

Conhecimento da equipe de enfermagem de unidade de terapia intensiva neonatal sobre a dor do recém-nascido

Knowledge of the neonatal intensive care unit nursing team about newborn pain

Dayana Mourato Moura¹, Talita Pavarini Borges de Souza²

DOI 10.5935/2595-0118.20210027

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A ausência ou falhas na identificação e manejo correto da dor prejudica a recuperação do recém-nascido internado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), com consequências a longo prazo. O objetivo foi descrever o conhecimento da equipe de enfermagem sobre avaliação e manejo da dor do recém-nascido termo e pré-termo em unidade de UTIN, assim como os desafios cotidianos.

MÉTODOS: Estudo descritivo, transversal, quantitativo, desenvolvido em um hospital geral público de São Paulo.

RESULTADOS: Foram incluídos 44 profissionais. As alterações mais apontadas frente à dor foram melodia do choro (100%), frequência cardíaca (99%) e tremores nas mãos e pés (90%). As consequências de longo prazo mais relatadas foram: déficit de atenção na fase escolar (95%), menor tolerância a dor na vida adulta (77%), propensão a desenvolver depressão e ansiedade na vida adulta (73%). Sucção não nutritiva (92%), aleitamento materno (88%) e método canguru (79%) foram os métodos não farmacológicos mais utilizados. Os desafios mais prevalentes foram ausência de conduta médica (23%) e dificuldade na avaliação de sinais específicos de dor (16%), soma-se uma ausência de notificação da dor de 22%.

CONCLUSÃO: A equipe de enfermagem acerca da dor em pacientes em UTIN demonstrou clareza das modificações hemodinâmicas, consequências da exposição da dor a longo prazo e domínio de estratégias não farmacológicas. Evidenciou-se subnotificação da presença de dor e os desafios mais relatados foram a ausência de conduta médica pós comunicação da dor e avaliação de sinais específicos, direcionando ações para melhoria da assistência como a realização de treinamentos.

Descritores: Enfermagem neonatal, Manejo da dor, Medição da dor, Recém-nascido, Unidades de terapia intensiva neonatal.

ABSTRACT

BACKGROUND AND OBJECTIVES: The absence or failure to identify and correctly manage pain impairs the recovery of the newborn admitted to the Neonatal Intensive Care Unit (NICU), with long-term consequences. The objective was to describe the knowledge of the nursing team on pain evaluation and management of term and preterm newborns in the NICU, as well as the daily challenges.

METHODS: Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, developed in a public general hospital in São Paulo.

RESULTS: 44 professionals participated; the melody of crying (100%), heart rate (99%) and trembling of hands and feet (90%) were the most pointed changes in the face of pain. Attention deficit in school (95%), less tolerance to pain in adulthood (77%), propensity to develop depression and anxiety in adulthood (73%) were the most reported long-term consequences. Non-nutritive sucking (92%), breastfeeding (88%) and the kangaroo method (79%) were the most widely used non-pharmacological methods. The most prevalent challenges were the absence of medical conduct (23%) and difficulty in assessing specific signs of pain (16%), in addition to an absence of pain notification of 22%.

CONCLUSION: The knowledge of the nursing team about pain in patients in the NICU demonstrated clarity of hemodynamic changes, consequences of long-term pain exposure and mastery of non-pharmacological strategies. There is underreporting of the presence of pain and the most reported challenges were the absence of medical conduct after communicating the pain and evaluation of specific signs, directing actions to improve care such as training.

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

INTRODUÇÃO

A ausência da identificação e tratamento correto da dor prejudica a recuperação do recém-nascido (RN) internado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN)¹. Durante sua internação na UTIN, o RN é submetido a um ambiente plenamente diferente do útero materno, com presença de ruídos elevados, iluminação intensa e contínua, manipulações imprevisíveis, além de muitas vezes o cuidado ser inadequado por parte dos profissionais de saúde para diminuição dos estressores e da dor^{2,3}.

São competências dos profissionais da saúde que cuidam dos RN a ética, a promoção da segurança e garantir o tratamento efetivo para controle da dor como previsto pelo Conselho Nacional dos Direitos

Dayana Mourato Moura – <https://orcid.org/0000-0001-5826-623X>;
Talita Pavarini Borges de Souza – <https://orcid.org/0000-0002-0914-118X>.

1. Universidade de Santo Amaro, Residência Multiprofissional, São Paulo, SP, Brasil.
2. Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Docente, São Paulo, SP, Brasil.

Apresentado em 17 de dezembro de 2020.

Aceito para publicação em 29 de março de 2021.

Conflito de interesses: não há – Fontes de fomento: não há.

Endereço para correspondência:

Rua das Perobeiras, nº 624, Casa 4 – Chácara Santa Maria
05879-470 São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: dayana_mourato@hotmail.com

© Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor

da Criança e do Adolescente (CONANDA), Resolução 41, de 13 de outubro de 1995, que elenca dentro dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados no item 7 o “Direito a não sentir dor, quando exista meios para vitá-la”⁴⁻⁶, porém, em estudos recentes nota-se que ainda há dificuldades de analisar e compreender a dor do RN por parte desses profissionais^{4,7-10}.

No campo de atuação em questão, a equipe de enfermagem exerce fundamental papel no controle da dor e na redução do sofrimento do RN, em virtude de permanecer junto ao paciente durante sua internação, realizar a maior parte dos procedimentos invasivos e por ser de competência do enfermeiro a prescrição de métodos não farmacológicos para propiciar conforto e manejo da dor ao paciente². O nascimento de crianças prematuras é um fator diretamente proporcional à internação em UTIN, na qual os RN são submetidos à média diária de 12 procedimentos dolorosos, com finalidade diagnóstica ou de tratamento e 16 procedimentos considerados estressantes. Em torno de 80% dos RN pré-termos e termos expostos a estes procedimentos têm sua dor subtratada, seja por avaliações errôneas ou uso insuficiente de analgésicos³. Em 2018 foram internados 450 RN na UTIN do Hospital Geral do Grajaú com média de 8 dias de permanência (HGG, 2019).

Em relação à dor do RN, por décadas foi tratada como um fator de prioridade mínima, devido à crença de que os RN não sentiam dor por imaturidade de seu sistema nervoso. Contudo, pesquisas recentes têm mostrado para a comunidade científica que o RN possui todos os componentes anátomo-funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso^{2,9-12}, uma vez que os neurônios estão desenvolvidos na 7ª semana da gestação e seus receptores da pele por volta da 20ª semana. Apesar disso, seus mecanismos de modulação e inibição da dor não amadurecem ao mesmo tempo que os transmissores de dor, sendo assim, ocorrem os estímulos dolorosos, mas não há resposta endógena imediata de inibição, tornando essa sensação mais intensa¹³.

As complicações causadas pelo estímulo doloroso prolongado afetam os diversos sistemas orgânicos, com alterações comportamentais e fisiológicas como: diminuição e alteração no padrão de sono, irritabilidade e queda de padrão alimentar, com alterações emocionais e cognitivas^{9,11,14}.

Para os RN prematuros a exposição a múltiplos procedimentos dolorosos e invasivos causa estimulação excessiva nas vias nociceptivas em decorrência das vias ainda imaturas promoverem um estado crônico de estimulação nociceptiva e de estresse psicológico, expondo-os aos efeitos clínicos deletérios da dor^{14,15}. O efeito prolongado dessas agressões fisiológicas contribuem para a aparição de problemas de cognição e déficit de atenção durante a vida escolar, deixando também o RN prematuro vulnerável a lesões neurológicas^{11,14,15}.

O RN submetido a procedimentos dolorosos sem a analgesia ou sedação adequadas apresenta uma resposta generalizada ao estresse levando a importante liberação de hormônios, mobilizando os substratos e o catabolismo. Esses RN após a exposição à dor apresentam níveis elevados de adrenalina, corticoides, aldosterona, glucagon, além de interrupção de insulina e alterações metabólicas com mobilização e consumo de fontes proteicas e energéticas, propiciando um estado de hipermetabolismo com hiperglicemia e acidose láctica^{7,13,16}.

No sistema cardiovascular frequentemente ocorrem arritmias cardíacas, hipertensão arterial e taquicardia, alterando o consumo energé-

tico, impactando no equilíbrio do peso, contribuindo para aumentar o tempo de hospitalização do RN^{7,17}, acrescido do aumento da frequência respiratória, redução da saturação de oxigênio, cianose, sudorese, dilatação das pupilas e apneia, vasoconstrição periférica e alterações na coagulação sanguínea^{17,18}. As lesões causadas ao desenvolvimento cerebral pela exposição prolongada à dor geram modificações permanentes na organização do sistema nociceptivo^{8,9}.

Independentemente da faixa de prematuridade ou não do RN, o alívio e manejo da dor deve ser priorizado, com uso de escalas destinadas à avaliação da dor, a fim de melhor compreender os níveis algícos do RN, possibilitando executar uma intervenção e desta forma promover a estabilidade do paciente para que a internação não se constitua em experiência traumática passível de causar lesões futuras^{13,17,18}. Exemplo de escala destinada a estes pacientes e validadas no Brasil é a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que avalia seis parâmetros, sendo cinco comportamentais (expressão facial, choro, braços, pernas, estado de alerta) e um fisiológico (padrão respiratório)¹⁷. A avaliação algíca do RN pela NIPS revela necessidade de intervenção farmacológica à dor com escore ≥ 3 sendo a dor intensa a partir de 6^{19,20}.

Assim, reconhecendo a necessidade da abordagem da dor no RN a termo e pré-termo com base na sua singularidade, nas repercussões no seu desenvolvimento causadas a curto e longo prazo pela dor, no papel da equipe de enfermagem na assistência neonatal e nos desafios sobre a temática da dor nas UTIN, esta pesquisa objetivou identificar o nível de conhecimentos da equipe de enfermagem e os desafios da avaliação e manejo da dor do RN em UTIN.

MÉTODOS

Estudo descritivo, transversal, desenvolvido em UTIN de um hospital geral público de São Paulo. Os critérios de inclusão foram profissionais de enfermagem que estivessem ligados à assistência direta ao paciente. Foram excluídos os participantes em férias, com atestado médico ou licença maternidade. A coleta ocorreu no mês de junho de 2020.

Foram convidados a participar 47 profissionais atuantes na UTIN durante o período da pesquisa, considerando plantões diurnos e noturnos. A equipe era composta por oito enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 23 auxiliares de enfermagem.

Houve apresentação dos objetivos às equipes, supervisão de enfermagem e educação continuada. Após aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi agendada a aplicação dos questionários.

Dois questionários foram aplicados, sendo um para caracterização sociodemográfica e outro com questões de múltipla escolha sobre questões institucionais referentes à avaliação e manejo da dor e suas consequências a curto e longo prazos e duas questões abertas sobre dificuldades cotidianas de avaliação. As questões abertas foram: (1) Você acha importante avaliar a dor do RN? Por quê? (2) Quais as principais dificuldades que você encontra na rotina de trabalho para realizar a avaliação e alívio da dor do RN?

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo à resolução MS/CNS 466/2012, mediante a assinatura do (TCLE), em duas vias, após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da UNISA de acordo com CAAE: 30074720.0.0000.0081

e o parecer nº 3.931.829, assim como pela instituição coparticipante pelo CAAE: 30074720.0.3001.5447 e o parecer nº 3.939.368.

Os dados foram organizados em planilhas do *software Microsoft Excel* 2016 e foi realizada análise descritiva com descrição das frequências para as questões fechadas (múltipla escolha) e, para as questões abertas, foi realizada categorização das falas.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 44 profissionais (93,6% da população) sendo 8 enfermeiros, 14 técnicos de enfermagem e 22 auxiliares de enfermagem, todos do sexo feminino, com tempo médio de atuação profissional 8,2 anos, sendo a profissional mais experiente com 26 anos de atuação e a menos experiente com um ano de atuação na UTIN, 50% do período diurno e 50% do noturno. Dentre as enfermeiras, 6 (75%) possuíam pós-graduação em neonatologia e 2 (25%) em neonatologia e pediatria.

A maioria (81,8%) referiu que há protocolos/recomendações sobre a avaliação da dor do RN. A presença de escala de dor direcionada a este tipo de paciente é conhecida por 100% das enfermeiras, 85,7% das técnicas e 72,7% das auxiliares enfermagem. A maior parte (52,3%) informou que não há treinamentos sobre o tema da dor no RN nessa instituição. A documentação do score da dor e sua avaliação ocorre na anotação de enfermagem (56,8%), entretanto existe um campo próprio para sua documentação no sistema de prontuário eletrônico e 100% da amostra afirma que avaliação da dor do RN deve fazer parte da prescrição de enfermagem. A rotina de avaliação da dor é feita com os sinais vitais majoritariamente (61,4%) pelo auxiliar e técnica de enfermagem.

Na questão referente a quais profissionais poderiam realizar a identificação da dor neonatal, os participantes do estudo poderiam assinalar mais de uma alternativa, sendo assim, 63,6% da equipe direcionou o enfermeiro, em alternativa 40,9% informaram que todos os profissionais da equipe multiprofissional estariam aptos a realizarem essa avaliação.

A tabela 1 apresenta a frequência de resposta, por categoria profissional da enfermagem, de questões de múltipla escolha relacionadas à avaliação da dor neonatal. As participantes poderiam escolher mais de uma alternativa.

A tabela 2 apresenta as condutas realizadas pela equipe de enfermagem quando ocorre a identificação da dor, com possibilidade de escolher mais de uma opção.

A tabela 3 aponta quais são as estratégias não farmacológicas mais utilizadas pela equipe de enfermagem da instituição para o manejo da dor, com possibilidade de escolher mais de uma opção.

A equipe de enfermagem tem um rol de intervenções não farmacológicas para alívio da dor, no entanto, o registro está prejudicado. Nas questões abertas houve categorização das respostas. Referente à questão sobre a importância da avaliação da dor do RN, 88,63% dos colaboradores responderam ser importante, sendo que 11,36% não responderam à pergunta. 34,09% elencaram como fator de maior importância para essa avaliação evitar consequências a longo prazo, seguido por proporcionar cuidado humanizado proporcionando conforto; entretanto, apenas 13,63% dos participantes atribuíram a avaliação da dor neonatal como fator importante para tomada de conduta adequada.

Tabela 1. Avaliação e consequências da dor em paciente neonatal

Questões	Enf ^o	Téc. Enf ^o	Aux. Enf ^o
O que a dor altera no RN?			
Frequência cardíaca	100%	100%	95,5%
Temperatura	62,5%	85,7%	86,4%
Melodia do choro	100%	100%	100%
Saturação	50%	21,4%	40,9%
Expressão facial	87,5%	64,3%	72,7%
Tremores nas mãos e nos pés	87,5%	92,9%	90,9%
Quais as consequências que a exposição do RN à dor pode trazer para sua vida futura?			
Déficit de atenção na fase escolar	100%	92,9%	90,9%
Ganhar de peso	37,5%	50%	22,7%
Menor tolerância a dor na vida adulta	87,5%	71,4%	72,7%
Propensão a desenvolver depressão e ansiedade na vida adulta	75%	71,4%	72,7%
Alterar o vínculo entre mãe e filho	50%	64,3%	90,9%
Aumentar as horas de sono	-	14,3%	36,4%
Não causa consequências pois é algo pontual	-	-	-
Nenhuma das anteriores	-	-	-
Um RN prematuro sente dor?			
Sim	100%	71,4%	100%
Não	-	28,6%	-
Não sabe	-	-	-

Tabela 2. Condutas frente à dor em paciente neonatal

Questões	Enf ^o	Téc. Enf ^o	Aux. Enf ^o
Ao identificar que o RN apresentou dor durante a realização de algum procedimento qual(is) conduta(s) você realiza?			
Discute com a equipe	62,5%	35,71%	36,36%
Comunica a chefia	62,5%	92,85%	100%
Registra no prontuário	75%	71,42%	86,36%
Não faz nada	-	-	-
Utiliza alguma analgesia para alívio da dor?			
Sim*	87,5%	21,42%	27,27%
Não	12,5%	78,57%	72,72%
Quando a escala de dor utilizada na instituição** sugere que o RN está com dor, que conduta você realiza?			
Discute com a equipe	62,5%	35,71%	40,90%
Comunica a chefia	62,5%	100%	100%
Registra no prontuário	87,5%	85,71%	90,90%
Não faz nada	-	-	-
Não há escala de dor nesta instituição	-	-	-

*Dipirona, Paracetamol, Fentanil, Lidocaína, Morfina, Codeína, Midazolam, Cetamina conforme prescrição médica. **NIPS = Neonatal Infant Pain Scale.

Tabela 3. Medidas não farmacológicas para controle da dor

Questões	Enf ^o	Téc. Enf ^o	Aux. Enf ^o
Quais são as intervenções não farmacológicas realizadas na presença de dor?			
Sucção não nutritiva	100%	85,71%	90,90%
Glicose/sacarose oral	25%	14,28%	18,18%
Aleitamento materno	100%	85,71%	77,27%
Massagem terapêutica	37,5%	50%	40,90%
Toque	62,5%	57,14%	45,45%
Método canguru	87,5%	64,28%	86,36%
Contenção facilitada	87,5%	75,57%	50%
Posicionamento	87,5%	50%	68,18%
Ninho	75%	64,28%	63,63%
Diminuição de estímulos auditivos	75%	78,57%	59,09%
Diminuição de estímulos visuais	75%	57,14%	50%
Musicoterapia	25%	-	9,09%
Você registra em prontuário a utilização de métodos não farmacológicos utilizados para alívio da dor do RN?			
Nunca	-	21,42%	18,18%
Raramente	12,5%	28,57%	-
Algumas vezes	25%	-	18,18%
A maioria das vezes	25%	21,42%	18,18%
Sempre	37,5%	28,57%	45,45%

Tabela 4. Desafios na rotina de trabalho para realizar a avaliação e alívio da dor do recém-nascido

Questões	Enf ^o	Téc. Enf ^o	Aux. Enf ^o
Dificuldade na avaliação de sinais específicos de dor	-	14,3%	18,2%
Complexidade para localizar o ponto inicial da dor	-	-	4,5%
Ausência de conduta médica	37,5%	14,3%	18,2%
Falha na comunicação com a equipe	-	-	4,5%
Necessidade de treinamento sobre a temática da dor	25%	14,3%	4,5%
Recursos humanos	-	-	4,5%

A questão relacionada aos desafios na avaliação e alívio da dor não foi respondida por 25% dos enfermeiros, 43% dos técnicos e 27% dos auxiliares. Entretanto, 12,5% dos enfermeiros, 21,4% dos técnicos e 18% dos auxiliares afirmaram não ter dificuldade nesta questão. As demais dificuldades estão apresentadas na tabela 4.

DISCUSSÃO

Todas as profissionais participantes da pesquisa consideram que o RN prematuro e termo sentem dor e reconhecem a importância de sua avaliação. Resultados similares foram apresentados em outras pesquisas sobre percepção e conhecimento da equipe de enfermagem frente à dor no paciente neonatal^{3,21}, entretanto, um estudo

evidenciou que em tempos atuais foi possível encontrar profissionais que desacreditam da capacidade dos RN em sentir dor, tal fato pode ser atribuído à ausência de conteúdo específico nos cursos técnicos e graduações sobre o tema e também à assistência prestada, permitindo desta forma que esse pensamento se perpetue e o sofrimento álgico permaneça subtratado⁵.

Verificou-se que grande parte dos profissionais se sentiam aptos a relatar verbalmente suas dificuldades sobre a avaliação e tratamento da dor neonatal, assim como sobre a importância de valia-la nesses pacientes, porém, mesmo com a apresentação do TCLE e explicação do termo de confidencialidade, 31,8% dos profissionais não se sentiram à vontade para responder às questões por escrito.

A equipe apresentou conhecimento condizente com a literatura sobre as alterações fisiológicas apresentadas pelo RN quando exposto à dor, entretanto, ao responderem sobre os efeitos deletérios da dor a longo prazo, alguns profissionais assinalaram que a dor poderia favorecer o ganho de peso e aumento das horas de sono, todavia, a literatura aponta que a exposição prolongada à dor ocasiona resposta generalizada ao estresse. Esse cenário induz à liberação de hormônios, nocivos quando liberados em grande quantidade, a mobilização de substratos e catabolismo favorecendo perda ponderal de peso, além de alterações de sinais vitais, arritmias cardíacas e danos ao desenvolvimento cerebral como, modificações permanentes na organização do sistema nociceptivo^{8,9,22}.

Os instrumentos para avaliação da dor no período neonatal são facilitadores baseando-se em modificações de parâmetros fisiológicos e comportamentais, podendo serem observados antes ou depois da aplicação de um estímulo doloroso, desta forma, o comportamento é a principal origem de informações que os profissionais devidamente capacitados² possuem sobre os RN e sua avaliação deve ser feita de forma precisa^{1,24}. Todos os enfermeiros conhecem esta escala de avaliação e seu uso é recomendado para eles, no entanto, os profissionais que mais avaliam a dor são os técnicos e auxiliares de enfermagem no momento da realização dos sinais vitais, somado ao fato de que em média 52,3% mencionaram nunca ter participado de capacitações relacionadas ao tema.

O registro da dor também possui grande importância e faz parte das atribuições da equipe, uma vez que o prontuário é um documento legal. Porém, o registro das atividades realizadas ainda é insuficiente e inadequado tanto por questões relacionadas a hábitos quanto ao dimensionamento de pessoal^{22,23}. Nesta questão, em média 20,5% dos participantes afirmaram que o registro era realizado junto ao campo de sinais vitais, apontando inconsistência, pois este campo é formatado para avaliação numérica do escore de dor em pacientes capazes de comunicar-se verbalmente e 2,3% dos participantes relataram não registrar a avaliação da dor do RN em nenhum local, negligenciando-a. Esta falta de adesão à avaliação álgica reforça a subnotificação já apontada pelas pesquisas^{13,25}.

Quando analisadas as questões referentes às dificuldades encontradas para avaliação e manejo da dor neonatal, houve destaque para a ausência de condutas médicas após a avaliação, direcionando a importância de métodos farmacológicos neste contexto de UTIN, somadas à fragilidade no trabalho interprofissional, proporcionando um período de exposição maior à dor e seus efeitos deletérios de forma desnecessária. Pesquisas apontam que essa fragilidade gera uma desestabilização na equipe, sentindo-se desvalorizada e não acolhida^{22,25}.

Ainda no campo das dificuldades vivenciadas pela equipe, outro ponto de destaque foi a falta de treinamentos dos protocolos institucionais direcionados à temática, corroborando os resultados apontados na literatura, em que são enfatizadas as lacunas existentes entre o conhecimento da equipe relativo à avaliação e gestão da dor neonatal e ausência de treinamentos e de protocolos que são ações fundamentais^{22,24,25}, constituindo uma grande problemática institucional.

O processo de manejo farmacológico ocorre de forma interprofissional com a escolha do fármaco pelo profissional médico com suporte da equipe de farmácia clínica, devido à metabolização, vias de excreção e até mesmo efeitos desconhecidos²⁶ e completado pela equipe de enfermagem mediante sua administração. Dentre os principais fármacos apontados na pesquisa, ressalta-se reservas de diversos estudos quanto à utilização da dipirona no período neonatal por falta de estudos farmacológicos e clínicos que excluam riscos^{8,26} à saúde do RN, desta forma, o analgésico não opioide de melhor escolha foi o paracetamol, por sua eficácia e segurança comprovadas. O fentanil vem sendo amplamente difundido por seu baixo índice de efeitos adversos, tornando-se um dos principais fármacos de escolha, o midazolam é igualmente difundido para utilização em pequenas doses durante procedimentos de curta duração e estudos recentes têm relacionado sua escolha como sedativo, porém alertam para o aumento de eventos neurológicos adversos aos 28 dias de vida⁸.

Na atualidade as medidas não farmacológicas constituem um importante pilar na condução e tratamento da dor de leve intensidade, além de não elevar os custos institucionais, sendo um aliado para a equipe de enfermagem que atua nas UTIN^{16,21}. Os métodos mais utilizados nesta pesquisa, como a sucção não nutritiva, aleitamento materno e método canguru corroboram com os métodos amplamente recomendados pela literatura, seja por competirem de forma positiva com o estímulo doloroso ou por facilitarem o processo de reorganização do RN. Todavia, métodos menos mencionados, como a diminuição de estímulos sonoros e visuais, também são efetivos na reorganização do RN, além de realizarem proteção neurológica, principalmente nos prematuros^{9,11}.

Apesar de existir conhecimento técnico por parte das equipes de enfermagem sobre o manejo da dor neonatal, a prática destes cuidados não é uma realidade amplamente implantada nos serviços de UTIN, impactando na qualidade da assistência prestada. Esta realidade aponta para a necessidade de investimento em estratégias educativas^{3,25,27}. Uma educação continuada e permanente pautada em evidências científicas auxilia os profissionais a adotarem medidas de controle efetivas e seguras para prevenção e manejo da dor.

CONCLUSÃO

A equipe de enfermagem, acerca da dor em pacientes a termo e pré-termo em UTIN, demonstrou clareza das modificações hemodinâmicas, consequências da exposição da dor a longo prazo e domínio de estratégias não farmacológicas. Há subnotificação tanto da presença de dor quanto do manejo e os desafios relatados são relacionados à ausência de conduta médica após comunicação da dor, dificuldade na avaliação de sinais específicos de dor entre auxiliares e técnicos de enfermagem e falta de treinamentos específicos, alertando para ações efetivas seja para treinamentos institucionais com foco

na parte prática, seja em ações que contribuam para uma assistência verdadeiramente interprofissional.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Dayana Mourato Moura

Análise estatística, Coleta de Dados, Conceitualização, Gerenciamento de Recursos, Gerenciamento do Projeto, Investigação, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Validação, Visualização

Talita Pavarini Borges de-Souza

Conceitualização, Gerenciamento do Projeto, Metodologia, Redação – Preparação do original, Redação – Revisão e Edição, Supervisão, Validação, Visualização

REFERÊNCIAS

1. Sposito NPB, Rossato LM, Bueno M, Kimura AF, Costa T, Guedes DMB. Assessment and management of pain in newborns hospitalized in a Neonatal Intensive Care Unit: a cross-sectional study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2017;25:e2931.
2. Marcondes C, Costa A, Chagas E, Coelho J. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a dor no recém-nascido prematuro. *Rev Enferm UFPE*. 2017;11(9):3354-9.
3. Costa T, Rossato LM, Bueno M, Secco IL, Sposito NP, Harrison D, et al. Nurses' knowledge and practices regarding pain management in newborns. *Rev Esc Enferm USP*. 2017;51:e03210.
4. Christoffel MM, Castral TC, Daré MF, Montanholi LL, Scochi CG. Conhecimento dos profissionais de saúde na avaliação e tratamento da dor neonatal. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(3):552-8.
5. Rodrigues JB, Souza DSB, Werneck AL. Identificação e avaliação da percepção dos profissionais de enfermagem em relação a dor/desconforto do recém-nascido. *Arq Ciênc Saúde*. 2016;23(1):7-31.
6. Brasil. Resolução 41, De 13 De Outubro De 1995: Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados - CONANDA [internet]. Brasília; 1995 [Citado em abr. 2020]. Disponível em: http://www.mpdfit.mp.br/porta/pdf/unidades/promotorias/pdij/Legislacao%20%20Jurisprudencia/Res_41_95_Conanda.pdf.
7. Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, Lima LR. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. *Rev Enferm Cent O Min*. 2012;2(1):108-23.
8. Balda RCX, Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no período neonatal. *Resid Pediatr*. 2019;9(1):43-52.
9. Maciel HIA, Costa MF, Costa ACL, Marcato JO, Manzo BF, Bueno M. Medidas farmacológicas e não farmacológicas do manejo e tratamento da dor em neonatos. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2019;31(1):21-6.
10. Lago PM, Piva JP, Garcia PC, Sfoggia A, Knight G, Ramelet AS, et al. Analgesia and sedation in emergency situations and in the pediatric intensive care unit. *J Pediatr*. 2003;79(Suppl2):S223-30.
11. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológicos da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(1):123-7.
12. Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ. Taxa de bebês prematuros no país é quase o dobro do que em países da Europa [internet]. Brasil; 2016 [Citado em abr. 2020]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/taxa-de-bebes-prematuros-no-pais-e-quase-o-dobro-do-que-em-paises-da-europa>.
13. Elias LSD, Cajigas C, Thimóteo BS, Barbisan GG, Gavalet JB, Alves TM. Avaliação da dor na unidade neonatal sob a perspectiva da equipe de enfermagem em um hospital no noroeste paulista. *CuidArt Enferm*. 2016;10(2):156-61.
14. Brasil. Sociedade Brasileira para Estudo da Dor. O que é dor? Capítulo Brasileiro da International Association for the Study of Pain – IASP [internet]. Brasil; 2017 [Citado em abr. 2020]. Disponível em: http://www.sbed.org.br/materias.php?cd_secao=76.
15. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. *Rev Min Enferm*. 2006;10(2):118-24.
16. Alves FB, Fialho FA, Dias IMAV, Amorim TTM, Salvador M. Dor neonatal: a percepção da equipe de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Cuid*. 2010;4(1):510-5.
17. Allegaert K, van den Anker JN. Neonatal pain management: still in search for the Holy Grail. *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2016;54(7):514-23.
18. Nicolau CM, Modesto K, Nunes P, Araújo K, Amaral H, Falcão MC. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. *Arq Bras Ciênc Saúde*. 2008;33(3):146-50.
19. Silva YP, Gomez RA, Máximo TA, Silva ACS. Pain evaluation in neonatology. *Rev Bras Anestesiol*. 2007;57(5):565-74.
20. Carvalho CG, Carvalho VL. Manejo clínico da enfermagem no alívio da dor em neonatos. *e-Scientia*. 2012;5(1):23-30.

21. 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 Eletr Enf.* 2014;16(2):361-9.
22. Duarte AB, Reis IEM, Santos VO. Importância das anotações dos cuidados de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 1976;29(3):83-91.
23. Christoffel MM, Querido DL, Silveira AL, Magesti BN, Gomes AL, Silva AC. Health professionals' barriers in the management, evaluation, and treatment of neonatal pain. *BrJP.* 2019;2(1):23-8.
24. Brasil, COREN São Paulo. Parecer COREN-SP 007/2018. [internet] 2018. [citado em 21 jul. 2020]. Disponível em: https://www.google.com/search?rlz=1C1CHZN_pt-BRBR940BR940&xsrf=ALeKk01T6IFuG1b-J2oOldPqaHtD_602hXQ:1613256346206&q=escala+de+nips+multidimensional+privativo+do+enfermeiro&spell=1&sa=X&ved=2ahUKewjxwsm-b-OfuAhU0C9QKHekDCS8QBSgAegQIBRA1&biw=1280&bih=578#.
25. Querido DL, Christoffel MM, Machado MED, Almeida VS, Esteves APVS, Matos PBC. Percepções dos profissionais sobre a dor neonatal: estudo descritivo. *Braz J Nurs.* 2017;16(4):420-30.
26. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedação e analgesia em neonatologia. *Rev Bras Anesthesiol.* 2007;47(5):575-87.
27. Leandro AIP, Branco ES. Importância do treinamento e desenvolvimento nos serviços de saúde. *Rev Adm Hosp Inov Saúde.* 2011;6:64-9.
28. Ribeiro BCO, Souza RG, Silva RM. A importância da educação continuada e educação permanente em unidade de terapia intensiva – revisão de literatura. *Rev Inic Cient e Ext.* 2019;2(3):167-75.

