



Revista de Enfermagem | Journal of Nursing

Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de
Coimbra
Portugal

Cunha Batalha, Luís Manuel

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 2, dezembro, 2010, pp. 73-80

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239961012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

re²alyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Intervenções não farmacológicas no controlo da dor em cuidados intensivos neonatais

Non-pharmacological interventions in pain management in neonatal intensive care

Intervenciones no farmacológicas en el control del dolor en cuidados intensivos neonatales

Luís Manuel Cunha Batalha*

Resumo

Introdução: Apesar de se reconhecer que a maior parte da dor experimentada pelo recém-nascido (RN) pode ser prevenida ou substancialmente aliviada, inúmeros estudos continuam a revelar um tratamento insuficiente.

Objectivos: Determinar a prevalência e gravidade da dor sentida pelo RN submetido a cuidados intensivos e a efectividade das medidas terapêuticas não farmacológicas.

Metodologia: Numa UCIN de um Hospital Universitário estudaram-se 170 RN, ao longo de um ano, de que resultaram 844 observações. Os dados foram colhidos através da observação do RN, entrevista a pais e enfermeiros prestadores de cuidados e análise retrospectiva seriada dos registos intermitentes efectuados no processo clínico. A Intensidade da dor foi medida através da escala *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN).

Resultados: Em oito horas de observação, as 844 observações realizadas mostraram uma alta prevalência de dor (94,8%), com predomínio para a dor ligeira (72,7%). As intervenções não farmacológicas foram utilizadas em 88,7% das observações, com evidência para os posicionamentos, massagens e técnicas de conforto.

Conclusões: Os enfermeiros usam com frequência e eficácia as medidas não farmacológicas de conforto, massagem e posicionamentos, mas outras técnicas deveriam ser incrementadas como o uso de sacarose, glicose ou aleitamento materno.

Palavras-chave: recém-nascido; enfermagem neonatal; unidades de terapia intensiva neonatal.

Abstract

Background: Although it has been recognized that most of the pain experienced by the newborn can be prevented or substantially relieved, several studies continue to show an inadequate treatment.

Aims: To determine the prevalence and severity of the pain experienced by newborns receiving intensive care, as well as the effectiveness of non-pharmacological therapeutic measures.

Methods: At a Neonatal Intensive Care Unit of a University Hospital, 170 newborns were studied during one year, resulting in 844 observations. Data were collected based on newborn observation, an interview with parents and nurses who provided care, and a retrospective analysis of the clinical records. Pain intensity was measured using the EDIN scale (*Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*).

Results: During 8 hours of observation, 94.8% of the 844 observations showed a high prevalence of pain, mostly mild pain (72.7%). Non-pharmacological interventions were applied in 88.7% of the observations, especially related to positioning, massage and comfort techniques.

Conclusions: Nurses use non-pharmacological measures of comfort, massage and positioning often and effectively, but other techniques should also be promoted, such as the use of sucrose, glucose or maternal breastfeeding.

Keywords: newborn; neonatal nursing; NICU.

* Doutor em Biologia Humana, Professor Adjunto, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, investigador da UICISA-E [batalha@esenfc.pt]

Resumen

Introducción: A pesar de reconocerse que la mayor parte del dolor experimentado por el recién nacido (RN) puede ser prevenido o substancialmente aliviado, inúmeros estudios revelan todavía un tratamiento insuficiente.

Objetivos: Determinar la prevalencia y gravedad del dolor sentido por el RN sometido a cuidados intensivos y la afectividad de las medidas terapéuticas no farmacológicas.

Metodología: En una UCIN de un Hospital Universitario, se estudiaron 170 RN a lo largo de un año, de donde resultaron 844 observaciones. Los datos fueron recopilados a través de la observación del RN, entrevista a padres y enfermeros prestadores de cuidados y análisis retrospectivo seriado de los registros intermitentes efectuados en el proceso clínico. La intensidad del dolor fue medida a través de la escala *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN).

Resultados: En ocho horas de observación, las 844 observaciones realizadas mostraron una elevada prevalencia de dolor (94,8%), predominando el dolor ligero (72,7%). Las intervenciones no farmacológicas fueron utilizadas en un 88,7% de las observaciones, con incidencia en las posturas, masajes y técnicas de confort.

Conclusiones: Los enfermeros usan con frecuencia y eficacia las medidas no farmacológicas de confort, masaje y postura pero otras técnicas deberían ser añadidas, como el uso de sacarosa, glucosa o amamantamiento materno.

Palabras clave: recién nacido; enfermería neonatal; UCIN.

Recebido para publicação em: 13.04.10

Aceite para publicação em: 03.09.10

Introdução

A melhoria das condições de vida (higieno-sanitárias e nutricionais), e os cuidados perinatais básicos, foram os grandes impulsionadores do aumento da sobrevivência dos recém-nascidos (RN). No entanto, os avanços tecnológicos, relacionados com o intensivismo neonatal, tiveram um importante contributo entre os mais criticamente doentes (grandes prematuros, asfixiados e malformados). Estes RN internados em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) são expostos a múltiplos procedimentos, médicos e/ou de enfermagem, considerados dolorosos ou potencialmente dolorosos, estimando-se que, em média, cada um sofra cerca de oito a dez eventos dolorosos por dia (Castro, 2001).

A gravidade das doenças, o volume de procedimentos a que são submetidos e a sua maior vulnerabilidade geram no RN grande sofrimento. O esforço intensivo dos profissionais de saúde para salvar vidas em grave risco, tem inibido a percepção de que também é possível diminuir simultaneamente o seu sofrimento. Apesar de ser amplamente reconhecido que a maior parte da dor experimentada pelo RN pode ser prevenida ou substancialmente aliviada (Sociedade Portuguesa de Pediatria, Consensos e recomendações, 2006; Lago *et al.*, 2009), inúmeros estudos continuam a revelar um tratamento ainda insuficiente (AAP e SAD, 2006; Batalha, 2010).

As causas para o tratamento inadequado da dor não são totalmente claras, mas estão identificados obstáculos como: o insuficiente conhecimento por parte de alguns profissionais de saúde sobre a fisiopatologia da dor, efeitos deletérios, métodos de avaliação e meios de prevenção e tratamento; uma filosofia de cuidados que ainda não valoriza, na plenitude, a qualidade de vida na doença, relegando para plano secundário o tratamento da dor; o não reconhecimento da inutilidade do sofrimento; e a não assunção, na perfeição, de princípios éticos e deontológicos que conduzem à melhoria da qualidade dos cuidados. A dor, quando inadequadamente prevenida e tratada, aumenta a morbilidade (infecções, coagulação vascular disseminada, esgotamento de reservas, alterações hemodinâmicas, imunitárias, respiratórias, cardiovasculares, gástricas, intestinais e comportamentais) e mortalidade (Franck, Greenberg e Stevens, 2000), pelo que, até no

plano sócio-económico (redução de complicações, diminuição dos tempos de internamento, ausência dos pais ao trabalho, ...) deveria ser uma exigência. Prevenir e tratar a dor eficazmente é um dever dos profissionais de saúde e um direito dos que dela sofrem (Vega-Stromberg *et al.*, 2002; Direcção Geral de Saúde, 2003).

No RN, a dor traz dificuldades particulares e acrescidas aos profissionais de saúde. Em contraposição com o conceito antigo de insensibilidade à dor, o RN é hiperálgico (Franck, Greenberg e Stevens, 2000; Lago *et al.*, 2009). Os seus três principais eixos da dor (periféricos e centrais) estão presentes e funcionais à 24ª semana de gestação, (Franck, Greenberg e Stevens, 2000), contrariamente ao seu sistema inibidor, ainda indiferenciado aos três meses de vida. O RN apresenta à 20ª semana de gestação uma densidade de receptores cutâneos de dor maior que o adulto, ao nascimento possui uma maior actividade metabólica perante o estímulo doloroso, uma menor taxa de substâncias inibidoras da dor como a serotonina, noradrenalina e opióides endógenos e uma maturação imperfeita dos interneurónios na substância gelatinosa, o que conduz a um controlo ineficaz a nível medular (Franck, Greenberg e Stevens, 2000).

Para além da maior sensibilidade e vulnerabilidade à dor, esta ocorre num momento em que o desenvolvimento do sistema nervoso do RN se faz a grande velocidade e a neuroplasticidade que o caracteriza muda e desenvolve novas conexões neuronais em função dos estímulos internos e externos que se manifestam em idades posteriores (Grunau, 2000). Vários estudos confirmaram uma sensibilidade aumentada, tendência para somatizações, alterações do esquema corporal, regressões, dificuldades de coordenação, alterações alimentares, comportamentais e outras (Grunau, 2000).

A caracterização da prática dos cuidados para o controlo da dor no RN em UCIN, dá-nos acesso a um manancial de informação, ainda, pouco conhecida e útil para identificar áreas prioritárias de actuação e/ou valorizar as que conduzem a uma melhoria da qualidade dos cuidados e que dependem directamente da prescrição dos enfermeiros.

Assim, foi nosso propósito determinar a prevalência e gravidade da dor sentida pelo RN submetido a cuidados intensivos e a efectividade das medidas terapêuticas não farmacológicas.

Metodologia

Numa UCIN de um Hospital Universitário efectuou-se um estudo descritivo transversal de avaliação da intensidade da dor e consulta retrospectiva seriada de registos intermitentes, efectuados no processo clínico dos RN. Os dados foram colhidos por quatro enfermeiros da referida Unidade, ao longo de um ano. Durante este período, observaram-se 170 RN, de que resultaram 844 observações.

O recrutamento da amostra foi accidental (Polit, Beck e Hungler, 2004), incluindo todos os RN internados no dia e turno em que os enfermeiros que colheram os dados se encontravam de serviço e disponíveis. Os dados foram obtidos por observação do RN, entrevista a pais e enfermeiros prestadores de cuidados e pela análise retrospectiva do processo clínico.

No estudo foram incluídos RN com 25 ou mais semanas de gestação e pelo menos oito horas de internamento. Foram excluídos todos os que estavam sob efeito de medicação curarizante ou cujos cuidados eram da responsabilidade dos enfermeiros que colheram os dados.

Os observadores receberam formação sobre o protocolo a seguir na colheita dos dados e, antes de se iniciar o estudo, realizou-se um estudo piloto com a duração de um mês, para aferir procedimentos e dissipar dificuldades.

Relativamente a cada observação, a intensidade da dor foi obtida por observação do RN e por análise do processo clínico e/ou entrevista, os seguintes dados: idade gestacional e pós-natal, género e peso do RN, tempo de internamento, submissão a intervenção cirúrgica, dias de pós-operatório, frequência de avaliações diárias da dor, tipo de intervenções dolorosas e tratamento não farmacológicos realizados pelos enfermeiros na prevenção e tratamento da dor. Foi considerada como idade gestacional a registada no processo clínico, em semanas completas, sendo esta avaliada pelo método de *Dubowitz*. O peso considerado foi o último registado no processo clínico há menos de um dia.

Os procedimentos passíveis de causar dor foram definidos de acordo com outros estudos (Lago, 2009) e considerados os realizados nas oito horas que antecederam a avaliação da intensidade da dor.

Nas intervenções não farmacológicas foram apreciadas uma variedade de métodos usados pelos Enfermeiros, na prevenção e tratamento da dor, que não envolvem a

administração de fármacos e, regularmente, não exigem prescrição médica. Cada intervenção foi considerada, se realizada nas últimas oito horas, em relação à hora em que foi feita a avaliação da intensidade da dor. Considerou-se haver intervenção não farmacológica sempre que, pelo menos, uma fosse realizada.

O número de avaliações da intensidade da dor foi obtido em função do registo quantificado no processo clínico, em relação às últimas vinte e quatro horas. A intensidade da dor foi medida através da escala comportamental *Echelle Douleur et d'Inconfort du Nouveau - Né* (EDIN). Esta escala foi desenvolvida para avaliar a dor dos RN em UCIN e validada para a população Portuguesa (Batalha, Santos e Guimarães, 2003).

A intensidade da dor foi categorizada em (Trouveroy, Chard'homme e Jacquet, 2005):

- 0 pontos - sem dor ;
- 1-4 pontos - dor ligeira;
- 5-8 pontos - dor moderada;
- 9-12 pontos - dor intensa;
- 13-15 pontos - dor muito intensa.

Por prevalência denominámos a razão, expressa em percentagem, entre o número de observações realizadas, segundo a variável em estudo e o número total de observações.

A data e hora de avaliação da intensidade da dor serviram de referência para determinar o período de tempo, das últimas oito horas, nas quais incidiu a recolha dos dados dos procedimentos dolorosos e tratamentos realizados.

A análise estatística foi realizada com o auxílio do programa SPSS® – *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 11.0 para Windows® (Statistical Product and Service Solutions, Inc., Chicago, IL, EUA). Foi verificado o ajustamento à distribuição normal das variáveis, não assumindo nenhuma. O estudo descritivo dos dados foi feito para as variáveis categóricas pelas frequências absolutas e relativas percentuais e para as variáveis contínuas através da mediana e limites mínimo e máximo. As diferenças na intensidade da dor entre os grupos foram analisadas pelo teste *U de Mann-Whitney*. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas sempre que $p < 0,05$.

Esta investigação teve o parecer favorável dos responsáveis pelo Serviço, Departamento, Conselho de Administração do Hospital e Comissão de Ética e foi realizada de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. Nas situações em que se

identificou dor moderada, intensa ou muito intensa foi contactado o enfermeiro responsável pelos cuidados.

Resultados

Os 170 RN observados tinham uma mediana de idade de três dias de vida, com uma mediana da

idade gestacional de 37 semanas que variou entre as 25 e as 41. Oitenta e um RN (47,6%) eram prematuros. O seu peso variou entre os 591g e os 5.250g, com uma mediana de 2.620g. Houve um ligeiro predomínio do género masculino 92 (54,1%). Pelo menos metade dos RN estava internada há dois dias quando foi realizada a primeira colheita de dados (Quadro 1).

QUADRO 1 – Dados demográficos dos RN

Dados demográficos (n = 170)	
Idade (dias) [mediana (mínimo-máximo)]	3 (0 - 29)
Sexo masculino [número (%)]	92 (54,1)
Idade gestacional (semanas) [mediana (mínimo-máximo)]	37 (25 - 41)
Prematuros [número (%)]	81 (47,6)
Peso (g) [mediana (mínimo-máximo)]	2.620 (591 - 5250)
Dias de internamento [mediana (mínimo-máximo)]	2 (0 - 29)

Cada um dos 170 RN foi alvo de observações seriadas ao longo do seu internamento, cuja mediana de observações foi de três, com limites entre uma e quinze. No total, realizaram-se 844 observações das quais cerca de 224 (26,5%) diziam respeito a situações de pós-operatório. Destas, pelo menos metade estava no seu oitavo dia de pós-operatório, com limites entre os zero e os vinte e sete dias. Nas oito horas que antecederam a recolha dos dados, 770 observações (91,2 %) revelaram que os RN tinham sido alvo de

intervenção potencialmente dolorosa. Mais de metade sofreu pelo menos quatro procedimentos, nesse período de tempo, com um limite máximo de quinze. O tipo de intervenções dolorosas mais frequentes foram a presença de drenos, sondas, tubos, máscaras ou outros objectos necessários aos cuidados 605 (71,7 %), as aspirações secreções 480 (56,9 %), as punções capilares 293 (34,7 %), as punções venosas e arteriais 183 (21,7 %) e a inserção e retirada de sondas 135 (16,0 %) (Quadro 2).

QUADRO 2 – Dados clínicos relativos às observações

Dados clínicos das observações (n = 844)	
Submetido a intervenção cirúrgica [número (%)]	224 (26,5)
Dias após cirurgia [mediana (mínimo-máximo)]	8 (0 - 27)
Intervenções dolorosas:	
Número [mediana (mínimo-máximo)]	4 (0 - 15)
Prevalência [número (%)]	770 (91,2)
Tipo de intervenções dolorosas [número (%)]:	
Presença de drenos, sondas, tubos, ...	605 (71,7)
Aspirações secreções	480 (56,9)
Punção capilar	293 (34,7)
Punção venosa e arterial	183 (21,7)
Inserções / retirada de sonda (nasogástrica, vesical...)	135 (16,0)
Cateterização venosa periférica	87 (10,3)
Pensos	64 (7,6)
Cinesiterapia, mobilizações, levante...	33 (3,9)
Outras injecções (SC, ID)	29 (3,4)
Intubação endotraqueal	20 (2,4)
Acessos vasculares centrais / cateterismos	18 (2,1)
Intervenção no bloco operatório	6 (0,7)
Injecções IM	3 (0,4)
Inserções de drenos (torácico...)	2 (0,2)
Procedimentos ortopédicos (reduções, imobilizações...)	1 (0,1)

SC - subcutânea; ID – intradérmica IM - Intramuscular

Nos vários momentos em que os RN foram observados, estes apresentavam uma intensidade de dor que variou entre os zero e os treze pontos, com uma mediana de três pontos.

A prevalência de dor determinada nas 844 observações foi de 94,8%, pois apenas 44 (5,2 %) das observações feitas aos RN revelaram ausência de dor. A dor sofrida era, na sua maioria, de intensidade ligeira 613 (72,7 %) (Quadro 3).

QUADRO 3 – Grau de gravidade da dor

Grau de dor (n = 844)	N (%)
Sem dor	44 (5,2)
Dor	
Ligeira	613 (72,7)
Moderada	154 (18,2)
Intensa	31 (3,7)
Muito intensa	2 (0,2)

A análise dos processos clínicos mostrou que nas 844 observações, a maioria, 661 (78,3 %), não tinha registos de avaliação diária da intensidade da dor, o que representa uma frequência de 21,7%. Em relação às oito horas que antecederam a avaliação da intensidade da dor, a frequência do tratamento não

farmacológico foi de 749 (88,7 %). Os RN evidenciaram intensidades de dor semelhantes, independentemente da avaliação da dor feita pelos enfermeiros (p=0,637) ou tratamento efectuado (p=0,744). (Quadro 4)

QUADRO 4 – Intensidade de dor segundo a prevalência de avaliação e tratamento

	Intensidade de dor		
	N (%)	Mediana (mínimo-máximo)	p
Avaliação diária da dor			
Sim	183 (21,7)	3 (0 - 13)	0,637
Não	661 (78,3)	3 (0 - 11)	
Tratamento não farmacológico			
Sim	749 (88,7)	3 (0 - 13)	0,744
Não	95 (11,3)	3 (0 - 11)	

Teste U de Mann Whitney.

Do total das observações realizadas, as intervenções não farmacológicas mais utilizadas foram os posicionamentos 709 (84,0 %), as medidas de

conforto 459 (54,4 %) e as massagens 322 (38,2 %). O uso da sacarose, glicose ou aleitamento materno teve uma frequência de apenas 63 (7,5 %) (Quadro 5).

QUADRO 5 – Intervenções não farmacológicas

Intervenções não farmacológicas	N (%)
Posicionamentos	709 (84,0)
Conforto (balançar, pegar ao colo, colocar chupeta, afagar, conversar...)	459 (54,4)
Massagens	322 (38,2)
Ensino aos pais para a presença de qualidade	77 (9,1)
Sacarose, glicose, aleitamento materno...	63 (7,5)
Aplicação de calor / frio	2 (0,2)

O tratamento não farmacológico foi utilizado maioritariamente na dor de intensidade ligeira (entre os 68,3% e os 100%) e na dor moderada (entre

14,9% e os 23,8%). A massagem, posicionamentos e conforto foram, entre todas, as mais usadas independentemente do grau de dor. (Quadro 6)

QUADRO 6 – Grau de dor segundo o tipo de intervenção não farmacológica

	Sem dor	Dor ligeira	Dor moderada	Dor intensa	Dor muito intensa	Total
Massagem [número (%)]	22 (6,8)	241 (74,8)	48 (14,9)	10 (3,1)	1 (0,3)	322 (100,0)
Calor/frio [número (%)]	-	2 (100,0)	-	-	-	2 (100,0)
Posicionamentos [número (%)]	34 (4,8)	516 (72,8)	131 (18,5)	26 (3,7)	2 (0,3)	709 (100,0)
Ensino aos pais [número (%)]	5 (6,5)	59 (76,6)	12 (15,6)	1 (1,3)	-	77 (100,0)
Conforto [número (%)]	18 (3,9)	338 (73,6)	82 (17,9)	21 (4,6)	-	459 (100,0)
Sacarose, glicose, aleitamento materno, ... [número (%)]	1 (1,6)	43 (68,3)	15 (23,8)	4 (6,3)	-	63 (100,0)

O tratamento não farmacológico realizado pelos enfermeiros não conduziu a diferenças na intensidade de dor. A mediana de dor em ambos os grupos foi de três pontos. A única diferença

estatisticamente significativa diz respeito ao ensino dos pais. Paradoxalmente, essa intervenção provocou maiores pontuações de dor (mediana de 3 versus 2) ($p=0,002$). (Quadro 7)

QUADRO 7 – Intensidade de dor segundo o tipo de intervenção não farmacológica

	N (%)	Mediana (mínimo-máximo)	P
Massagem			
Sim	322 (38,2)	3 (0 - 13)	0,214
Não	522 (61,8)	3 (0 - 13)	
Posicionamentos			
Sim	709 (84,0)	3 (0 - 11)	0,741
Não	135 (16,0)	3 (0 - 13)	
Ensino pais			
Sim	77 (9,1)	3 (0 - 13)	0,002
Não	767 (90,9)	2 (0 - 11)	
Conforto			
Sim	459 (54,4)	3 (0 - 13)	0,545
Não	385 (45,6)	3 (0 - 12)	
Sacarose, glicose, aleitamento materno, ...			
Sim	63 (7,5)	3 (0 - 13)	0,440
Não	781 (92,5)	3 (0 - 11)	

Discussão

Actualmente, não restam dúvidas de que a dor tem efeitos deletérios para a saúde e a sua pretensa utilidade diagnóstica no plano clínico não é perfeita (não existe uma relação proporcional entre a gravidade da dor e a sua causa), nem fiável (em muitos casos, quando se instala, a doença já tem uma longa evolução).

Os resultados deste estudo têm um interesse particular para o Serviço onde foi realizado, mas não deixam de ser igualmente úteis, para outros similares. Reconhecemos como suas limitações o facto dos resultados dizerem respeito a um único Serviço, a amostra ser acidental e não aleatória e de, por questões éticas, se ter intercedido sempre que o RN apresentou dor não controlada.

Das observações realizadas, nove em cada dez, revelaram que o RN tinha sido alvo de, pelo menos, uma intervenção dolorosa nas oito horas precedentes. Neste período, pelo menos, metade sofreu quatro ou mais intervenções. A extrapolação destes resultados revela que, em média, os RN sofrem doze procedimentos dolorosos ao fim de um dia e 84 ao fim de uma semana. Estes números expressam a dimensão do sofrimento que se assemelha a resultados de outros estudos (Castro, 2001; Derebent e Yigit, 2008).

Em oito horas, das observações realizadas, mais de metade revelaram que o RN foi alvo de aspiração de secreções, uma em cada três a punção capilar e, uma em cada quatro, a punções venosas e arteriais. A alta-frequência com que estes procedimentos foram realizados comprova a sua previsibilidade, o que

possibilita o planeando de intervenções preventivas. A banalização destes procedimentos invoca, em muitos enfermeiros, a inevitabilidade da dor e *stress*. Todavia, muitos pequenos actos podem ser realizados como: ponderar o momento da sua realização; usar técnica com perícia e delicadeza; escolher criteriosamente o material (flexibilidade, tamanho); usar medidas não farmacológicas (sucção não nutritiva, sacarose ou glicose, amamentação, contacto pele a pele, envolvimento e medidas de conforto gerais), aplicar anestésicos locais e envolver os pais nos cuidados, ensinando-os para uma presença de qualidade (AAP e SAD, 2006; Consensos e recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006; Lago *et al.*, 2009). A propósito da punção capilar, a obtenção de sangue por esta via é actualmente desaconselhada (AAP e SAD, 2006) e o uso de EMLA®, paracetamol (AAP e SAD, 2006; Consensos e recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006; Lago *et al.*, 2009) e morfina (em perfusão contínua) (Carbajal *et al.*, 2005) não previne ou alivia a dor, nesta situação particular. Os riscos que comporta e a expressão manual usada para a obtenção da amostra de sangue são uma fonte adicional de dor, pelo que, a punção venosa, quando executada por um enfermeiro experiente, é menos dolorosa e passível de intervenção preventiva (AAP e SAD, 2006; Lago *et al.*, 2009).

A concepção de protocolos de dor para estes procedimentos, contribuem para uma melhor prevenção e tratamento ao envolverem toda a equipa, clarificarem o papel e a responsabilidade de cada um e promoverem, de forma sistemática e em tempo útil, o tratamento (Vega-Stromberg *et al.*, 2002; Byrd, Gonzales e Parsons, 2009).

A diversidade de metodologias utilizadas nos estudos que têm avaliado a prevalência da dor, dificulta a sua comparação. Todavia, uma prevalência de 94,8 % é alta, se bem que, atingir um grau de dor nulo, seja um objectivo de difícil concretização na prática clínica (Vega-Stromberg *et al.*, 2002). O critério normalmente usado como indicativo de qualidade de cuidados no controlo da dor é um grau de dor inferior à necessidade de intervenção terapêutica (dor ligeira), que corresponde a uma intensidade de dor inferior a cinco pontos na escala EDIN (Batalha, Santos e Guimarães, 2003; Batalha, 2010). Tendo em conta este critério, três em cada quatro observações realizadas revelaram um bom controlo da dor.

Em 2003, a Direcção Geral de Saúde (2003) equiparou

a dor ao quinto sinal vital e considerou, como norma de boa prática, que a dor e os efeitos da sua terapêutica fossem sistematicamente avaliados e registados pelos profissionais de saúde. No entanto, quatro em cada cinco observações apresentam-se sem registos diários da intensidade da dor no processo clínico. Esta baixa frequência indicia que as decisões dos enfermeiros, ou outros profissionais de saúde, no tratamento da dor são insuficientemente orientadas pela avaliação da intensidade da dor.

Apesar de muito poucos enfermeiros usarem instrumentos padronizados (escalas) para avaliar a intensidade da dor, as semelhantes taxas verificadas entre a prevalência da dor e de tratamento parecem comprovar que os enfermeiros reconhecem manifestações de dor no RN e tomam medidas para o seu controlo.

Estas medidas não farmacológicas foram realizadas quando o RN apresentou maioritariamente uma dor ligeira ou em alguns casos uma dor moderada. Reconhece-se que as intervenções não farmacológicas desempenham um papel profilático e complementar não negligenciável no controlo da dor e stress, com acção no mecanismo de controlo do Portão (Batalha, 2010), mas com eficácia limitada à dor ligeira ou moderada de curta duração (AAP e SAD, 2006; Batalha, 2010).

As técnicas de conforto (balançar, pegar ao colo, sucção não nutritiva e afagar), posicionamentos e massagens, estão entre as técnicas mais utilizadas, a exemplo de outros estudos (Jacob e Puntillo, 1999). Apesar de se admitir a necessidade de mais investigações controladas que avaliem a eficácia das técnicas de suporte emocional e massagem a sua utilidade na prática clínica é reconhecida (AAP e SAD, 2006; Consensos e recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2006; Figueiredo, 2007; Lago *et al.*, 2009). Quanto aos posicionamentos, parece obvio que a mudança frequente de posição é imperiosa para se assegurar conforto. Todavia, a adopção de uma posição que confira acção na diminuição da dor ou *stress* no RN é ainda alvo de muita controvérsia, apesar de alguns estudos evidenciarem que a posição fetal e ventral conferem mais estabilidade e redução da dor após procedimentos dolorosos no RN (Cignacco *et al.*, 2007).

O uso no RN de substâncias açucaradas é actualmente consensual (AAP e SAD, 2006; Consensos e recomendações da Sociedade Portuguesa de Pediatria,

2006; Lago *et al.*, 2009; Batalha, 2010), mas ainda feito de forma limitada, como se comprova neste estudo. A ausência de protocolos, parece-nos ser um obstáculo à sua regular utilização (Byrd, Gonzales e Parsons, 2009).

Conclusão

Como fenómeno universal, o controlo da dor deve ser encarado como uma prioridade comum a todos os enfermeiros, do ponto de vista humanitário e ético. Este estudo comprova que os RN são alvo de inúmeros procedimentos dolorosos e que, apesar da alta prevalência da dor, a sua maioria apresenta uma dor bem controlada. Para que todos os RN possam beneficiar de um controlo adequado da dor, parece-nos importante que haja um maior incremento da avaliação da intensidade da dor com uso de escalas e que essa informação seja orientadora de uma gestão eficaz da dor com uma abordagem multimodal, de redução dos estímulos dolorosos e individualizada com a adopção de práticas como o NIDCAP® - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (Als *et al.*, 1986).

As intervenções não farmacológicas são úteis no controlo da dor do RN e, para além, das medidas de conforto, massagem e posicionamentos, outras deveriam ser incrementadas como o uso de sacarose, glicose ou aleitamento materno.

Referências bibliográficas

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, CANADIAN PAEDIATRICS SOCIETY (2006) - Prevention and management of pain in the neonate: an update. *Pediatrics*. Vol. 118, nº 5, p. 2231-2241.

BATALHA, Luís (2010) - *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa : Lidel.

BATALHA, Luís ; SANTOS, Luís Almeida ; GUIMARÃES, Hercília (2003) - Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 34, p. 159-163.

BYRD, P. J. ; GONZALES, I. ; PARSONS, V. (2009) - Exploring barriers to pain management in newborn intensive care units: a pilot survey of NICU nurses. *Advances in Neonatal Care*. Vol. 9, nº 6, p. 299-306.

CARBAJAL, Ricardo [et al.] (2005) - Morphine does not provide adequate analgesia for acute procedural pain among preterm neonates. *Pediatrics*. Vol. 115, nº 6, p. 1494-1500.

CASTRO, Maria Cristina (2001) - *Factores que contribuem para a indicação de analgesia com opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica*. São Paulo : Universidade Federal de São Paulo, Escola de Medicina. Tese de mestrado.

CIGNACCO, Eva [et al.] (2007) - The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates: a systematic literature review. *European Journal of Pain*. Vol. 11, nº 2, p. 139-152.

SOCIEDADE PORTUGUESA DE PEDIATRIA. Consensos e Recomendações (2006) - Analgesia e sedação no recém-nascido. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 37, p. 168-173.

DEREBENT, Esma ; YIGIT, Rana (2008) - Non-pharmacological pain management in newborn. *Sa lık Bilimleri Tıp Dergisi*. Vol. 22, nº 2, p. 113-118.

FIGUEIREDO, Barbara (2007) - Massagem ao bebé. *Acta Pediátrica Portuguesa*. Vol. 38, nº 1, p. 29-38.

FRANCK, Linda ; GREENBERG, Cindy ; STEVENS, Bonnie (2000) - Pain assessment in infants and children. *Pediatric Clinics of North America*. Vol. 47, nº 3, p. 487-512.

GRUNAU, Ruth (2000) - Long-term consequences of pain in human neonates. In ANAND, K. S. J. ; STEVENS, B. J. ; MCGRATH, P. J. - *Pain in neonates*. 2ª ed. rev. e ampl. Amsterdam : Elsevier Science. Vol. 10: Pain research and clinical management. p. 55-76.

HEIDELISE, A. L. S. [et al.] (1986) - Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics*. Vol. 78, nº 6, p. 123-132.

JACOB, E. ; PUNTILLO, K. A. (1999) - A survey of nursing practice in the assessment and management of pain in children. *Pediatric Nursing*. Vol. 25, nº 3, p. 278-286.

LAGO, Paola [et al.] (2009) - Guidelines for procedural pain in the newborn. *Acta Paediatrica*. Vol. 98, nº 6, p. 932-939.

POLIT, Denise ; BECK, Cheryl ; HUNGLER, Bernadette (2004) - *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ª ed. Porto Alegre : Artmed.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde (2003) - *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003.

TROUVEROY, Véronique ; CHARD'HOMME, Nadine ; JACQUET, Caroline (2005) - Adéquation entre les scores d'évaluation de la douleur et les prescriptions d'antalgiques chez le nourrisson. In ASSOCIATION POUR LE TRAITEMENT DE LA DOULEUR DE L'ENFANT - *La douleur de l'enfant, quelles réponses?* Douzième Journée. Paris : AstraZeneca. p. 33-39.

VEGA-STROMBERG, Tieri [et al.] (2002) - Road to excellence in pain management: research, outcomes and direction (ROAD). *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 17, nº 1, p. 15-26.