

PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR NA UNIDADE NEONATAL

Assessment and management of pain in the neonatal unit

Prácticas de evaluación y manejo del dolor en la unidad neonatal

Beatriz da Silva Araújo¹, Bárbara Bertolossi Marta de Araújo², Marcelle Campos Araújo³, Sandra Teixeira de Araújo Pacheco⁴, Adriana Teixeira Reis⁵, Cristiano Bertolossi Marta⁶

Como citar este artigo:

Araújo BS, Araújo BBM, Araújo MC, Pacheco STA, Reis AT, Marta CB. Práticas de avaliação e manejo da dor na unidade neonatal. 2021 jan/dez; 13:531-537. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcf.v13.9287>.

RESUMO

Objetivo: Identificar a frequência de dificuldade dos profissionais na observação dos parâmetros da escala de Neonatal Infant Pain Scale no Recém-nascido. Descrever os tipos e frequência das medidas não farmacológicas de alívio e prevenção da dor que são utilizadas pelos profissionais de enfermagem. **Métodos:** Estudo quantitativo, transversal, com análise estatística através do programa IBM SPSS versão 21.0. A população do estudo foi composta por 55 profissionais da equipe de enfermagem. Para coleta dos dados foi realizada entrega de questionário aos profissionais da equipe de enfermagem, a fim de identificar os tipos e frequência da aplicação de medidas de alívio da dor. **Resultados:** Os profissionais de enfermagem realizam avaliação da dor majoritariamente de forma empírica, assim como a realização de medidas não farmacológicas de alívio. **Conclusão:** Há a necessidade de realização de ações de educação permanente para atualização de protocolos institucionais, contribuindo para a humanização da assistência e eficiência do cuidado.

DESCRITORES: Escala de dor; Unidades de terapia intensiva neonatal; Prematuro; Recém-nascido; Cuidados de enfermagem.

- 1 Enfermeira, Especialista em Enfermagem Neonatal, Residente em Enfermagem Neonatal do Hospital Universitário Pedro Ernesto/ UERJ, Rio de Janeiro – RJ – Brasil
- 2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Tutora do Método Canguru. Rio de Janeiro – RJ – Brasil
- 3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Tecnologista em Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernando Figueira/Fiocruz, Rio de Janeiro – RJ – Brasil
- 4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro – RJ – Brasil
- 5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Tecnologista em Saúde Pública do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernando Figueira/Fiocruz, Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-infantil da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Rio de Janeiro – RJ – Brasil
- 6 Enfermeiro, Pós-Doutor em Enfermagem, Professor Adjunto do Departamento de Fundamentos de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, Diretor de Pesquisa e Coordenador Geral da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Veiga de Almeida – UVA, Rio de Janeiro – RJ – Brasil.

ABSTRACT

Objectives: To identify the frequency of difficulty of the professionals in the observation of the NIPS scale parameters in the NB. To describe the types and frequency of non-pharmacological measures of pain relief and prevention that are used by nursing professionals. **Methods:** Quantitative, cross-sectional study with statistical analysis using the IBM SPSS software version 21.0. The study population consisted of 55 professionals from the nursing team. To collect the data, a questionnaire was delivered to the professionals of the nursing team in order to identify the types and frequency of the application of measures of pain relief. **Results:** Nursing professionals perform pain assessment mainly empirically, as well as non-pharmacological measures of relief. **Conclusion:** There is a need for permanent education actions to update institutional protocols, contributing to the humanization of care and efficiency of care.

KEYWORDS: Pain scale; Neonatal intensive care units; Premature; Infant, newborn; Nursing care.

RESUMEM

Objetivos: Identificar la frecuencia de dificultad de los profesionales en la observación de los parámetros de la escala de NIPS en el RN. Describir los tipos y frecuencia de las medidas no farmacológicas de alivio y prevención del dolor que son utilizadas por los profesionales de enfermería. **Métodos:** Estudio cuantitativo, transversal, con análisis estadístico a través del programa IBM SPSS versión 21.0. La población del estudio fue compuesta por 55 profesionales del equipo de enfermería. Para la recolección de los datos se realizó entrega de cuestionario a los profesionales del equipo de enfermería, a fin de identificar los tipos y frecuencia de la aplicación de medidas de alivio del dolor. **Resultados:** Los profesionales de enfermería realizan evaluación del dolor mayoritariamente de forma empírica, así como la realización de medidas no farmacológicas de alivio. **Conclusión:** Se necesitan acciones de educación permanente para actualizar los protocolos institucionales, contribuyendo a la humanización de la atención y la eficiencia de la atención.

PALABRAS CLAVE: Escala de dolor; Unidades de terapia intensiva neonatal; Prematuro; Recién nacido; Atención de enfermería.

INTRODUÇÃO

Nos últimos 30 anos houve um grande avanço no conhecimento acerca da avaliação e alívio da dor no recém-nascido (RN). Até então, não se utilizavam práticas adequadas para a avaliação e o tratamento da dor na Unidade Neonatal (UN) por se acreditar que neonatos eram considerados incapazes de responder aos estímulos dolorosos, devido à imaturidade orgânica.¹

No entanto, com o aprofundamento na fisiologia da dor neonatal pode-se constatar que, além dos neonatos apresentarem todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos essenciais para a nocicepção, eles ainda percebiam a dor com mais intensidade do que as crianças e os adultos. Isso se deve ao fato de que, apesar das suas vias anatômicas, neurofisiológicas e hormonais estarem formadas ao nascimento, as vias capazes de inibir e reduzir a dor não estão formadas. Desse modo, a capacidade de modular a experiência dolorosa está reduzida, e assim a percepção da dor mostra-se ainda mais exacerbada em prematuros, como

resultado da imaturidade mais acentuada das vias medulares descendentes inibitórias.²

Faz-se necessário ainda atentar para algumas peculiaridades do cenário da unidade neonatal (UN). Os recém-nascidos alocados nesse setor possuem uma maior predisposição a dor e para além disso, há um grande número de manipulações diárias que, dolorosas ou não, podem contribuir para o aumento do estresse destes bebês. Estudos destacam que os RNPT são submetidos a cerca de 130 a 234 manipulações nas 24 horas, sendo que muitas dessas manipulações são potencialmente dolorosas.³

Desse modo, o manejo correto da dor neonatal exige uma identificação acurada de sua presença e intensidade, assim como do risco potencial de dor de um determinado procedimento para que possam ser aplicadas as intervenções com intuito de prevenir e minimizar a intensidade e duração do efeito doloroso, e consequentemente ajudando o neonato a recuperar-se e reorganizar-se adequadamente.

Sob essa perspectiva, com a finalidade de facilitar a identificação da dor pelo profissional foram criadas diversas escalas para avaliação e mensuração da dor. Dentre as escalas mais sugeridas para a mensuração da dor no RN de forma fidedigna, destaca-se a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS), que é composta por seis indicadores de dor: cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a respiração, o movimento dos braços e das pernas e o estado de alerta. A escala apresenta pontuação de zero a um para os indicadores avaliados e o escore total pode variar de 0 a 7. Considera-se presença de dor, quando o somatório for igual ou maior que quatro pontos.⁴

Após a identificação da possibilidade de dor ou mesmo da presença e intensidade da dor, várias medidas de manejo não farmacológicas, como medidas ambientais e comportamentais, e farmacológicas podem ser efetivas para a prevenção e alívio da dor, uma vez que possuem eficácia comprovada e apresentam risco e custos reduzidos para os neonatos.⁵

Desse modo, atuando diariamente em uma Unidade Neonatal (UN), observa-se que poucas medidas para controle da dor são realizadas e a escala nem sempre é aplicada fora do horário já estabelecido no registro. Além disso, muitas vezes, percebe-se a realização de procedimentos dolorosos ou potencialmente dolorosos sem o auxílio de medidas adequadas de manejo da dor, antes e depois dos procedimentos.

A relevância do estudo esta pautada na necessidade de elucidar o uso da escala da dor e das medidas não farmacológicas pelos profissionais da equipe de enfermagem durante o cuidado ao neonato prematuro.

Estudos nacionais e internacionais, em geral, comparam a utilização de escalas e a não utilização, ou a usam medidas não farmacológicas e as comparam. É importante frisar que nenhum dos estudos encontrados utiliza a escala de NIPS. Além disso houveram estudos que avaliaram os conhecimentos dos profissionais acerca da dor neonatal e a utilização de medidas de prevenção e alívio da dor.

Sendo assim, o presente estudo teve como objeto: “Práticas de avaliação e manejo da dor na Unidade Neonatal pela equipe de enfermagem”. Portanto, as questões de pesquisa formuladas foram: Como se dá a aplicação de medidas de alívio da dor no procedimento doloroso pelos profissionais de enfermagem? Como os profissionais aplicam a escala de NIPS?

Dessa forma, apresentamos os seguintes objetivos: Identificar a frequência de dificuldade dos profissionais na observação dos parâmetros da escala de NIPS no RN e Descrever os tipos e frequência das medidas não farmacológicas de alívio e prevenção da dor que são utilizadas pelos profissionais de enfermagem.

A pesquisa apresentava como hipótese de que os profissionais de enfermagem não aplicam frequentemente as escalas e medidas de prevenção e alívio da dor neonatal.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, realizado na UN de um Hospital Universitário localizado na zona norte do Município do Rio de Janeiro, referência para gestantes e recém-nascidos de alto risco. A coleta foi realizada no período de Maio a Outubro de 2017.

A população do estudo foi composta de 55 profissionais da equipe de enfermagem. Foram excluídos os profissionais que se encontrarem de férias ou com qualquer tipo de licença durante o período de coleta e aqueles que se recusarem a participar da pesquisa. Após a aplicação dos critérios de exclusão, a amostra foi composta de 40 profissionais.

A coleta de dados foi realizada através da aplicação de questionário com três etapas: dados de identificação profissional, descrição das situações apresentadas pelos profissionais durante a aplicação da escala e condutas utilizadas por eles após a aplicação da escala NIPS para avaliação da dor. Para a confecção foram utilizados como bases literárias o Protocolo da Instituição de Procedimentos Operacionais Padrão (POP), o Manual de atenção à saúde do recém-nascido⁴ e o *Prevention and Management of Pain in the Neonate: An Update and Guidelines for procedural pain in the newborn*.^{6,7}

O estudo atendeu os preceitos éticos conforme resolução 466/12 e foi aprovado em 29 de maio de 2017, pelo Comitê de ética em Pesquisa da instituição, sob o parecer 2.087.633. Os profissionais que atenderam aos critérios de inclusão e aceitaram participar da pesquisa, foram orientados sobre os objetivos, anonimato e sobre a participação em caráter voluntário.

Antes de o questionário ser aplicado os participantes receberam orientações sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), consentindo a utilização das informações concedidas na pesquisa através da assinatura do mesmo. O TCLE incluiu duas cópias, onde uma foi entregue ao participante e uma ficou com o pesquisador.

A análise estatística foi realizada com auxílio do programa IBM SPSS versão 21.0 Este programa permite a análise de dados utilizando técnicas estatísticas básicas e avançadas.

RESULTADOS

Participaram do estudo 40 profissionais da equipe de enfermagem do hospital utilizado como cenário do estudo, dentre os quais 35 (87,5%) eram do sexo feminino e cinco (12,5%) do sexo masculino, a idade variou nos intervalos de 20 a 30 anos e acima de 61 anos, tendo como mediana o intervalo de 41 a 50 anos (35%). Quanto a categoria profissional 18 (45%) eram enfermeiros, 16 (40%) eram técnicos de enfermagem e seis (15%) eram residentes de enfermagem. Os formados há 21 anos ou mais foram os mais prevalentes, com 18 (45%) dos profissionais, seguidos pelos com tempo de formação entre 11 e 20 anos com 14 (35%), apenas um (2,5%) profissional havia se formado entre 6 e 10 anos atrás, cinco (12,5) dos participantes tem entre 1 e 5 anos de formado e 2 (5%) tem menos de 1 ano de formados.

Nota-se que apenas quatro (10%) dos participantes não possuía nenhum tipo de pós-graduação, dentre os que possuíam 14 (35%) fizeram especialização, 15 (37,5%) fizeram residência e seis (15%) são mestres e um (2,5%) possui doutorado. Dos 40 participantes, 30 (75%) tem mais de 11 anos de trabalho, os outros 10 (25%) se dividem igualmente nos intervalos de 1 a 5 anos e 6 a 10 anos de serviço. Quanto a experiência na área neonatal temos nove (22,5%) de 1 a 5 anos, 11 (27,5%) de 6 a 10 anos, também 11 de 11 a 20 anos e outros nove (22,5%) com mais de 21 anos de experiência em neonatologia. E acerca do tempo de trabalho na unidade da pesquisa 31 (77,5%) dos funcionários tem até 10 anos de trabalho, dividindo-se quase igualmente nos intervalos de 1 a 5 anos e 6 a 10 anos, apenas quatro (10%) tem mais de 21 anos nessa unidade e cinco (12,5%) tem entre 11 e 20 anos.

Em seguida, os participantes foram questionados quanto à aplicação da escala, 21 (52,5%) aplicavam a mesma nos horários pré-determinados e 19 (47,5%) não a aplicavam. Esses valores se justificam pela mudança da localização da escala de dor, para a folha de evolução de enfermagem, o que torna a utilização desta escala função exclusiva do enfermeiro, quando esta é uma função de toda equipe de enfermagem, quiçá de toda equipe multiprofissional.

Assim, os participantes informaram que aplicam a escala de dor, em sua maioria, durante a rotina de verificação de sinais vitais e quando observam sinais de dor, com 21 (52,5%), seguido por sete (17,5%) profissionais que aplicam a escala de dor durante a rotina de verificação de sinais vitais. Apenas seis (15%) informaram não utilizar a escala em nenhum momento, três (7,5%) aplicam a escala apenas quando observam dor, um (2,5%) informou utilizar quando realiza algum procedimento doloroso, um (2,5%) utiliza a escala apenas em alguns dias e um (2,5%) informou aplicar

em outros momentos e como descrição colocou “em todo momento de cuidado”.

Com relação à dificuldade de aplicação da escala de dor NIPS, metade dos entrevistados, 20 (50%), não apresentou dificuldade na aplicação da escala de dor. A outra metade dos entrevistados afirmaram que as principais dificuldades na aplicação da escala foram o excesso de RNs internados apontado por quatro profissionais (10%), quatro (10%) relataram dificuldades com a escala, dois (5%) falta de local para registro, seguido de dois (5%) falta de treinamento apropriado e dois (2,5%) de tempo escasso. A escassez de pacientes eleitos para aplicação da escala aparece com hum (2,5%) assim como o a escassez de profissionais devido ao contingenciamento de profissionais no setor, com hum (2,5%). Apenas quatro (10%) dos participantes não responderam esta questão.

Os dados relacionados à dificuldade na observação de parâmetros da escala de dor já utilizada. Assim, 23 (57,5%) profissionais relataram apresentar dificuldades às vezes, 12 (30%) nunca encontraram dificuldades na aplicação da escala, quatro (10%) não responderam essa questão e somente hum (2,5) sempre possuía dificuldade na observação de parâmetros.

O parâmetro com maior dificuldade de observação foi a flexão e extensão dos braços, referido por dois (5%) dos entrevistados como algo sempre presente e 12 (30%) como uma dificuldade presente às vezes. Em seguida temos a flexão e extensão das pernas e o estado de alerta referidos por 13 (32,5%) dos participantes apresentarem dificuldade às vezes.

No que tange os registros, foi questionado se os escores encontrados na aplicação da escala de NIPS eram registrados,

sendo que 13 (32,5%) profissionais informaram registrarem frequentemente, 11 (27,5%) relataram sempre registrarem o escore encontrado, sete (17,5%) entrevistados referiram nunca registrarem os escores, cinco (12,5%) raramente registravam e 4 (10%) registravam apenas quando encontravam escores positivos.

Os participantes também foram questionados quanto às dificuldades na avaliação de RNs intubados e 26 (65%) não possuem dificuldades na avaliação desta clientela, entretanto 14 (35%) apresentaram dificuldades e, estas foram: choro e respiração isoladamente, com respectivamente, dois (5%) e hum (2,5%) dos entrevistados, e 11 (27,5%) indicaram sentir dificuldades na avaliação de mais de um parâmetro em pacientes intubados.

Na última parte do questionário os entrevistados responderam quanto à utilização ou não de medidas não farmacológicas de alívio da dor e 39 (97,5%) apontaram que realizam medidas não farmacológicas para prevenção e alívio da dor, e apenas hum (2,5%) não realiza nenhuma medida não farmacológica.

A Tabela 1 traz a caracterização das medidas utilizadas pelos profissionais e são classificadas pela intensidade a que são utilizadas. Destaco que sacarose a 25% nunca é/foi utilizada por nenhum dos participantes, pois a mesma não se encontra disponível no setor. Entretanto resultados de estudos comprovam que as soluções adocicadas, glicose e sacarose, possuem efeito analgésico igualmente potente e eficaz.⁸

A medida mais comumente utilizada foi sucção não nutritiva com dedo enluvado, que 23 (57,5%) dos participantes informaram utilizar sempre. É pertinente destacar que há uma diversidade de medidas que são amplamente utilizadas pelos profissionais do setor.

Tabela 1 - Caracterização das medidas não farmacológicas de alívio da dor utilizadas no cenário da pesquisa. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2017

	Sempre n (%)	Às vezes n (%)	Nunca n (%)
Apenas Glicose a 25%	14 (35%)	23 (57,5%)	3 (7,5%)
Apenas Sacarose a 25%	0 (0%)	0 (0%)	40 (100%)
Sucção Não Nutritiva com Dedo Enluvado	23 (57,5%)	17 (42,5%)	0 (0%)
Sucção Não Nutritiva com Gaze Embebida em Glicose a 25%	2 (5%)	6 (15%)	32 (40%)
Diminuição do Estímulo Tátil	8 (20%)	23 (57,5%)	9 (22,5%)
Contato Pele a Pele	7 (17,5%)	24 (60%)	9 (22,5%)
Contenção Facilitada	11 (27,5%)	25 (62,5%)	4 (10%)
Enrolamento	13 (32,5%)	25 (62,5%)	2 (5%)
Amamentação (quando possível)	14 (35%)	19 (47,5%)	7 (17,5%)
Medidas ambientais (luminosidade, ruídos...)	13 (32,5%)	21 (52,5%)	6 (15%)
Outros	9 (22,5%)	0 (0%)	31 (77,5%)
Colo/ ninar	5 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Cuidados e procedimentos em blocos	4 (10%)	0 (0%)	0 (0%)

Nota: a pergunta que deu origem a tabela 1 permitia múltiplas respostas, deste modo o n encontrado é superior ao número de participantes do estudo

DISCUSSÃO

A avaliação da dor é algo subjetivo, que se torna ainda mais subjetivo quando há uma ausência de relato verbal. E a utilização de escalas facilita esta avaliação.

Na unidade, cenário do estudo, a escala de NIPS foi implementada como parte das avaliações diárias, sendo inicialmente colocada como parte da folha de cuidados diários, onde também são registrados o balanço hídrico e os sinais vitais, possibilitando a aplicação desta por toda equipe de enfermagem durante a rotina de cuidados. Entretanto, após reformulação da folha de cuidados diários e criação da folha de evolução de enfermagem, a escala de dor foi transferida para a folha de evolução e, portanto, sendo acessada apenas pelo enfermeiro plantonista. À época da implantação foi realizado um treinamento com a maior parte da equipe de enfermagem acerca da escala que seria introduzida, entretanto após esse treinamento houve novas admissões no quadro de enfermagem, sendo assim os novos funcionários não receberam o devido treinamento no que tange a escala.

Além disso, o referido hospital enfrentou uma grande escassez de recursos financeiros e de pessoal associado à crise econômica do estado do RJ, que impactou sensivelmente os serviços prestados, tendo em vista a necessidade de contingenciamento do quadro de profissionais de enfermagem no serviço. Deste modo, muitas vezes, a escala não era aplicada de maneira adequada durante o cuidado.

Cabe destacar, que a redução de profissionais no setor trouxe um prejuízo considerável para o presente estudo, tendo em vista que com o menor número de funcionários, aqueles que estavam escalados no dia ficavam, em geral, mais atribulados e sendo assim, com menos tempo para participar da pesquisa.

Isto posto, o presente estudo torna evidente que a escala implementada no setor é conhecida por cerca de 80% da população estudada, mas apenas 52,5% a utiliza no dia-a-dia de serviço. Os resultados trazem uma relação da utilização da escala com a categoria profissional, o que deixa claro que a mudança da localização da escala trouxe uma falha na aplicação da mesma e, conseqüente prejuízo na mensuração adequada da dor nos RNs internados na unidade.

A partir desses dados, conseguimos visualizar que a maioria dos técnicos de enfermagem que participaram do estudo não aplica a escala. E que a mudança de local da escala representou um marco de transferência de atribuição da aplicação da escala somente pelo enfermeiro. Apesar disso, é importante frisar que a avaliação da dor é uma atribuição de toda equipe multiprofissional, não somente de enfermagem, e que com o uso de escalas a avaliação padronizada, há um aumento na efetividade das intervenções de alívio da dor, sejam elas farmacológicas ou não.⁹

Um estudo realizado em Santa Catarina identificou possui resultados semelhantes no que tange a dificuldade dos profissionais na aplicação da escala, sendo a maioria devido a problemas específicos com a escala (dúvidas na

observação de parâmetros, falta de treinamento, entre outros) além do presente estudo trazer a falta de tempo como uma dificuldade na aplicação.¹⁰

No recém-nascido intubado a avaliação a partir da escala de NIPS fica um pouco prejudicada tendo em vista que um dos critérios é o choro e o tubo impossibilita essa avaliação, entretanto a expressão facial se mantém passível de análise, deste modo não se perde a relevância de utilização.¹¹

Na unidade as medidas não farmacológicas de prevenção e alívio da dor são amplamente utilizadas, elas são extremamente importantes porque promovem estabilidade e boa organização do neonato, podendo ser úteis na conservação de energia para seu crescimento e desenvolvimento.¹²

Dentre as medidas não farmacológicas o uso de soluções adocicadas é o mais difundido, e tem seus efeitos analgésicos comprovados por estudo realizado em um hospital universitário belga.¹³ A utilização de glicose/sacarose diretamente sobre a língua do bebê deve ser realizada 2 minutos antes do estímulo doloroso ou potencialmente doloroso. Seu mecanismo de atuação ainda não possui definição completa, entretanto acredita-se que elas promovam a liberação de agentes opióides endógenos que atuam ocupando os receptores nociceptivos e modulando então a resposta ao estímulo algico. Em um estudo¹⁴ realizado em 2006 com a colaboração de 12 centros do Vermont Oxford Network, doses-limite de acordo com a idade gestacional, consistindo em 0,5 ml para RNs entre 27 e 31 semanas, 1 ml para RNs entre 32 e 36 semanas e 2 ml para RNs com 37 semanas ou mais de idade gestacional. O que justifica sua frequência como a segunda maior, precedida apenas pela sucção não nutritiva com dedo enluvado, que apresentou efetividade semelhante quando comparadas em estudo realizado em Taiwan.¹⁵ A utilização de glicose/sacarose ainda pode e é comumente associada à sucção não nutritiva a fim de potencializar os efeitos de ambas medidas.

Uma medida não farmacológica que permeia diversas outras é toque positivo,¹⁶ que envolve vários tipos de interação tátil infantil, entre eles, manipulação, massagem, o ato de segurar o bebê, método canguru, shantala. Preferencialmente, o toque positivo deve ser realizado pelos pais, pois estes possuem o investimento emocional necessário para fornecer um cuidado amoroso. É importante ressaltar que ele é realizado com o bebê e não no bebê, de modo que devemos observar as respostas do bebê, seu estado comportamental, condição médica e observando os sinais de aceitação. Esta postura demonstra nosso respeito pelo bebê e a possibilidade deste ser participante em seus próprios cuidados. O toque positivo ainda pode evitar que a criança comece a associar o toque a um posterior estímulo doloroso.

A contenção facilitada é uma variação do toque positivo. Ela é realizada através de contenção gentil do bebê, uma espécie de contenção elástica, tendo em vista que conter o RN de forma firme pode aumentar o estresse do mesmo. Nela

contemos braços e pernas em flexão, posicionados em direção à linha média, rentes ao tronco e face, pode ser utilizada com o bebê em decúbito lateral ou supino. Nessa posição há uma modulação da percepção da dor devido a uma sequência contínua de estímulos ao Sistema nervoso Central que vão competir com os estímulos dolorosos.⁴

O enrolamento se assemelha a contenção facilitada, pois também visa à contenção gentil do bebê, mantendo braços e pernas flexionados em direção a linha média, rentes ao tronco e a face. Promove uma estimulação gentil e contínua que fornece impulso que pode competir diretamente com os de estresse e dor. Pode ser utilizado em recém-natos que estejam adequadamente monitorados e clinicamente estáveis.^{4,5}

A utilização de medidas ambientais, como diminuição da luminosidade ou do ruído são utilizadas por cerca de 30% dos participantes da pesquisa. Esse tipo de intervenção ganha robustez a partir de alguns estudos que comprovam sua importância frente ao manejo da dor no cenário neonatal.^{1,9,12,17,18}

CONCLUSÃO

O estudo demonstra que os profissionais da equipe de enfermagem que trabalham na UTIN têm conhecimento acerca da importância da avaliação e manejo da dor na unidade, além de aplicarem de maneira satisfatória as medidas não farmacológicas de prevenção e alívio da dor.

Entretanto, foram identificadas algumas limitações na aplicação da escala já utilizada na unidade, uma vez que apenas os enfermeiros têm acesso à mesma. Tal fato, acaba fragmentando e enfraquecendo a avaliação, pois ela passa a ser baseada em análises empíricas dos profissionais que não utilizam a escala.

Assim sendo, fica clara a necessidade de ações de educação permanente no que tange a utilização da escala, assim como a mudança da localização da escala da folha de evolução para a folha de cuidados diários, juntamente com os registros do balanço hídrico e sinais vitais, voltando a ser acessível a todos os profissionais da equipe de enfermagem.

Da mesma maneira, o vigente estudo aponta a necessidade dos profissionais buscarem por atualizações acerca do tema, objetivando uma abordagem sempre adequada para o manejo correto da dor e também atualização de protocolos institucionais, contribuindo para a humanização da assistência e eficiência do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Soares ACO, Caminha MFC, Coutinho ACFP, Ventura CMU. Dor em unidade neonatal: conhecimento, atitude e prática da equipe de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*. [internet] 2016 [cited 2019 jun 29]; 21 (2): 01-10. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/42897/28163>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i2.42897>
2. Nazareth CD, Lavor MFH, Sousa TMAS. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. *Revista de Medicina da UFC*. [internet] 2015 [cited 2019 jun 25]; 55(1): 33-7. Available from: <http://periodicos.ufc.br/revistamedicinadaufc/article/view/19784/30417>. doi: 10.20513/2447-6595.2015v55n1p33-37

3. Cruz CT, Stumm EMF. Instrumentation and implementation of pain evaluation scale in a Neonatal Intensive Care Unit. Case report. *Rev Dor. São Paulo* [internet] 2015 [cited 2019 jun 25]; 16(3):232-4. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0232.pdf. doi:10.5935/1806-0013.20150046
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. "Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru" Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
5. Motta GCP, Cunha MLC. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2015 [cited 2019 Aug 18]; 68(1):131-5. Available from: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/117307/000966524.pdf?sequence=1>. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680118p>
6. American Academy of Pediatrics, & Fetus and New Born Committee. Prevention and management of pain in the neonate: na update. *Pediatrics*. [internet] 2006 [cited 2019 Aug 30]; 118(5):2231-41. Available from: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/118/5/2231.full.pdf>. doi: 10.1542/peds.2006-2277
7. Lago P, Garetti E, Merazzi D, Pieragostini L, Ancora G, Pirelli A, Bellieni CV. Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*. [internet] 2009 [cited 2019 Aug 30]; 98(6):932-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19484828>. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01291.x
8. Alves CO, Duarte ED, Azevedo VMGO, Nascimento GR, Tavares TS. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. *Rev Gaúcha Enferm*. [Internet] 2011 [cited 2019 Aug 19]; 32(4):788-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400021. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472011000400021>
9. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. [Internet] 2012 [cited 2019 Aug 19]; 65(2):269-75. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>. doi: 10.1590/S0034-71672012000200011
10. Wiczorkiewicz AM, Maia EDW, Lamin S, Alcantara SBC. Percepção do enfermeiro em relação à utilização de escalas de avaliação de dor em recém-nascidos. *Saúde Meio Ambient*. [Internet] 2013 [cited 2019 Aug 19]; 2(2):20-31. Available from: <http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/413>. doi: <https://doi.org/10.24302/sma.v2i2.413>
11. 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 [cited 2019 Aug 18]; 59(2):188-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000200013 doi: 10.1590/S0034-71672006000200013
12. 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*. [Internet] 2011 [cited 2019 Aug 19]; 15(2):277-83. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000200009. doi:10.1590/S1414-81452011000200009
13. Dilen B, Elseviers M. Oral Glucose Solution as Pain Relief in Newborns: Results of a Clinical Trial. *Birth*. [Internet] 2010 [cited 2019 Aug 19]; 37(2):98-105. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20557532>. doi:10.1111/j.1523-536X.2010.00389.x
14. Lefrak L, Burch K, Caravantes R, Knoerlein K, DeNolf N, Duncan J, et al. Sucrose analgesia: identifying potentially better practices. *Pediatrics*. [Internet] 2006 [cited 2019 Aug 21]; 118 (suppl 2):S197-202. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17079623>. doi: 10.1542/peds.2006-0913R
15. Liu MF, Lin KC, Chou YH, Lee TY. Using non-nutritive sucking and oral glucose solution with neonates to relieve pain: a randomised controlled trial. *J Clin Nurs*. [Internet] 2010 [cited 2019 Aug 21]; 19(11-12):1604-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20384669>. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.03014.x
16. Bond C. Positive touch and massage in the neonatal unit: a british approach. *Semin Neonatol*. [Internet] 2002 [cited 2019 Aug 2]; 7(6):477-86. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12614600>.

17. Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm.* [Internet] 2012 [cited 2019 Jul 19]; 65(1): 27-33. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/04.pdf>. doi: 10.1590/S0034-71672012000100004
18. Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm.* [Internet] 2010 [cited 2019 Jul 19]; 15(2):263-70. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/17859/11652>. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17859>

Recebido em: 30/08/2019
Revisões requeridas: Não teve
Aprovado em: 04/09/2019
Publicado em: 20/04/2021

Autor correspondente

Cristiano Bertolossi Marta

Endereço: Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Boulevard 28 de setembro, 157, Vila Isabel

Rio de Janeiro/RJ, Brasil

CEP: 20.551-030

Email: cristianobertol2014@gmail.com

Número de telefone: +55 (21) 98057-7215

**Divulgação: Os autores afirmam
não ter conflito de interesse.**