A adoção de protocolo institucional baseado em evidência científica para o manejo sistematizado da

dor neonatal deve servir de guia para a qualificação do cuidado, bem como a utilização de estratégias de transferência de conhecimento para efetiva implementação de medidas para alívio da dor em RN na prática clínica.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais de saúde que participaram deste estudo e ao financiamento da FAPEG (processo nº 201210267001147) e CNPq (processo nº 487195/2013-2).

REFERÊNCIAS

1. Anand KJ, Aranda JV, Berde CB, Buckman S, Capparelli EV, Carlo W, et al. Summary proceedings from the neonatal pain-control group. *Pediatrics* [Internet]. 2006 [acesso em: 30 jun. 2016];117(3 Pt 2):S9-S22. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-0620C>.
2. Anand KJS, Bergqvist L, Hall RW, Carbajal R. Acute Pain Management in Newborn Infants. *Pain clinical updates* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun. 2016];19(6). Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2075>.
3. Hatfield LA. Neonatal pain: What's age got to do with it? *Surg Neurol Int* [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun. 2016];5(Suppl 13):S479-89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4103/2152-7806.144630>.
4. Roofthoof DW, Simons SH, Anand KJ, Tibboel D, van Dijk M. Eight years later, are we still hurting newborn infants? *Neonatology* [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun. 2016];105(3):218-26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1159/000357207>.
5. Bonutti DP. Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros [Dissertação na Internet]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2014 [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/D.22.2014.tde-06022015-181543>.
6. Rodrigues MS, Silva GF. Atuação do enfermeiro na monitorização da dor de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. *Enferm Rev* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun. 2016];15(3). Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/5167>.
7. Silva TP, Silva LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Med Port* [Internet]. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016];23(3):437-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.635>.
8. Guinsburg R, Cuenca MC. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria [Internet]. São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria; 8 de outubro de 2010 [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf.
9. Araujo LC, Romero B. Pain: evaluation of the fifth vital sign. A theoretical reflection. *Rev Dor* [Internet]. 2015 [acesso em: 30 jun. 2016];16(4):291-6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20150060>.
10. International Association for the Study of Pain. Declaration of Montréal: Declaration that Access to Pain Management Is a Fundamental Human Right. 2010 [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/DeclarationofMontreal>.
11. Bueno M, Yamada J, Harrison D, Khan S, Ohlsson A, Adams-Webber T, et al. A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Res Manag* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun. 2016];18(3):153-61. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3673933/>.
12. Campbell-Yeo M, Fernandes A, Johnston C. Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: part 2: mother-driven interventions. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2011 [acesso em: 30 jun. 2016];11(5):312-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e318229aa76>.
13. Prevention and Management of Procedural Pain in the Neonate: An Update. *Pediatrics* [Internet]. 2016 [acesso em: 30 jun. 2016];137(2):e20154271. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2015-4271>.
14. Cong X, Delaney C, Vazquez V. Neonatal nurses' perceptions of pain assessment and management in NICUs: a national survey. *Adv Neonatal Care* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun. 2016];13(5):353-60. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.1097/ANC.0b013e31829d62e8>.

15. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS, et al. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun. 2016];6(2):361-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.23611>.
16. Cignacco E, Hamers J, van Lingen RA, Stoffel L, Büchi S, Müller R, et al. Neonatal procedural pain exposure and pain management in ventilated preterm infants during the first 14 days of life. *Swiss Med Wkly* [Internet]. 2009 [acesso em: 30 jun. 2016];139(15-16):226-32. Disponível em: <http://www.smw.ch/docs/PdfContent/smw-12545.pdf>.
17. Shah VS, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. In: Shah VS, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001452.pub4>.
18. Guimarães ALO, Vieira MRR. Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. *Arq. ciênc. Saúde* [Internet]. 2008 [acesso em: 30 jun. 2016];15(1): 9-12. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-1/IIIIIDDD220.pdf.
19. Akuma AO, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. *J. Adv. Nurs* [Internet]. 2012 [acesso em: 30 jun. 2016];68(6):1288-301. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05837.x>.
20. 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* [Internet]. 2006 [acesso em: 30 jun. 2016];59(2):188-94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000200013>.
21. Castral TC, Ribeiro LM, Scochi CGS. Intervenções maternas para o alívio da dor aguda neonatal. *PROENF. Programa de Atualização*. 2013;7:151-87.
22. Pillai Riddell RR, Racine NM, Turcotte K, Uman LS, Horton RE, Din Osmun L, et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. In: Pillai Riddell RR, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2011 [acesso em: 30 jun. 2016]. Disponível em: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD006275.pub2>.
23. Nimbalkar AS, Dongara AR, Phatak AG, Nimbalkar SM. Knowledge and attitudes regarding neonatal pain among nursing staff of pediatric department: an Indian experience. *Pain Manag Nurs* [Internet]. 2014 [acesso em: 30 jun. 2016];15(1):69-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2012.06.005>.
24. Foster J, Spence K, Henderson-Smart D, Harrison D, Gray PH, Bidewell J. Procedural pain in neonates in Australian hospitals: a survey update of practices. *J Paediatr Child Health* [Internet]. 2013 [acesso em: 30 jun. 2016];49(1):E35-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/jpc.12064>.