



UTILIZAÇÃO DE MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA ALÍVIO DA DOR NEONATAL

THE USE OF NON-PHARMACOLOGICAL MEASURES BY THE NURSING TEAM FOR NEONATAL PAIN RELIEF

UTILIZACIÓN DE MEDIDAS NO FARMACOLÓGICAS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA PARA ALIVIO DEL DOLOR NEONATAL

Luana Cavalcante Costa¹, Mariana Gonzaga de Souza², Erika Maria Araújo Barbosa Sena³, Mércia Lisieux Vaz da Costa Mascarenhas⁴, Rossana Teotônio de Farias Moreira⁵, Ingrid Martins Leite Lúcio⁶

RESUMO

Objetivo: conhecer como a equipe de enfermagem utiliza as medidas não farmacológicas para alívio da dor neonatal. **Método:** estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 26 profissionais da equipe de enfermagem, em hospital escola de Maceió/AL, entre agosto de 2014 e julho de 2015. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas; em seguida, transcritas e analisadas pela Técnica de Análise de Conteúdo, na modalidade Categorical. **Resultados:** foram apresentadas categorias << A enfermagem na identificação da dor neonatal >>, << Procedimentos potencialmente dolorosos e as intervenções da equipe de enfermagem >> e << A utilização de Medidas Não Farmacológicas no manejo da dor neonatal >>. **Conclusão:** apesar dos profissionais avaliarem a dor neonatal por meio da observação de alterações comportamentais e/ou fisiológicas, não utilizam escalas de dor no setor/serviço como instrumento auxiliar na sistematização dos cuidados relacionados à dor. **Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermagem Neonatal; Recém-Nascido; Dor.

ABSTRACT

Objective: to learn how the nursing staff uses nonpharmacological measures for relief of neonatal pain. **Method:** descriptive study with qualitative approach carried out with 26 professionals of the nursing staff in a teaching hospital of Maceió/AL, from August 2014 to July 2015. Semi-structured interviews were conducted and then transcribed and analyzed through content analysis technique in the Categorical modality. **Results:** the categories presented were << Nursing in the identification of neonatal pain >>, << Potentially painful procedures and interventions of the nursing team >>, << Use of Non-Pharmacological measures in the management of neonatal pain >>. **Conclusion:** although professionals assess neonatal pain through observation of behavioral and/or physiological changes, they do not use pain scales in the sector/service as an auxiliary instrument in the systematization of care related to pain. **Descriptors:** Neonatal Intensive Care Units; Neonatal Nursing; Newborn; Pain.

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo el equipo de enfermería utiliza las medidas no farmacológicas para alivio del dolor neonatal. **Método:** estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, realizado con 26 profesionales del equipo de enfermería, en hospital escuela de Maceió/AL, entre agosto de 2014 y julio de 2015. Fueron realizadas entrevistas semi-estructuradas; en seguida, transcritas y analizadas por la Técnica de Análisis de Contenido, en la modalidad Categorical. **Resultados:** fueron presentadas categorías << La enfermería en la identificación del dolor neonatal >>, << Procedimientos potencialmente dolorosos y las intervenciones del equipo de enfermería >> y << La utilización de Medidas No Farmacológicas en el manejo del dolor neonatal >>. **Conclusión:** a pesar de los profesionales evaluar el dolor neonatal por medio de la observación de alteraciones comportamentales y/o fisiológicas, no utilizan escalas de dolor en el sector/servicio como instrumento auxiliar en la sistematización de los cuidados relacionados al dolor. **Descritores:** Unidades de Terapia Intensiva Neonatal; Enfermería Neonatal; Recién-Nacido; Dolor.

¹Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Bolsista PIBIC/CNPq. Maceió (AL), Brasil. E-mail: luanac.costa@live.com; ²Graduanda em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Bolsista PIBIB/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: marysouza_15@hotmail.com; ³Enfermeira, Unidade Neonatal e do Centro Cirúrgico, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA/UFAL. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/UFAL/PPGENF. Maceió (AL), Brasil. E-mail: erikasenaenf@gmail.com; ⁴Enfermeira, Unidade Neonatal, Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA/UFAL), Maternidade-Escola Santa Mônica/MESM/UNCISAL. Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas/UFAL/PPGENF. Maceió (AL), Brasil. E-mail: mercialisieux@hotmail.com; ⁵Enfermeira, Professora, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Doutoranda em Patologia Ambiental e Experimental, Programa de Pós-Graduação, Universidade Paulista. Maceió (AL), Brasil. E-mail: rossanateo@hotmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Associada III, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas/UFAL. Maceió (AL), Brasil. E-mail: ingridmll@esenfar.ufal.br

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é um dos setores mais especializados no cuidado ao Recém-Nascido (RN) dentro das instituições de saúde.¹ Nesse espaço, o processo de trabalho é envolvido pelas particularidades relacionadas à assistência ao RN gravemente enfermo, sobressaindo-se o uso de uma abordagem diagnóstica e terapêutica quase sempre invasiva e agressiva, a frequente introdução de inovações tecnológicas, o estreito limiar entre as respostas favoráveis e possíveis reações adversas à terapia implementada, bem como a imaturidade orgânica do RN, principalmente os prematuros, que podem limitar as suas respostas fisiológicas.²

Quando internado na UTIN, o RN recebe cuidados imediatos visando à recuperação do seu estado clínico e à adaptação à vida extrauterina, onde, muitas vezes, é intubado, ventilado e puncionado repetitivamente, caracterizando um processo de excessivos episódios de manuseio, cerca de 50 a 134 vezes diariamente, tanto para cuidados não invasivos quanto invasivos e potencialmente dolorosos.³

O RN, especialmente o prematuro, responde aos estímulos dolorosos de forma generalizada e mais intensa do que adultos e lactentes mais velhos devido à imaturidade do sistema inibitório, responsável pela modulação da dor. Como resultado, a dor sentida pelo RN é bem mais forte e aguda, traduzindo-se em desconforto físico, psíquico e sofrimento.⁴

Em virtude da impossibilidade de qualquer tipo de verbalização, a principal forma que o RN tem para expressar a dor é por respostas comportamentais. E subentende-se que a sua avaliação se fundamenta nestas respostas. Entretanto, também podem ser verificadas alterações fisiológicas observadas antes, durante ou após um estímulo potencialmente doloroso.⁵

Instrumentos de avaliação da dor têm sido elaborados e utilizados no intuito de decodificação da linguagem da dor no RN. Denominados de escalas contribuem para uma comunicação mais efetiva entre o RN e a equipe, possibilitando o reconhecimento, a quantificação e o manejo da dor.⁶ As escalas mais utilizadas com RN são: Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS - *Neonatal Facial Coding System*), Escala de Avaliação da Dor Neonatal (NIPS - *Neonatal Infant Pain Scale*) e o Perfil de dor do pré-termo (PIPP - *Premature Infant Pain Profile*).⁷ A frequência de avaliação da dor é

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

variável com o contexto clínico, mas os registros periódicos e sistemáticos são fundamentais para que se acompanhe a evolução do RN e assegure a todos eles acesso às medidas para manejo da dor.⁸

A abordagem da dor para o seu controle e prevenção pode ocorrer com a utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Sendo que a analgesia não é rotineira no controle da dor no RN, estima-se que em apenas 3% das situações potencialmente dolorosas seja indicado algum tratamento analgésico ou anestésico específico e, em 30%, sejam utilizadas técnicas para minimizar a dor.⁹ No Brasil, o direito do RN não sentir dor está garantido nos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, expresso na resolução 41/1995, e deve ser contemplado na assistência realizada pela equipe multiprofissional.¹⁰

Assim, para um cuidado ampliado, é necessário o controle de dois fatores: o ambiente físico e os recursos humanos. Os profissionais precisam atentar para os elementos do ambiente e controlar os níveis de ruídos e luminosidade, o vínculo e a interação entre mãe e RN, estratégias para redução do número de manipulações e o controle da dor visando promover o bem-estar do RN. Um diferencial na assistência de enfermagem neonatal é a manutenção de um ambiente favorável para o tratamento do RN, livre de estímulos nocivos, e a minimização dos efeitos negativos da doença e da separação dos pais.^{11,12}

O alívio da dor neonatal é de responsabilidade da equipe multiprofissional, em especial dos profissionais de enfermagem, pela maior proximidade com o paciente no desempenho de suas atividades assistenciais. A enfermagem destaca-se na implementação de ações para a diminuição do sofrimento do RN, como o reconhecimento da dor por meio da sua avaliação e do uso das medidas não farmacológicas (MNF) para o seu alívio, evitando consequências prejudiciais ao crescimento e desenvolvimento da criança.^{7,13}

As MNF são consideradas técnicas não invasivas para o controle da dor e compreendem um conjunto de medidas de ordem educacional, física, emocional e comportamental, na sua maioria de baixo custo, fácil aplicação e com riscos mínimos de complicações.⁵ No Brasil, as mais utilizadas envolvem: o ambiente, a musicoterapia, a contenção facilitada e enrolamento, o posicionamento, a sucção não nutritiva e o uso da glicose, o método canguru e amamentação.¹⁴

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

As MNF são tão importantes quanto as farmacológicas e necessitam de mais discussão entre os profissionais da equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde por serem métodos de alívio e prevenção da dor neonatal, além de auxiliarem na organização comportamental do bebê e serem de baixo custo. Então, apresenta-se a seguinte questão norteadora: Como são adotadas as MNF para o alívio da dor neonatal pelo profissional da equipe de enfermagem? Para responder a esta questão foi elaborado o seguinte objetivo:

- Conhecer como a equipe de enfermagem utiliza as medidas não farmacológicas para alívio da dor neonatal.

MÉTODO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa,¹⁵ realizado de agosto de 2014 a julho de 2015, no setor da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), composta por 10 leitos, do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes/HUPAA, de Maceió/AL.

Constituíram os participantes do estudo 26 profissionais da equipe de enfermagem, do setor da UTIN durante o período de coleta, independente do turno de trabalho, e que consentiram a sua participação na pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A produção de dados ocorreu em local reservado, assegurando-se o sigilo das informações e a privacidade, por meio da aplicação de um formulário de entrevista semiestruturada com duração média de 1 hora, pelo responsável do estudo, com perguntas referentes à caracterização profissional e medidas não farmacológicas utilizadas pelos sujeitos da pesquisa, no local de trabalho.

Para preservação do anonimato, cada sujeito foi identificado pela letra inicial referente à categoria profissional, seguida de número sequencial de acordo com a ordem da entrevista, como exemplificado: enfermeiro (e01); técnico de enfermagem (te02); auxiliar de enfermagem (AE03).

As entrevistas foram gravadas, segundo consentimento do participante, e transcritas na íntegra para facilitar a organização e apresentação da discussão em categorias. Após as transcrições, os dados foram submetidos à análise temática de conteúdo.

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução 466/12 de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

comunidade científica e ao Estado. O projeto do estudo foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL - Universidade Federal de Alagoas pela Plataforma Brasil www.saude.gov.br/plataformabrasil e aprovado pelo nº 663.409.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os 26 profissionais de enfermagem do estudo, sete eram enfermeiros (26,92%), nove técnicos de enfermagem (34,62%) e 10 auxiliares de enfermagem. Referente à caracterização desses profissionais, apenas um enfermeiro entrevistado (14,29%) era do sexo masculino, os demais, do sexo feminino.

Em relação ao tempo de experiência profissional, metade dos profissionais (13) trabalha na área de neonatologia há mais de 9 anos, o que representa 50% do total; cinco (19,23%) entre 7 e 9 anos; dois (7,69%) entre 4 e 6 anos; cinco (19,23%) entre 1 e 3 anos; e apenas um (3,85%) trabalha na área há menos de 1 ano. No entanto, 65,38% dos profissionais entrevistados têm experiência profissional referente a mais de 9 anos; relativo a um número absoluto de 17 profissionais, quatro (15,38%) entre 7 e 9 anos, três (11,54%) entre 4 e 6 anos, um (3,85%) tem experiência entre 1 e 3 anos e um (3,85%) tem experiência profissional há menos de 1 ano.

Quanto à participação em cursos e/ou eventos científicos sobre 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 11 dos entrevistados (42,3%) obtiveram frequência (três enfermeiras, sete técnicas de enfermagem e uma auxiliar de enfermagem).

A análise do material coletado possibilitou a delimitação de três categorias: a enfermagem na identificação da dor neonatal; procedimentos potencialmente dolorosos e as intervenções da equipe de enfermagem; e a utilização de Medidas Não Farmacológicas no manejo da dor neonatal.

♦ A enfermagem na identificação da dor neonatal

A não verbalização do RN e a expressão de reações aos mais variados estímulos de forma semelhante podem dificultar a interpretação e avaliação das respostas à dor. Um ponto essencial para a abordagem terapêutica da dor no período neonatal é uma avaliação adequada da sua presença. O início dessa avaliação ocorre pela tomada de consciência de que o RN é capaz de sentir dor.⁵

Foi unânime pelos profissionais que o RN é capaz de sentir dor, mesmo sem expressar

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

conhecimento científico sobre a dor neonatal. Os mesmos conseguiram expressar sua compreensão a partir de seus saberes, valores, crenças e experiência, sendo a própria rotina do serviço dentro da UTIN uma fonte de conhecimento sobre a dor que para eles está fortemente associada aos procedimentos realizados conforme as falas abaixo.

Acho que é aquilo causado por estímulos, procedimentos ou patologias ao recém-nascido. (AE03)

Resultado de todo procedimento de forma invasiva e manuseio. (TE17)

Desconforto muito intenso que eles não podem se defender. (AE21)

Devido à subjetividade da dor e à incapacidade de manifestar por palavras a sua dor, os RNs desenvolvem uma linguagem própria diante o evento doloroso.¹⁶ Caracteriza-se por alterações comportamentais e fisiológicas e é através delas que a dor neonatal é identificada.

Foi comum, entre os entrevistados, falas que referiram positivamente o reconhecimento da dor no RN. A característica comportamental mais referenciada foi o choro, seguida do franzir da testa, agitação, tremores e língua para fora em formato de concha. Sendo mencionado ainda por três participantes as alterações fisiológicas, especialmente o aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, diminuição da saturação de oxigênio, como também alteração hormonais, referidas nas falas a seguir.

Sim, quando observo o recém-nascido que apresenta algum desses sinais: careta, choro, queda de saturação, níveis de hormônios se alteram, assim como a frequência respiratória, a frequência cardíaca, e a coagulação do sangue ocorre de forma mais rápida. (E1)

Eu consigo reconhecer quando um RN está sentido dor pelas expressões faciais (testa franzida), choro, inquietação, e alteração da frequência cardíaca. (E20)

Dá para perceber pelo aumento da movimentação, choro intenso, língua em formato de concha e testa enrugada. (AE21)

A dor ativa mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo produzindo respostas que envolvem alterações das frequências cardíaca e respiratória, aumento da pressão arterial, diminuição da saturação de oxigênio, vasoconstrição periférica, sudorese, dilatação de pupilas e aumento da liberação de catecolaminas e hormônios adrenocorticosteroides.¹⁷

Outro método para identificar a dor em RN baseia-se na observação de seus comportamentos (choro, mímica facial, atividade motora). O choro é considerado a

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

principal maneira de comunicação dos RNs, porém se avaliado isoladamente torna-se pouco específico.⁵ “A emissão do choro na dor é tensa e estridente, com frequência fundamental aguda e variações, como quebras, bitonalidade e frequência hiperaguda”.¹⁸

A mímica facial é um sinal útil em RN de termo e prematuros na avaliação da dor, sendo uma das expressões mais observadas no reconhecimento da dor através de fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor do mento e língua tensa.¹⁹

A análise do padrão motor tem se mostrado menos sensível e menos específico que a expressão facial em prematuros e RN de termo, uma vez que nos prematuros as respostas motoras podem ser menos evidentes que nos RNs de termo devido à postura hipotônica ou doenças sistêmicas associadas. São necessários outros elementos para que a dor seja adequadamente compreendida.⁵

É importante destacar o fato de nenhum dos profissionais 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. Para avaliar a dor, tais profissionais citaram mais frequentemente a observação de alterações comportamentais, principalmente a presença de expressão facial seguida de movimentação corporal, não sendo verificada a utilização de escalas específicas, como instrumento para essa população, como pode ser verificado nas falas abaixo.

[...] no setor não tem escala não, avalio pelo visual. (AE06)

[...] não temos nenhum instrumento para avaliar não, faço isso observando as expressões faciais. (E20)

Aqui a gente não utiliza escala não, observo... a expressão facial, membros superiores contraídos, irritação. E pelo comportamento. (TE25)

De fato, a expressão facial é largamente utilizada para mensurar a dor do RN e sua efetividade e confiabilidade como instrumento de avaliação tem sido amplamente demonstrada.²⁰ É considerada o indicador de dor mais sensível e específico em RN, visto que já nas primeiras 24 horas de vida, mesmo os recém-nascidos pré-termo apresentam expressões faciais segundos após um procedimento doloroso.²¹ A movimentação dos membros também foi apontada por grande parte dos profissionais como parâmetro de avaliação da dor em RN, contudo é importante lembrar que a atividade motora deve ser

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

avaliada juntamente com outros indicadores para que a avaliação da dor se torne mais confiável.

As alterações fisiológicas e comportamentais quando identificadas e avaliadas, simultaneamente, oferecem maiores informações a respeito das respostas individuais à dor e de possíveis interações com o ambiente,²² entretanto é preconizado pelo Ministério da Saúde 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 (BRASIL).²³

Apesar da identificação da dor ocorrer de forma eficiente pelos entrevistados, existe a necessidade de uma avaliação mais específica tanto da presença quanto da intensidade da dor. Dessa maneira, compreende-se que o ideal seria a adoção sistemática, por toda a equipe, de instrumentos já validados - escalas - para a mensuração da dor neonatal, garantindo uma assistência de qualidade e mais humanizada.

◆ Procedimentos potencialmente dolorosos e as intervenções da equipe de enfermagem

O profissional de enfermagem deve reconhecer ações no seu cuidado que possam desencadear o estímulo doloroso para que o mesmo possa intervir com o objetivo de aliviar e tratar a dor do RN. Entre os procedimentos mais frequentes na rotina de cuidados em uma UTIN, aponta-se a aspiração endotraqueal e de vias aéreas superiores, cateterização vesical e umbilical, CPAP nasal, injeções subcutâneas e musculares, inserção periférica de cateter central, inserção e remoção de dreno torácico, intubação endotraqueal e remoção do tubo endotraqueal, punção lombar, capilar e arterial ou venosa para coleta de sangue, curativos, entre outros, o que gera desconforto e dor ao RN.¹⁴

Assim, quando questionados sobre o que poderia causar dor no RN, os entrevistados descreveram procedimentos invasivos e não invasivos como situações dolorosas. Dentre os procedimentos invasivos, foram citados: punção venosa, aspiração, glicemia capilar, passagem de sonda e CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*) nasal. Em relação aos procedimentos dolorosos não invasivos, os entrevistados referiram: a manipulação excessiva, o toque brusco, a posição desconfortável e curativo, como identificado nos trechos das entrevistas a seguir.

[...] aspiração, passagem de sonda vesical e curativo, que a gente faz muito. (E01)

[...] glicemia capilar que é realizado diariamente em todos eles. (AE03)

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

[...] o manuseio excessivo causa ainda mais dor. (E09)

[...] a punção venosa, o uso de pronga quando vai colocar no CPAP e passar a sonda orogastrica é o que causa dor nos bebezinhos. (TE26)

Após a análise das respostas, percebe-se que os procedimentos invasivos foram os procedimentos dolorosos mais citados. O mesmo ocorreu em um estudo realizado com 25 técnicas de enfermagem no qual 100% deram ênfase às punções, quer sejam venosas, capilares, arteriais, ou lombares.²⁴ Na UTIN, ao passo que os procedimentos são realizados no RN aumentando as possibilidades de sobrevida, eles podem ser, em contrapartida, desencadeadores de estresse e causadores de dor.⁶

A UTIN considerada como um ambiente onde se concentram fatores estressantes e/ou dolorosos, como excesso de luz, ruídos fortes, manipulações frequentes, estímulos dolorosos, pode trazer como consequência alterações no padrão alimentar e na relação mãe-filho, provocando também irritabilidade, diminuição da atenção e alteração no padrão de sono.⁵

Compreendemos que a equipe de enfermagem tem papel importante na manutenção das condições da vitalidade do RN de risco e fundamenta suas ações em conhecimentos científicos. Então, enfatiza-se que o manejo da dor inicie pelas ações e atitudes de humanização da UTIN, pela redução do ruído e da luz, pelos protocolos de intervenção mínima do RN, pela abordagem não farmacológica da dor e pela terapêutica farmacológica.¹⁹

Quando questionados sobre o manejo da dor utilizado pela enfermagem, foi mencionada a utilização de anestésico sob prescrição médica como estratégia farmacológica. No entanto, foi citada com maior frequência a utilização de medidas não farmacológicas (MNF), não utilizadas por apenas dois profissionais entrevistados, um deles por relacionar a utilização de glicose a 25% como estratégia farmacológica e o outro por demonstrar não compreender a distinção entre as medidas farmacológicas e MNF. Sendo assim, considera-se imperativo que os profissionais de saúde devem fazer uso de intervenções não farmacológicas e farmacológicas apropriadas para prevenir, reduzir ou eliminar o estresse e a dor nos RNs.²⁵

◆ A utilização de medidas não farmacológicas no manejo da dor neonatal

As MNF são estratégias que visam à prevenção do aumento de intensidade do

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

processo doloroso, da desorganização comportamental do RN, do estresse e da agitação, ou seja, minimiza os comprometimentos da dor. Elas são eficientes com a maioria dos recém-nascidos quando utilizadas de forma individual nas dores de leve intensidade, porém poderão necessitar de uma estratégia complementar para analgesia diante da dor moderada ou severa.⁷

Quando questionados sobre quais MNF eram utilizadas, foi observado que os entrevistados citaram inúmeras MNF para o alívio da dor, entre elas o posicionamento adequado, massagem, a redução de estímulos ambientais (redução de luminosidade e ruídos) e outras como a sucção não nutritiva e a administração de glicose a 25%, sendo a utilização de glicose e o posicionamento do RN as estratégias mais citadas pelos profissionais. Em relação ao posicionamento, os entrevistados identificaram como tal medida a mudança de decúbito, a posição fetal e o aconchego, mediante a formação de “pacotinhos”, como ressaltado nas seguintes falas:

Deixo o ambiente com as luzes apagadas e o mais silencioso possível. (TE04)

[...] enrolo o RN com o lençol deixando em posição fetal. (AE06)

[...] faço massagem na cabeça e nos pés[...] (E19)

Coloco na boca do RN três gotas de glicose ou molho uma gaze com glicose e coloco na boca do RN antes do procedimento, dependendo da agitação do RN deixo durante e depois. (TE22)

[...] sucção não nutritiva e aconchego é o que mais adoto... deixo o RN bem posicionando e apoiado na incubadora, fazendo rolinhos com o próprio lençol. (E23)

A técnica de enrolamento/contenção facilitada e o posicionamento foram as MNF mais citadas através das falas dos entrevistados e converge com a literatura como uma medida diversas vezes utilizada nas unidades de neonatologia como estratégia de conforto para promover a organização corporal do RN, visto que envolver o RN com a flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados, posicionando a mão perto da boca, é eficaz no controle da dor, ajuda na maturação das funções do cérebro por promover a estabilidade fisiológica e comportamental do RN e diminui a agitação e o estresse, evitando que suas reservas energéticas sejam direcionadas para o choro e irritabilidade, utilizando-as para seu crescimento e desenvolvimento.^{7,14}

A mudança de decúbito referida como técnica de posicionamento também é eficaz no alívio da dor. Colocar o RN em uma nova posição a cada duas ou três horas, além de

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

evitar o acúmulo de secreção e deformidades da cabeça, alivia a pressão sobre proeminências ósseas ou aéreas edemacias, acelera a circulação, relaxa os músculos e promove conforto generalizado e um melhor desenvolvimento neurossensorial e psicomotor.^{17,26}

O uso de substâncias adocicadas, como a glicose, a sacarose e o leite materno, é uma medida bastante recomendada para o controle da dor no RN, não havendo dúvidas quanto aos benefícios das mesmas no alívio da dor diante de procedimento em RN a termo e pré-termo.⁵ O que promove a diminuição da duração do choro, atenua a mímica facial e elevação da FC, além de diminuir os escores de dor na aplicação da escala PIPP, em RN a termo e prematuro.²⁷

A glicose e a sacarose são as mais adotadas e têm merecido destaque por apresentarem melhor efeito analgésico. O uso da solução de glicose embebida em gaze é a principal medida utilizada para acalmar o RN e diminuir sua dor durante os procedimentos sabidamente dolorosos, acalmando-o antes dos procedimentos.⁴ Contudo, autores defendem que o uso da sacarose a 24% apresenta uma maior efetividade em diminuir os sinais de dor que as outras soluções adocicadas. Isso é justificado por a sacarose ser um dissacarídeo que tem um equivalente de glicose e um equivalente de frutose.^{14,28}

De acordo com os entrevistados, a utilização de substâncias adocicadas restringia-se basicamente à utilização de glicose a 25%, porém pôde ser observado que a técnica de administração não é uniformizada de modo que o cuidado não pode ser assegurado universalmente para todos os RNs, muito menos ser garantida a sua eficácia.

[...] molho a gaze com glicose a 25% e coloco para o RN sugar. (E01)

Antes do procedimento ofereço o dedo da luva com glicose. (AE15)

Minutos antes do procedimento coloco de 3 a 4 gotas de glicose a 25% a depender do tamanho do recém-nascido, durante também coloco se o procedimento for demorado. (AE21)

O volume da solução de glicose a 25% a ser administrado é de 01ml a 02ml por via oral, o que corresponde a 20 a 40 gotas da solução utilizadas entre 1 e 2 minutos antes do procedimento potencialmente doloroso.¹⁷ Pode-se também utilizar uma gaze embebida na solução glicosada na boca do bebê durante o procedimento, porém, apesar de sua eficácia comprovada diante da dor neonatal, são necessárias investigações para que se determine as concentrações e os volumes

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

adequados, como também os efeitos da glicose após um uso repetido.^{12, 28,29}

Em tempo, a adoção de uma MNF permite que o profissional da saúde possa posteriormente observar, no RN, alterações comportamentais e fisiológicas benéficas após e até durante a realização do procedimento, o que resulta na prestação de cuidados de forma menos estressante, promovendo minimização dos danos à recuperação clínica desse RN.

Quando perguntados em relação ao que era observado após a utilização de uma MNF, de forma unânime mencionaram a “calmaria” do RN, bem como melhores condições para realizar o procedimento reduzindo o tempo de exposição ao estímulo doloroso, como verificado através das seguintes falas:

O recém-nascido não chora, não esperneia, fica calmo, e é mais fácil para fazermos o procedimento. Quando ele está agitado é ruim para ele e para a gente. (TE07)

Eles se acalmam, relaxam e dormem. (E12)

Fica bem, mais calmo e até a frequência cardíaca volta a normalizar. (TE25)

A conscientização dos profissionais que atuam com os RNs hospitalizados, seguida de mudanças nos cuidados assistenciais, pode reduzir a intensidade do estresse no neonato, já que a exposição a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos resultam em desorganização fisiológica e comportamental e uso de reservas de energia que seriam direcionadas para o seu crescimento e desenvolvimento, podendo gerar complicações biopsicossociais futuras ao período de internação.¹³

Os resultados do presente estudo são importantes, já que o conhecimento científico deve ser introduzido na prática de todos os profissionais que atuam na área de neonatologia, através do acesso à literatura específica e de capacitação da equipe, contribuindo na conscientização desses profissionais sobre a necessidade de desenvolver uma assistência integral e universal perante o evento doloroso e para que possam se tornar multiplicadores de conhecimento promovendo um cuidado humanizado e de qualidade ao RN de risco na UTIN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu conhecer como a equipe de enfermagem envolvida na assistência direta ao RN na UTIN utiliza as MNF para prevenir e/ou minimizar a dor neonatal. A atuação desses profissionais diante da dor é facilitada pelas experiências e vivências individuais, não sendo observada a sistematização do manejo da dor neonatal no

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

serviço. Utiliza-se para a identificação e avaliação do evento doloroso a observação, principalmente, das alterações comportamentais, como choro, expressão facial e agitação, e ainda das alterações fisiológicas, como os parâmetros vitais.

Tais alterações são identificadas após a realização de algum procedimento na rotina de cuidados, sendo relatado como mais dolorosos os procedimentos invasivos, em especial a punção venosa. A intervenção na dor dos RN, por esses profissionais, ocorre basicamente através da utilização de glicose a 25% e posicionamento como MNF, adotando técnicas pouco uniformizadas.

Nesse contexto, considera-se como questões de destaque no estudo a não utilização de escalas para a avaliação da dor neonatal, bem como a utilização de MNF com técnica não padronizada diante dos cuidados realizados, o que gera um alerta perante a abordagem adequada da dor pelos profissionais, corroborando com a literatura que evidencia o distanciamento existente entre a evolução teórica da temática dor neonatal e a prática diária da assistência neonatal. Há, portanto, necessidade de uma maior discussão, capacitação e/ou treinamento para que estes profissionais possam considerar a dor neonatal como quinto sinal vital, tornando seu manejo sistematizado e seu tratamento realizado mediante protocolos previamente estabelecidos, diminuindo, assim, o empirismo e o subtratamento.

REFERÊNCIAS

1. Duarte ED, Sena RR, Xavier CC. Processo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: construção de uma atenção orientada pela integralidade. Rev Esc Enferm USP [Internet]. São Paulo. 2009 Sept [cited 2015 Jan 15];43(3):647-54. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342009000300021>
2. Marques PA, Melo ECP. O processo de trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Esc Enferm USP [Internet]. São Paulo. 2011 Apr [cited 2015 Jan 15];45(2):374-80. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200011>
3. Magalhães FJ, Lima FET, Rolim KMC, Cardoso MVLML, Scherlock MSM, Albuquerque NLS. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. Rev Rene [Internet]. Fortaleza. 2011 [cited 2015 Jan 15];12(1):136-43. Available from:

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/135>

4. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. Rio de Janeiro. 2011 Apr-June [cited 2015 Jan 15];15(2):277-83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000200009>
5. Alves FB, Fialho FA, Dias IMÁV, Amorim TM, Salvador M. Neonatal pain: the perception of nursing staff in the neonatal intensive care unit. Rev cuid Bucaramanga [Internet]. 2013 [cited 2015 Jan 15];4(1):510-15. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359533224011>
6. Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barrichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. Rio de Janeiro. 2014 Apr-June [cited 2015 Mar 10];18(2):241-46. Available from: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140035>
7. Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Pereira FMV, Moreira, DS, Buchhorn SMM. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. Rio de Janeiro. 2013 [cited 2015 Mar 10];17(3):439-45. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127728368006>
8. Tassinari RF, Hahn GV. Intervenções de enfermagem para o alívio da dor em recém-nascidos. Pediatr mod. [Internet] 2013 [cited 2015 Mar 10];49(6):219-26. Available from: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5414
9. Silva APM, Balda RCX, Guinsburg R. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de pediatria e neonatologia. Rev Dor [Internet]. São Paulo. 2012 Jan-Mar [cited 2015 Mar 10];13(1):35-44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S1806-00132012000100007>
10. Brasil. Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995. Direitos da Criança e do Adolescente hospitalizados. Diário Oficial da União 17/10/95 - Seção I, p.163/9-16320 - Brasília - Distrito Federal.
11. Ramos FP, Enumo SRF, Paula KMP, Vicente SRCRM. Concepções de funcionários de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal sobre competências desenvolvimentais de recém-nascidos. Psicol teor e Prát [Internet].

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

- São Paulo 2010 [cited 2015 Jan 15];12(2):144-57. Available from: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2900>
12. Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. Rev Rene [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 15];11(esp):169-77. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/edicaoesspecial/a19v11esp_n4.pdf
13. Farias LM, Rêgo MRV, Lima FET, Araújo TL, Cardoso MVLML, Souza ÂMA. Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: revisão integrativa. Rev Rene [Internet]. Fortaleza. 2012 [cited 2015 Mar 10];12(4):866-74. Available from: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_pdf/a26v12n4.pdf
14. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.
15. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2008.
16. Neves FMA, Corrêa DAM. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. Cienc Cuid Saude [Internet]. Maringá. 2008 [cited 2014 Oct 20];7(4):461-67. Available from: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6626/3905>
17. Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. Rev Rene [Internet]. Fortaleza. 2010 [cited 2014 Oct];11(1):125-32. Available from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/355>
18. Branco A, Fekete SMW, Rugolo L, Rehder MI. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. Rev CEFAC [Internet]. São Paulo. 2006 [cited 2014 Oct 20];8(4):529-35. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v8n4/v8n4a14.pdf>
19. Sousa BBB, Santos MH, Souza FGM, Gonçalves APF, Paiva SS. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. Texto contexto-enferm [Internet]. Florianópolis. 2006 [cited 2014 Oct 20];15(esp):88-96. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea10.pdf>
20. Guinsburg R, Cuenca MCA. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria: São Paulo, 8 de outubro de 2010 [cited 2014 Oct 20]. Available

Costa LC, Souza MG de, Sena EMAB et al.

from:

http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf

21. Polkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Atitudes e percepções de avaliação de dor em terapia intensiva neonatal dos enfermeiros. Scand J Caring Sci [Internet]. 2010 [cited 2015 Jan 15];24(1):49-55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20070593>

22. Capellini VK, Daré MF, Castral TC, Christoffel MM, Leite AM, Scochi CGS. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. Rev Eletrônica Enferm [Internet]. 2014 Apr-June [cited 2015 Mar 10];16(2):361-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf

23. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2015 Mar 10]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v1.pdf

24. Mendes LC, Fontenele FC, Dodt RCM, Almeida LS, Cardoso MVLML, Silva CBG. A dor no recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. J Nurs UFPE on line [Internet]. Recife. 2013 Nov [cited 2015 Mar 10];7(11):6446-54. Available from: www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3007/7735

25. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm [Internet]. Brasília. 2012 Mar-Apr [cited 2015 Mar 10];65(2):269-75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000200011>

26. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Rev eletrônica enferm [Internet]. Goiânia. 2009 [cited 2014 Oct 20];11(1):64-9. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a08.pdf

27. Bueno M. Dor no período neonatal. Reflexões e Intervenções de Enfermagem. In: Leão ER, Chaves LD. Dor 5° sinal vital. São Paulo: Livraria e Editora Martinari; 2007 [cited 2014 Oct 20]:227-50. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a16v22n6.pdf>

Utilização de medidas não farmacológicas pela equipe...

28. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. Rev Bras Enferm [Internet]. 2015 Jan-Feb [cited 2015 Jan 15];68(1):131-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>

29. Cardoso TA, Rocha RSB, Cunha KC. Influência da utilização de glicose 0,25% na avaliação da dor neonatal em prematuros tardios submetidos a fisioterapia respiratória. Rev para med [Internet]. 2014 July-Sept [cited 2015 Jan 15];28(3):43-8. Available from: <http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n3/a4514.pdf>

Submissão: 07/07/2015

Aceito: 10/04/2016

Publicado: 01/07/2016

Correspondência

Luana Cavalcante Costa
Universidade Federal de Alagoas
Escola de Enfermagem e Farmácia - ESENFAR
Av. Lourival Melo Mota, s/n
Cidade Universitária
CEP 57072-900 – Maceió (AL), Brasil