

MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DO DESCONFORTO E DA DOR NO RECÉM-NASCIDO: UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA DA ENFERMAGEM¹

Raquel Alves Cordeiro², Roberta Costa³

¹ Recorte da dissertação - Reflexões da equipe de enfermagem sobre o desconforto e a dor do recém-nascido: uma proposta de protocolo de cuidado baseado nos métodos não farmacológicos, apresentada ao Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), 2012.

² Mestre em Gestão do Cuidado em Enfermagem. Enfermeira da Unidade Neonatal do Hospital Universitário (HU) da UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: raquel_hu@terra.com.br

³ Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira da Unidade Neonatal do HU/UFSC. Santa Catarina, Brasil. E-mail: roberta.costa@ufsc.br

RESUMO: Pesquisa convergente-assistencial, que teve como objetivo construir, com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados, baseada nos métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no recém-nascido internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Foi realizada na unidade neonatal de um Hospital Universitário, com 16 profissionais da equipe de enfermagem. A coleta de dados foi realizada em duas etapas: primeiramente, foi realizado um processo educativo-reflexivo e, em seguida, a observação participante nos diferentes turnos de trabalho da equipe de enfermagem. A proposta de protocolo de cuidados possibilitará a padronização das estratégias de cuidado no manejo da dor utilizando os métodos não farmacológicos no recém-nascido, além de contribuir para um melhor atendimento prestado na unidade neonatal, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado durante a hospitalização, repercutindo também em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o neonato e família.

DESCRIPTORES: Dor. Recém-nascido. Neonatologia. Enfermagem.

NON-PHARMACOLOGICAL METHODS FOR RELIEF OF DISCOMFORT AND PAIN IN NEWBORNS: A COLLECTIVE NURSING CONSTRUCTION

ABSTRACT: This is a convergent care study with the aim to build, together with the nursing staff, a proposal for care protocol based on non-pharmacological methods for discomfort and pain management in newborns admitted to a neonatal intensive care unit. The study was carried out in a neonatal intensive care unit of a university hospital with 16 nursing staff professionals. Data were collected in two stages: first, a reflective-educational process was performed and, afterwards, a participant observation during the different work shifts of the nursing staff. The care protocol proposal will enable the standardization of care strategies for pain management in newborns using non-pharmacological methods. Furthermore, it will contribute to provide better care in the neonatal unit, reducing pain and discomfort experienced during hospitalization, as well as resulting in fewer consequences and better quality of life for the newborns and their families.

DESCRIPTORS: Pain. Infant, Newborn. Neonatology. Nursing.

MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS PARA EL TRATAMIENTO DEL INCOMODIDAD Y DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: UNA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA DE ENFERMERÍA

RESUMEN: Estudio convergente-asistencial que tuvo como objetivo construir con el plan de atención de enfermería basada en métodos no farmacológicos para el tratamiento del incomodidad y dolor en los recién nacidos ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales. Se llevó a cabo en una unidad neonatal del hospital universitario, con 16 miembros de enfermería profesional. La recolección de datos se realizó en dos pasos: un proceso educativo reflexivo y la observación participante en diferentes turnos de trabajo. El plan de atención a la normalización de las estrategias de cuidado en el tratamiento del dolor utilizando métodos no farmacológicos en el recién-nacido y contribuye a mejorar la atención recibida en la unidad neonatal, la reducción del dolor y el estrés sufrido durante la hospitalización y que también refleja un menor número de secuelas y una mejor calidad de vida para el recién nacido y la familia.

DESCRIPTORES: Dolor. Recién nacido. Neonatología. Enfermería.

INTRODUÇÃO

Na década de 1960, surgiram os primeiros estudos para avaliar se o recém-nascido (RN) era capaz de sentir dor, constatando-se que a mielinização não era imprescindível para a transmissão dos impulsos pelo trato sensorial. Hoje, sabe-se que os elementos do sistema nervoso central, necessários para a transmissão do estímulo doloroso ao córtex cerebral, estão presentes em RN a termo e em prematuro, embora a maturação e a organização desse sistema neurosensorial continue durante a vida pós-natal.¹

Entre a vigésima e a vigésima quarta semana gestacional, o feto é capaz de perceber os estímulos dolorosos, pois as sinapses nervosas estão completas para a percepção da dor e as terminações livres existentes na pele e em outros tecidos possuem os receptores para a dor. Sendo assim, o neonato possui os componentes dos sistemas neuroanômico e neuroendócrino suficientes para permitir a transmissão do estímulo doloroso, segundo a Academia Americana de Pediatria.²

Diante destas constatações, torna-se imprescindível que o profissional de saúde que atua na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) saiba identificar, avaliar e tratar a dor do RN, procurando diminuir e/ou evitar efeitos nocivos para o desenvolvimento do neonato, além de contribuir para uma recuperação mais rápida e para a qualidade da assistência prestada.¹ No ambiente hospitalar, o RN é exposto comumente a muitos procedimentos desconfortáveis e dolorosos. Estudos apontam que, como parte dos cuidados de rotina em UTIN, cada RN gravemente doente seja submetido a cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia.^{1,3} O objetivo da avaliação da dor deve ser o de proporcionar dados acurados, a fim de determinar quais ações devem ser adotadas para preveni-la, aliviá-la ou aboli-la e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia dessas ações. O ideal é que a avaliação e o tratamento da dor sejam interdependentes, pois um é praticamente inútil sem o outro. Estratégias de tratamento da dor, utilizadas sem uma avaliação sistemática, não são eficazes ou adequadas.⁴

Sabe-se que a avaliação do desconforto e da dor é algo subjetivo e abstrato. É necessário tam-

bém dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor. Para isso foram desenvolvidas escalas unidimensionais e multidimensionais. Os instrumentos unidimensionais são designados para quantificar apenas a severidade ou a intensidade da dor. Exemplos desses instrumentos são as escalas de categoria numérica/verbal e a escala angico-visual, que são frequentemente empregadas em ambientes clínicos, por serem de aplicação fácil e rápida. Os instrumentos multidimensionais, por outro lado, são empregados para avaliar e mensurar as dimensões da dor, a partir de diferentes indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais, de modo isolado ou combinado.⁵ Como o RN apresenta uma linguagem peculiar e não consegue manifestar sua dor verbalmente, foram desenvolvidas escalas multidimensionais para auxiliar o profissional de saúde na avaliação da dor. Uma série de parâmetros físicos e comportamentais se modifica no RN diante de um estímulo doloroso. Dentre os parâmetros fisiológicos de dor, os mais utilizados para a avaliação do fenômeno doloroso na prática clínica são a frequência cardíaca, a frequência respiratória, a saturação de oxigênio e a pressão arterial sistólica. A avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso. As respostas comportamentais à dor mais estudadas são a resposta motora, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília.⁶ Exemplos de escalas de avaliação da dor em RN são o Sistema de Codificação da Atividade Facial (SCAFN), a Escala de Avaliação de Dor (NIPS) e o Perfil de Dor do Prematuro (PIPP).⁴

A abordagem do tema manejo no alívio do desconforto e da dor em neonatos por parte da enfermagem, baseado nos métodos não farmacológicos, emerge como necessidade de perceber a sutileza da expressão de dor no bebê, de realizar uma melhor leitura corporal, da aplicabilidade mais consensual e amplamente humanizada das técnicas explicitadas em UTIN. O resultado é a prevenção ou minimização de futuras perdas psicomotoras, auditivas, visuais, além de limitações cognitivas.⁷

Estudos de acompanhamento em longo prazo de RN que necessitavam de UTIN por longos

períodos, têm apontado o aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, neurológicas, dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos da linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros.^{3,8} Alguns estudos sugerem que parte dessa morbidade pode representar injúrias no desenvolvimento do cérebro, advindas da estimulação estressante do ambiente de cuidado intensivo e que acabam por comprometer a segurança do atendimento ao RN.⁸⁻⁹

A prática cotidiana dos profissionais lotados em UTIN faz perceber a importância de realizar esta pesquisa, cujo objetivo é construir, em conjunto com a equipe de enfermagem, uma proposta de protocolo de cuidados, baseada nos métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN.

METODOLOGIA

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), modalidade de investigação qualitativa, que tem como característica a junção entre a prática assistencial e o processo educativo e, por meio da qual, o enfermeiro pode atuar como facilitador no seu ambiente de trabalho junto à equipe de enfermagem. A PCA é um método voltado para resoluções ou minimização de problemas da prática do cotidiano que a enfermeira vivencia e nas possíveis mudanças que o processo de reflexão promove nas práticas de saúde.¹⁰

O local de realização deste estudo foi a Unidade de Neonatologia do Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Os sujeitos do estudo foram quatro enfermeiras, nove técnicos de enfermagem, um auxiliar enfermagem e duas acadêmicas de enfermagem, que concordaram em participar da pesquisa. A maior parte dos profissionais participantes do estudo tinha, aproximadamente, oito anos ou mais de experiência de atuação na UTIN. O critério utilizado na inclusão dos sujeitos foi participar dos grupos de reflexão previamente agendados sem, contudo, prejudicar a dinâmica assistencial. Como critérios de exclusão foram considerados os profissionais que estavam em férias e em licença de saúde.

A coleta dos dados da PCA se deu em duas etapas: na primeira, foram realizados quatro grupos de reflexões, no período de outubro a novembro de 2011, por meio do processo educativo orientado pelos pressupostos de Paulo Freire e do arco da problematização de Charles Maguerez. Os pressupostos de Paulo Freire e a abordagem problematizadora possibilitam ao profissional problematizar a realidade vivenciada pelo RN em UTIN, expostos à dor, refletirem sobre suas ações e construir, através do diálogo, um pensar-fazer conscientes.¹¹ No primeiro encontro, o grupo refletiu sobre a identificação do desconforto e da dor, buscando conhecer suas percepções sobre a dor vivenciada pelo RN ou seus fatores desencadeantes. No segundo encontro, os profissionais apontaram quais métodos não farmacológicos conheciam. Além disso, foi feita a teorização a partir da revisão integrativa, elaborada pelas pesquisadoras, com o intuito de conhecer o estado da arte do manejo do desconforto e da dor no RN e identificar as principais evidências científicas relacionadas ao tema. No terceiro encontro, os profissionais refletiram sobre como e quando utilizam os métodos não farmacológicos para alívio da dor. No último encontro foi realizada uma avaliação sobre o que funciona adequadamente na unidade onde aqueles profissionais atuam e o que poderia ser melhorado com relação ao manejo do desconforto e da dor no RN, com base na experiência profissional do grupo e, também, em estudos científicos veiculados recentemente sobre o tema.

A segunda etapa da coleta de dados se deu por meio da observação participante realizada pelas pesquisadoras no mês de fevereiro de 2012, no período matutino, vespertino e noturno. A observação participante¹³ é uma técnica realizada por intermédio do contato direto das pesquisadoras com o fenômeno (manejo no alívio da dor em RN frente a procedimentos dolorosos ou momentos de desconforto), objetivando obter o máximo de informações sobre a realidade da equipe de enfermagem em seu próprio contexto (UTIN). Nesse momento, as pesquisadoras buscaram inserir-se no processo de orientação e aprendizado junto aos profissionais de enfermagem, resgatando os aspectos teóricos do manejo do desconforto e da

dor e, também, as discussões realizadas nos grupos de reflexão. As pesquisadoras puderam observar e validar os dados coletados nos grupos de reflexão e até sugerir possibilidades de aplicação de métodos não farmacológicos pautados na literatura, enquanto alternativas benéficas ao RN.

Para os registros dos dados oriundos dos grupos de reflexões foi utilizado um gravador, conforme acordado com os profissionais participantes. Como medida adicional de registro dos dados, utilizou-se um diário de campo em que se anotou, na íntegra, os relatos e diálogos que foram vivenciados durante os encontros. A etapa da observação participante também foi registrada neste mesmo diário.

A análise dos dados seguiu os passos da PCA, quais sejam: apreensão, síntese, teorização e transferência, resultando na construção da proposta de um protocolo de cuidados, a partir dos dados coletados nas duas etapas da pesquisa.

Assegurando os preceitos éticos, os sujeitos da pesquisa aceitaram participar voluntariamente e foram identificados com letras do alfabeto referentes à sua categoria profissional e um número (T1, E2, A1). A pesquisa foi iniciada somente após os profissionais assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, sob número de processo n. 2241 FR 462628.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção da proposta de protocolo de cuidado com intuito de organizar as ações da equipe de enfermagem referentes ao manejo da dor e desconforto do RN, utilizando métodos não farmacológicos, possibilita a sistematização da assistência prestada, ao mesmo tempo em que viabiliza uma avaliação da mesma e orienta as ações necessárias para o cuidado, minimizando o risco de sequelas no neonato.

Durante o processo de construção coletiva do protocolo, os profissionais da equipe de enfermagem tiveram a oportunidade de repensar a prática do cuidado e de aprofundar os conhecimentos a respeito do tema. O resultado deste trabalho pode

ser atribuído à convergência da teoria com a prática no movimento de ação-reflexão-ação.

Proposta de protocolo de cuidados para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN

Esta proposta de protocolo contempla os cuidados de enfermagem que devem ser utilizados no manejo do desconforto e da dor em RNs internados em UTIN, a partir dos métodos não farmacológicos.

O material apresenta os principais procedimentos invasivos que o RN hospitalizado é submetido e aponta as condutas que devem ser adotadas pelo profissional da equipe de enfermagem, com o objetivo de prevenir ou minimizar a dor e o desconforto no RN.

Na primeira parte do protocolo estão listados alguns cuidados preliminares no manejo do desconforto e da dor que servem de guias gerais para orientar o cuidado na UTIN. A seguir, passa-se à descrição destes cuidados.

Reduzir os estímulos ambientais (ruídos e luminosidade)

As mensurações dos ruídos produzidos na UTIN atingem níveis potencialmente perigosos para o frágil sistema auditivo do RN, principalmente nos prematuros. Os níveis de ruídos muito altos podem prejudicar a cóclea, causando perda da audição, além de interferirem com o repouso e o sono do RN, levando à fadiga, agitação e irritabilidade, choro, aumento da pressão intracraniana e predispondo à hemorragia craniana nos prematuros.¹³ Somado a este fato, ainda há a luz constante no ambiente da UTIN, que pode atrasar a manifestação dos ritmos circadianos endógenos, levando à privação de sono ou interferir na consolidação normal do sono em pré-termos, que demoram mais tempo para se ajustarem ao ciclo dia/noite, e dormem mais, até completarem 37 semanas.³ A luz forte evita que o RN abra os olhos e inspecione o ambiente, podendo causar alterações endócrinas. O aumento abrupto da luz está significativamente associado à diminuição da saturação de oxigênio.³

Agrupar os cuidados e promover períodos de sono

Os cuidados rotineiros devem ser agrupados de acordo com a tolerância do bebê, respeitando os ciclos de sono, a fim de possibilitar os maiores períodos de sono profundo que forem possíveis.³ Isso não significa realizar todos os cuidados de uma vez, pois o agrupamento de vários procedimentos, em um curto espaço de tempo, pode ser mais prejudicial ao pré-termo. A atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru – preconiza a utilização de ciclos dia/noite, que possam permitir melhora na sincronização de ritmos biológicos, resultando no aumento de horas de sono noturno, na melhora na eficiência alimentar e até no ganho ponderal.³

Os procedimentos ao recém-nascido devem ser sempre executados por duas pessoas

Os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa oferecendo suporte contínuo (contenção) ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), e desde que devidamente orientados a serem cautelosos durante os cuidados, e a manterem todas as interações, dentro da tolerância do RN.³

Os cuidados ao recém-nascido com peso de 1.000g devem incluir a contenção durante os procedimentos e não a oferta de glicose

A “contenção facilitadora” é a colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, de forma elástica, contendo a cabeça, as nádegas e os membros do RN. Esta técnica é considerada um meio efetivo para confortar os bebês pré-termos durante procedimentos geradores de dor ou desconforto.³

Os RNs com peso de 1.000g ou menos não apresentam reflexo de sucção e não coordenam a deglutição/respiração. Os reflexos de sucção e deglutição estão presentes a partir da 17^a semana de gestação, sendo que a coordenação de sugar, deglutir e respirar é observada a partir da 32^a a 34^a semana de gestação.³ Porém, a prática profissional tem mostrado que esses bebês não iniciam uma

sucção eficiente de forma abrupta, havendo necessidade de um período de preparo e de treinamento para que os movimentos de sucção e deglutição sejam coordenados, sendo necessária, também, a observação da estabilidade clínica e maturidade individual.¹⁴

Estimular e auxiliar pais na retirada do recém-nascido da incubadora, evitando sua desorganização

Antes de retirar o RN da incubadora, a equipe de enfermagem pode convidar os pais a auxiliar na organização do RN. Caso não aceitem, por receio, estes devem, aos poucos, serem inseridos nos cuidados. O objetivo desta prática é que o RN se organize adequadamente com a ajuda dos pais.³

A avaliação da dor deve ser realizada como rotina diária, preferencialmente associada à verificação dos sinais vitais

A dor deve ser considerada o “quinto sinal vital”, sendo recomendada sua avaliação em cada tomada de sinais vitais. Dessa maneira, o RN será avaliado com frequência, e com intervenções apropriadas para o controle da dor poderão ser adotadas, quando necessário.¹⁵

Quando da realização da avaliação da dor, a partir da escala apropriada e o score da dor for maior que 4, descrever a intervenção utilizada e reavaliar após 30 minutos, registrando sempre o resultado

A escala NIPS foi elaborada para facilitar a “decodificação” dos sinais emitidos pelo RN⁶ e para promover o manejo mais adequado durante seu processo de internação. Por ocasião da utilização da escala NIPS, avaliando os parâmetros físicos e comportamentais, e em se obtendo *score* maior que quatro, deve-se considerar que o RN está com dor.

É dever do profissional realizar o registro por escrito dos cuidados prestados. Os registros de enfermagem consistem na forma de comunicação escrita de informações pertinentes ao RN e aos seus cuidados. Entende-se que os registros são elementos imprescindíveis no processo de

cuidado humano, visto que quando redigidos de maneira que retratem a realidade a ser documentada, possibilitam a comunicação permanente, o monitoramento, a avaliação e o (re)planejamento global e contínuo dos cuidados, além do acompanhamento das ações de cuidado prestadas.¹⁶

A segunda parte da proposta de protocolo de cuidados identifica os procedimentos rotineiros

e causadores da dor no RN internado em UTIN e aponta as condutas que devem ser adotadas pelo profissional da equipe de enfermagem, visando à prevenção/redução da dor, bem como as justificativas para assumir tais condutas.

Este item será apresentado sob a forma de um quadro, com o objetivo de favorecer a melhor visualização da proposta de protocolo.

Quadro 1 - Lista dos procedimentos invasivos identificados pelos profissionais da equipe de enfermagem, com as condutas a serem adotadas, e suas justificativas, para minimizar o desconforto e a dor no recém-nascido

Procedimentos	Conduta	Justificativa
Punção arterial/venosa (coleta de exames, cateter central de inserção periférica, teste do pezinho, punção periférica)	1. Oferecer glicose a 25% (via oral lento) ou gotas de leite materno, de dois a três minutos antes, durante e após o procedimento.	A revisão do Cochrane Group 14 mostra redução significativa dos indicadores de dor quando a glicose foi usada como analgésico em RN prematuros e a termos submetidos à coleta de sangue. ⁴ A glicose oral é amplamente usada, pois se acredita que ocorra a ativação das papilas gustativas da porção anterior da língua, levando à liberação de opioides endógenos. ² Ao investigar a eficácia do leite e seus componentes no alívio da dor, durante e após o procedimento de punção do calcâneo, constatou-se que a sacarose e o Similac (fórmula especial do leite) reduziram as manifestações de dor durante e após o procedimento. ¹⁷⁻¹⁸
	2. Realizar a contenção do RN durante o procedimento.	A “contenção facilitadora” (colocação das mãos paradas, sem pressão excessiva, de forma elástica, contendo a cabeça as nádegas e os membros) demonstrou ser um meio efetivo para confortar o RNs pré-termo durante a punção de calcanhar. ³ A contenção é uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intrauterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. É a promoção de um conforto efetivo, em que se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em neonatos. ^{3,18}
	3. Promover o contato pele a pele.	O contato pele a pele antes, durante e três minutos após o procedimento, acalma os bebês, fazendo com que chorem menos durante a realização do procedimento e apresentem expressão facial mais tranquila durante e após o procedimento. Este achado parece ser explicado pela liberação de opioides endógenos, levando a uma ação analgésica. ²
	4. Estimular a sucção nutritiva (quando a mãe estiver na unidade, o RN pode ser colocado no seio materno) e/ou estimular a sucção não nutritiva em RN que não podem sugar.	A sucção não nutritiva parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional do RN após a agressão sofrida. ² Um estudo de revisão integrativa ¹⁹ identificou a eficácia da sucção não nutritiva na redução da dor de RN submetidos a procedimentos dolorosos. A administração de leite ou amamentação deve ser utilizada para o alívio da dor nos neonatos submetidos a procedimentos dolorosos. ²⁰ Para as dores agudas provocadas por procedimentos menores (punção venosa, punção de calcanhar, coleta de sangue, aspiração, entre outros), as estratégias não farmacológicas devem ser consideradas. São elas: sucção ao seio materno, uso de solução adocicada oral (glicose ou sacarose), sucção não nutritiva, contato pele a pele e estimulação multisensorial, ²¹ cujas eficácias, em curto prazo, e boa tolerância, são reconhecidas. ¹⁹
Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP)	1. Instilar 1 gota de soro fisiológico 0,9% nas narinas antes de colocar a pronga ou lubrificar a pronga com vaselina.	As lesões nasais em neonatos, pelo uso inadequado de pronga, variam de simples hiperemia da mucosa nasal, sangramento, formação de crostas, necrose até a destruição total da parte anterior do septo (columela) e septo nasal. Sendo assim, é importante que os profissionais de saúde levem em consideração o tamanho adequado da pronga, de acordo com o peso e o posicionamento. Uma pronga bem posicionada é aquela que não deforma as fâcias do neonato e sua ponte não encosta no septo nasal, além de não permitir a movimentação desse dispositivo dentro das narinas. Portanto, o tamanho e fixação inadequada da pronga são fatores essenciais para efeito não benéfico e formação de lesões, principalmente em relação às prongas menores, pelo fato delas mesmas não se encaixarem perfeitamente nas narinas dos neonatos, acarretando fricção do dispositivo no interior das narinas, além de favorecer o escape de ar. No intuito de proporcionar alívio e prevenir lesões, empregam-se proteções de narinas adesivas, como esparadrapo comum, fitas hipoalergênicas e placas de hidrocoloide, utilizadas anteriormente às narinas, para evitar a fricção direta da pronga com a columela e o septo. ²²
	2. Utilizar proteção dupla com hidrocoloide grosso em “T” ou um protetor tipo “focinho de porco”.	
	3. Fixar adequadamente as traqueias, evitando que a pronga fique “dançando”.	
	4. Realizar massagem no septo nasal a cada oito horas.	

Procedimentos	Conduta	Justificativa
Fixação de sonda orogástrica (SOG) e nasogástrica (SNG)	1. Realizar a fixação do “tipo gatinho” por duas pessoas.	A fixação tipo “gatinho” libera o músculo orbicular dos lábios, deixando-o livre e facilitando a sucção no peito. Em uma avaliação da gengiva dos bebês observa-se a ausência de fissura do alvéolo dentário.
	2. Sempre proteger a pele com hidrocolóide fino.	Um dos aspectos fundamentais do cuidado de enfermagem neonatal é a preservação da integridade da pele dos RNs. ²³
Aspiração de tubo orotraqueal (TOT) e vias aéreas superiores (VAS)	1. Realizar o procedimento sempre por duas pessoas, mesmo em sistema fechado.	Os profissionais devem atuar em conjunto durante os procedimentos, tomando a precaução de deixar uma pessoa dando suporte contínuo ao RN (podendo ser o pai ou a mãe), sendo cautelosos durante os cuidados e mantendo todas as interações dentro da tolerância do RN. ³
	2. Certificar-se da medida do tubo antes da aspiração.	A marcação do cateter deverá corresponder ao comprimento da cânula traqueal, evitando que a ponta do cateter ultrapasse os limites da cânula e traumatize a mucosa. Realizar ausculta pulmonar bilateral para evitar aspiração seletiva. Verificar a posição do tubo orotraqueal. Checar a sua fixação, evitando deslocamento do tubo e lesão da pele. ²⁴
	3. Manter proteção ocular do RN durante a aspiração.	Para evitar queda de secreção nos olhos do RN e minimizar o risco de conjuntivite bacteriana.
Punção lombar	1. Realizar a contenção do RN durante o procedimento.	A contenção é uma medida que favorece a auto-organização e sugere um prolongamento do ambiente intrauterino, a partir de uma organização postural e da sensação de segurança. É a promoção de um conforto efetivo, em que se atenuam respostas psicológicas e comportamentais de dor em neonatos. ^{3,18}

Para finalizar a proposta de protocolo, os profissionais destacaram a importância de, após todos os procedimentos, oferecer consolo para o RN, facilitando sua reorganização e a retomada da condição de bem-estar.

Cabe destacar que a PCA e a metodologia problematizadora permitiram movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, de maneira a criar espaços de superposição com a assistência ao RN hospitalizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção coletiva de uma proposta de protocolo de cuidados no manejo do desconforto e da dor do RN, utilizando os métodos não farmacológicos, possibilitou à equipe de enfermagem socializar suas ideias e experiências, provocando a reflexão e modificações na maneira de pensar e agir do grupo, a partir das situações vividas no cotidiano da assistência na UTIN.

O estabelecimento de uma proposta de protocolo de cuidados possibilita a padronização das estratégias de cuidado no manejo do desconforto e da dor do RN, utilizando os métodos não farmacológicos. Adicionalmente, essa iniciativa contribui para um melhor atendimento prestado na unidade neonatal, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado pelo neonato durante a hospitalização e, também, repercutindo em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o RN e a família.

O modo como foi estruturada a proposta de protocolo de cuidados poderá contribuir para seu

uso rotineiro pela equipe de enfermagem, orientando as ações necessárias para o cuidado. Além disso, dará visibilidade ao papel dos profissionais de enfermagem na prevenção e/ou minimização da dor/desconforto do RN hospitalizado.

Espera-se também que a experiência vivenciada pela equipe de enfermagem sirva como estímulo para a realização de novas pesquisas e para a implantação de protocolos similares em outras realidades, no sentido de modificar, aprimorar e instrumentalizar a enfermagem neonatal no cuidado ao RN internado em UTIN.

REFERÊNCIAS

1. Sousa BBB, Santos MH, Sousa FGM, Gonçalves APF, Paiva SS. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto Contexto Enferm.* 2006; 15(Esp):88-96.
2. Medeiros MD, Madeira LM. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. *Rev Min Enferm.* 2006 Abr-Jun; 10(2):118-24.
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. Manual técnico, Brasília (DF): MS; 2011.
4. Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev Bras Anestesiol.* 2007 Set-Out; 57(5):567-74.
5. Bueno M, Costa P, Oliveira AAS, Cardoso R, Kimura AF. Tradução e adaptação do *Premature Infant Profile* para língua portuguesa. *Texto Contexto Enferm.* 2013 Jan-Mar; 22(1):29-35.

6. Guinsburg R, Cuenca MC. A linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do Departamento de Neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria [online]. 2010 [acesso 2012 Mai 21]; Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf
7. Hennig MAS, Gomes MSM, Gianini NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a "atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru". *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2006 Jul-Set; 8(3):285-90.
8. Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicol Estud*. 2008 Abr-Jun; 13(2):335-44.
9. Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Indicação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. 2012 Mar-Abr; 65(2):269-75.
10. Trentini M, Paim L. Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem. 2ª ed. Florianópolis (SC): Insular; 2004.
11. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 41ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Paz e Terra; 2005.
12. Minayo MCS. *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Porto Alegre (RS): Vozes; 2004.
13. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 3ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
14. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Latino-Am Enferm*. 2003 Mar-Abr; 11(2):232-6.
15. Neves FAM, Corrêa DAM. Dor em recém-nascido: a percepção da equipe de enfermagem. *Cienc Cuid Saúde*. 2008 Out-Dez; 7(4):461-67.
16. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm* [online]. 2006 [acesso 2012 Mai 23]; 8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm
17. Leite AM, Castral TC, Scochi CGS. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? *Rev Bras Enferm*. 2006 Jul-Ago; 59(4):426-538.
18. Falcão FRC, Silva MAB. Contenção durante a aspiração traqueal em recém-nascidos. *Rev Cien md Biol*. 2008 Mai-Ago; 7(2):123-131.
19. 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*. 2011 Dec; 32(4):788-96.
20. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventha LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. *Rev Eletr Enferm* [online]. 2009 [acesso 2012 Mai 23]; 11(1):64-9. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n1/pdf/v11n1a08.pdf
21. Stevens B, McGrath P, Gibbins S, Beyene J, Breau L, Camfield C, et al. Determining behavioural and physiological responses to pain in infants at risk for neurological impairment. *Pain*. 2007 Jan; 127(1):94-102.
22. Nascimento RM, Ferreira ALC, Coutinho ACFR, Veríssimo RCSS. Frequência de lesão nasal em neonatos por uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas com pronga. *Rev Latino-Am Enferm*. 2009 Jul-Ago; 17(4):489-94.
23. Rolim KMC, Farias CPX, Marques LC, Magalhães FJ, Gurgel EPP, Caetano JA. Atuação da enfermeira na prevenção de lesão de pele do recém-nascido. *Rev Enferm UERJ*. 2009 Out-Dez; 17(4):544-9.
24. Araújo MC. *Aspiração traqueal de recém-nascidos prematuros [dissertação]*. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-graduação em Enfermagem; 2008.