

**DAYSE ANNIE MIZUMOTO REIS  
LIDIANE MARIA PAULA RODRIGUES**

**A DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NA UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**BATATAIS  
2009**

**DAYSE ANNIE MIZUMOTO REIS  
LIDIANE MARIA PAULA RODRIGUES**

**A DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NA UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Centro Universitário  
Claretiano para obtenção do título de  
Bacharelado em Enfermagem.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestranda Ana Rosa  
Souza Rezende.**

**BATATAIS  
2009**

**DAYSE ANNIE MIZUMOTO REIS  
LIDIANE MARIA PAULA RODRIGUES**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Claretiano para  
obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem. Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Mestranda  
Ana Rosa Souza Rezende.**

**A DOR NO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO NA UNIDADE  
DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

**Orientador (a): Prof<sup>a</sup>. Mestranda Ana Rosa Souza Rezende**

**Examinador (a) \_\_\_\_\_**

**Examinador (a) \_\_\_\_\_**

**Batatais, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.**

*Eu Dayse Annie,*

*Dedico este trabalho primeiramente a DEUS, pois sem ele não teria forças para chegar até aqui.*

*Eu Lidiane Maria,*

*Dedico a todos que nos incentivaram e colaboraram para elaboração deste trabalho monográfico, não só no aspecto prático e formal, mas também no apoio humano e emocional de sua importância para a realização deste curso.*

### *Eu Dayse Annie*

*Agradeço meus pais Osvaldo e Iracema que me deram à vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, afeto e amor, meu muito obrigado por me darem à oportunidade de realizar mais um mérito.*

*Agradeço minhas irmãs: Sue Ellen, Sandra e Adriana pelo companheirismo, amizade e apoio na trajetória.*

*Agradeço meus sobrinhos Rafael Ryu e Letícia Harumy por existirem e trazerem mais luz para minha vida, iluminando a cada dia meu caminho em busca da conquista.*

*Agradeço minha amiga Viviane Bueno, pelas broncas e conselhos durante minha vida, uma amizade verdadeira.*

*Agradeço meu namorado Clayton, pela dedicação, incentivo e paciência para com esta jornada em minha vida, que jamais será esquecido.*

*Agradeço meus amigos Luciana, Wellington, Luciene e também minha orientadora Ana Rosa por me ajudarem e me darem apoio para a realização deste trabalho.*

### *Eu Lidiane Maria*

*Quero agradecer primeiramente a DEUS: “Grandes foram às lutas, maiores as vitórias. Sempre estiveste conosco. Muitas vezes, pensamos que este momento nunca chegaria. Quería recuar ou parar, no entanto, tu estavas presente, na alegria ou na tristeza, fazendo da derrota uma vitória, da fraqueza uma força. Com tua ajuda venci. A emoção é forte, não cheguei ao fim. Mas ao início de uma longa caminhada”.*

*A realização deste trabalho só foi possível graças à colaboração direta ou indireta de muitas pessoas.*

*Manifesto a minha gratidão de forma particular:*

*Aos meus pais, Osmar e Maria (Cidinha) que devo tudo o que sou hoje, que nos ensinamentos da vida foram mestres. Ensinaram-me a agir com dignidade, honestidade e respeito.*

*Ao meu esposo Denilson e meu filho Guilherme, pois, sem o seu apoio e confiança certamente seria impossível realizar este sonho.*

*A minha irmã Tatiane e aos meus familiares pela compreensão, apoio e incentivo, e acima de tudo pela demonstração de carinho.*

*A todos os professores, que através de vossos ensinamentos nos transmitistes o conforto do calor humano, ora como educadores, ora como amigos, deixando conosco a verdadeira essência do aprendizado.*

## RESUMO

REIS, D. A. M.; RODRIGUES, L. M. P. **A dor no recém-nascido pré-termo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.** (2009). 47f. Monografia (Graduação no Curso de Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário Claretiano de Batatais. Batatais-SP.

A dor é um sintoma que faz parte do cotidiano dos recém-nascidos prematuros internados na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal devido ao grande número de procedimentos dolorosos a que estes são submetidos durante sua internação. A impossibilidade de verbalização do recém-nascido dificulta o tratamento ou conduta terapêutica. Este estudo bibliográfico tem como objetivo conhecer a dor no recém-nascido prematuro e as intervenções terapêuticas usadas para minimizar a dor. Este trabalho demonstra que a avaliação da dor no recém-nascido é possível através da utilização de escalas que levam em consideração variáveis fisiológicas e comportamentais. A implementação das escalas para medida da dor tem como obstáculo a falta de conhecimento técnico-científico para sua implementação, dificultando a intervenção no tratamento da dor ao recém-nascido prematuro. Estas escalas podem ser aplicadas de forma fácil e sem sofrimento para o recém-nascido desde que a equipe seja treinada para executá-la. A dor pode ser tratada de forma farmacológica ou não farmacológica. No tratamento farmacológico deve-se considerar a farmacocinética da droga em relação à idade do recém-nascido para se evitar efeitos adversos. No tratamento não farmacológico está incluído a prevenção da dor durante a permanência deste na unidade de terapia intensiva neonatal, sendo que cuidados simples como por exemplo, a redução de ruídos, racionalização das manipulações e a estimulação do contato pele a pele podem preservar o bem estar do recém-nascido prematuro. Pode-se ainda acrescentar o tratamento farmacológico durante o tratamento não farmacológico, principalmente nos casos de dor moderada ou de grande intensidade. Foi realizada uma revisão de literatura através de dados onde as informações foram coletadas em livros, monografias, dissertações, periódicos e universos on-line, e sendo selecionados e utilizados 10 artigos científicos, obtidos em pesquisa de periódicos de circulação nacional e latino-americanos. É fundamental que a equipe de enfermagem esteja treinada e capacitada para detectar mudanças fisiológicas e comportamentais durante os procedimentos dolorosos para que se possa minimizar, prevenir e tratar a dor nos recém-nascidos prematuros internados nas

Unidades de Terapia Intensiva. Tornando-se assim a assistência mais humanizada.

**Palavras-Chaves:** Dor Neonatal. Tratamento da Dor. UTI Neonatal. Assistência de Enfermagem.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN -	Recém-Nascido
RNPT -	Recém-Nascido Pré-Termo
UTI -	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN -	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
NFCS -	Neonatal Facial <i>Coding System</i>
NIPS -	Neonatal <i>Infant Pain Scale</i>
OMS -	Organização Mundial da Saúde
IASP -	<i>International Association of Study of the Pain</i>



## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Choro.....	22
<b>Figura 2</b> - Expressão Facial .....	23
<b>Figura 3</b> - Assistência Humanizada.....	46

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal – NFCS.....	26
<b>Tabela 2</b> - Escala Comportamental de dor para recém-nascido (Neonatal <i>Infant Pain Scale</i> ).....	26
<b>Tabela 3</b> - Perfil de dor no prematuro.....	27

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> - Distribuição dos Artigos por Número de Autores.....	36
<b>QUADRO 2</b> - Distribuição dos Artigos por Números de Autores.....	37
<b>QUADRO 3</b> - Distribuição dos Artigos por Profissões dos Autores.....	38
<b>QUADRO 4</b> - Periódicos de Publicação.....	38
<b>QUADRO 5</b> - Local de Publicação.....	39
<b>QUADRO 6</b> - Ano de Publicação.....	40
<b>QUADRO 7</b> - Tipo de Pesquisa.....	40

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>16</b>
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>17</b>
<b>4.1 FISIOLOGIA DA DOR.....</b>	<b>17</b>
<b>4.2 FATORES CAUSADORES DA DOR NO AMBIENTE     UTIN.....</b>	<b>19</b>
<b>4.3 AVALIAÇÃO DA DOR NO NEONATO.....</b>	<b>21</b>
<b>4.4 ESCALA DA DOR.....</b>	<b>25</b>
<b>4.5 PREVENÇÃO DA DOR E MELHORA DO RECÉM-     NASCIDO.....</b>	<b>28</b>
<b>4.6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO.....</b>	<b>31</b>
<b>4.7 TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO.....</b>	<b>33</b>
<b>5. ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>6. DISCUSSÃO.....</b>	<b>42</b>
<b>7. CONCLUSÃO.....</b>	<b>45</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>

# 1. INTRODUÇÃO

A dor foi conceituada em 1986 pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou discreta nos termos desta lesão. A dor é sempre subjetiva, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor através da vivência de experiência dolorosa, que ocorrem desde o início da vida” (IASP, 1968 apud BALDA; GUINSBURG, 2004).

Por muitos anos, acreditou-se que os Recém-Nascidos (RNs) eram incapazes de sentirem dor, devido, o pressuposto que seu sistema nervoso ainda não estava completamente formado. Embora relativamente imaturo, o sistema neurobiológico que é necessário a nocicepção encontra-se formado entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semana de gestação. Suas estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionando nos prematuros já no nascimento. Os RNs podem perceber à dor com mais intensidade do que as crianças e os adultos, devido seus mecanismos de controle inibitório serem imaturos, diminuindo capacidade de modular a experiência dolorosa (GASPARDO et al., 2005).

Devido ao fato da dor ser um fenômeno subjetivo, encontra-se uma grande dificuldade na elaboração de métodos de fácil avaliação e aplicação na prática clínica. Ainda não se encontra métodos cientificamente comprovados que sejam garantidos para uma perfeita avaliação da dor. Contudo, já se tem conhecimento que além de serem sensíveis à dor os RNs podem sofrer conseqüências fisiológicas, orgânicas e emocionais podendo chegar a comprometer inclusive o seu crescimento e desenvolvimento (SOUZA et al., 2006).

Com a impossibilidade de verbalização, a principal forma de expressar a dor em RN passa a ser por atitudes comportamentais com alterações fisiológicas. Dessa forma, para avaliar a dor no RNPT é utilizada a avaliação das respostas destes á dor, analisando as alterações das medidas fisiológicas e comportamentais antes, durante e depois de um estímulo

doloroso. Todavia, esse tipo de avaliação, por vezes torna-se difícil, pois alguns desses indicadores para observação da dor podem ser mínimos ou ausentes, o que exige muitas das vezes uma adequação dos profissionais na prática de avaliação da dor, atendendo a realidade de cada paciente (SOUZA et al., 2006).

A realização de uma avaliação comportamental da dor deverá se basear nas alterações de determinadas expressões comportamentais e fisiológicas após um estímulo doloroso, observando desde o mais sensível e específico comportamento (SOUZA et al., 2006).

Entretanto, é de suma importância tentar minimizar a dor do RNPT durante sua permanência na UTIN, com medidas de conforto, seguidos de tratamento farmacológico e não farmacológico, com atuação ativa da equipe de enfermagem.

Acredita-se, ser de suma importância que a equipe de enfermagem que presta cuidados aos RNPT na UTI Neonatal, busque medidas que diminuam o sofrimento e a dor do RNPT. Portanto, deve enfatizar a humanização ao assistir estes, sendo capaz de reconhecer as mudanças comportamentais e fisiológicas para administrar o tratamento adequado a dor.

Desse modo, se fazem necessário a conscientização e treinamento da equipe, sensibilizando-a para que assista de forma humana esse RNPT.

Partindo deste contexto, este trabalho monográfico tem o objetivo de conhecer a dor no RNPT e as intervenções terapêuticas e não terapêuticas usadas para minimizar a dor, acreditando assim, contribuir com a prática da equipe de saúde envolvidos nos cuidados a estes RNPT, bem como uma assistência mais digna e humana.

## **2. OBJETIVOS**

- Buscar conhecimentos relacionados aos mecanismos fisiológicos envolvidos na dor do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.
- Descrever as intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas.
- Sensibilizar a equipe de enfermagem para um cuidar mais humanizado frente ao recém-nascido prematuro com dor.
- Oferecer subsídios para auxiliar a equipe de enfermagem na decodificação objetiva da linguagem de dor do RN, reconhecendo os tipos de resposta.

### **3. METODOLOGIA**

Trata-se de uma revisão bibliográfica por meio de técnica de literatura exploratória, interpretativa e seletiva das pesquisas e artigos científicos publicados no período de 1.999 à 2.008. Através de pesquisas em artigos científicos na base de dados do LILACS, BIREME, textos de livros da biblioteca Ceuclar, utilizando-se palavras chave como: dor neonatal, manejo da dor no recém-nascido prematuro, escala de dor neonatal obtendo 25 artigos, sendo utilizado 10 que contemplavam a temática.



## 4. REVISÃO DE LITERATURA

### 4.1 FISILOGIA DA DOR

De acordo com Segre (2002), a crença de que a memória só se desenvolvia após o nascimento e mesmo assim em uma taxa mais reduzida do que a memória de crianças e adultos, contribuiu para que fosse concluído que o RN estava protegido contra os efeitos posteriores de experiências dolorosas a que fosse submetido no período neonatal.

Acreditavam-se, até os meados da década de 70, que os recém-nascidos não sentiam dor, devido à imaturidade neurológica e a falta de mielinização ou ausência da memória da dor. Porém, estudos recentes mostram que 75% dos impulsos noceptivos são carreados por meio de fibras periféricas não mielinizadas, e mielinizadas, a mielinização está presente nas vias tálamo-corticais a partir da 22<sup>a</sup> - 23<sup>a</sup> semana de idade gestacional, estando completamente mielinizado na 37<sup>a</sup> semana de gestação (GASPARY; ROCHA, 2004).

Conforme Grunau et al (2002), citado por Gaspardo (2006), os RNPT possuem capacidade neurológica para perceber a dor. O sistema neurológico necessário já se apresenta formado a partir da vigésima quarta semana de gestação e as estruturas periféricas e centrais estão presentes e funcionais precocemente entre o primeiro e segundo trimestre.

Por volta da sétima semana de gestação, surgem os primeiros receptores sensório-cutâneo na região perioral do feto humano. Esses receptores se espalham para o resto da face, para a palma da mão e planta dos pés, na décima primeira semana de gestação, para o tronco e as porções próximas dos membros superiores e inferiores na décima quinta. Por volta da vigésima semana, toda a superfície cutâneo-mucosa do feto apresenta receptores nervosos (SEGRE, 2002).

Porém, pode-se lembrar que em neonatos o mecanismo de modulação da experiência

dolorosa ainda é imaturo, o que limita sua capacidade para enfrentar a dor e o estresse. Os sistemas inibidores, por exemplo, tornam-se funcionais somente após as primeiras semanas de vida extra-uterina, levando os RNs a perceberem os estímulos dolorosos mais intensamente que crianças mais velhas e adultos (OKADA; TEIXEIRA; TENGAN, 2001).

Estudos experimentais comprovam que os recém-nascidos necessitam de níveis mais elevados de analgésicos no plasma para produzir o mesmo efeito clínico que nos adultos. Além disso, o estresse no RN submetido a uma intervenção sem anestesia, é três a cinco vezes maior que no adulto, na mesma situação, evidenciando assim, a maior sensibilidade dolorosa dos neonatos (MARGOTTO, 2006).

## 4.2 FATORES CAUSADORES DA DOR NO AMBIENTE UTIN

O rápido avanço das tecnologias médicas, juntamente com estudos sobre glicocorticóides e do surfactante na maturação pulmonar, e os avanços recentes na área de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), possibilitam o aumento da sobrevivência de prematuros e/ou gravemente doentes, alguns com peso inferior a 600g ao nascer (LAGO et al., 2007).

A tentativa de se garantir sua estabilidade clínica, em diversas situações são expostos a procedimentos causadores da dor e desconforto. De acordo com Guinsburg (2000), calcula-se que, como parte dos cuidados de rotina nas UTINs, cada RN gravemente doente seja submetido à cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia. Para Segre (2002), “[...] acredita-se que um recém-nascido internado em uma UTIN, seja submetido aproximadamente 50 a 132 procedimentos à beira leito, por dia, muitos deles dolorosos”, como punções venosas, arteriais e de calcâneo repetidas; intubação e aspiração traqueal; cateterismos e sondagens; retirada de eletrodos e esparadrapos; troca de curativos; sensores pressionando partes do corpo; fralda apertada; mudanças bruscas de decúbito e manuseio excessivo.

Afirma-se que o paciente dentro da UTIN é visto como um objeto sem identidade, excessivamente manipulado e dividido em problemas; esta visão torna o cuidar tecnista e mecânico, minimizando as necessidades emocionais do RN. Tal afirmativa fica facilmente exemplificada ao se observar a atitude da equipe de enfermagem durante um procedimento comum como a punção venosa: duas profissionais tentam a punção uma, duas, três vezes. Uma imobiliza o corpo do recém-nascido, segura firmemente seu braço, enquanto a outra introduz o dispositivo (cateter intravenoso) seguidas vezes, finalmente conseguindo. O RN chora, se contorce, não há preocupação em consolá-lo.

Finalmente fixa-se a punção, abre-se o soro, verifica-se o gotejamento, empurra-se o RN de volta para dentro da incubadora e inicia-se o cuidado com outro RN (NASCIMENTO,

2004), citado por Bessani; Lima; Fleiter (200-?).

Margotto (2006), citado por Lago et al. (2007), por sua vez, reforça que a assistência centrada na patologia, a falta de treinamento específico, de recursos humanos e materiais, o envolvimento com os modernos equipamentos, a sobrecarga de trabalho e a lista de rotinas a serem cumpridas na unidade, são realidades que também dificultam o reconhecimento das reações de dor esboçadas pelo recém-nascido.

Baseado em Villa e Rossi (2002), a humanização deve fazer parte da filosofia da enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, tornando-a capaz de criar uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para aqueles que necessitam dos cuidados de uma UTI.

### 4.3 AVALIAÇÃO DA DOR NO NEONATO

De acordo com Guinsburg (2005), a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

A avaliação da dor no período neonatal baseia-se

[...] na avaliação das respostas do recém-nascido a dor. O modelo da avaliação do lactente pré-verbal (neonato) é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos ocorridos após um estímulo doloroso agudo. Assim, a avaliação do neonato baseia-se em alterações das medidas fisiológicas e comportamentais observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso (BALDA; GUINSBURG, 2004, p. 578).

As respostas fisiológicas a estímulos dolorosos em neonatos foram bem documentadas por diversos estudos. A síntese destas observações indica que os estímulos dolorosos provocam uma resposta global de estresse em recém-nascidos. (HOCKENBERRY, J. 2003).

Dentre as várias medidas fisiológicas de dor no recém-nascido ressaltam-se as alterações de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, sudorese palmar, tônus vagal (GUINSBURG et al. 2004).

Outra forma de expressar a dor em RNPT são as atitudes comportamentais, que fundamenta-se, na modificação de determinadas expressões comportamentais após um estímulo doloroso, parecendo ser mais sensível e específica na detecção da dor, quando comparada às medidas fisiológicas (GUINSBURG et al. 2004).

As principais variáveis comportamentais analisadas no contexto da dor são as respostas ao estímulo nociceptivo, incluindo as alterações do tônus muscular, os movimentos corporais, o choro, a mímica facial e o estado de sono e vigília.

Do que diz respeito aos movimentos corpóreos, Whaley e Wong (1999), afirmam haver um aumento destes movimentos observando-se rigidez de tórax, movimentos de

reflexão e/ou extensão dos membros e punhos levados. Além, disto, podem ocorrer movimentos ativos para a retirada do membro ou ainda, hipotonia e hipoatividade.

Para Guinsburg et al. (2004), a resposta do neonato à punção do calcanhar, sabe-se que em 0,3 segundos ele tenta retirar a perna não puncionada, em 0,4 segundos retira a perna puncionada e com 1,8 segundos ele chora.

- CHORO:

“O choro, que no RNPT pode ter muitos significados, quando expressa dor, adquire uma tonalidade mais aguda, perde o padrão metabólico que normalmente possui e apresenta uma duração mais prolongada” (SEGRE, 2002, p.303).

**Figura 1 - Choro**



De a **Fonte:** VIEIRA, M., 2006. Disponível em:  
<[http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor\\_neonatal.ppt](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor_neonatal.ppt)>.  
Acesso em: 10 nov. 2009.

De acordo com Guinsburg et al. (2004) o choro tem padrão melódico e frequência do redor de 80 decibéis. Estudos realizados através de espectrografia demonstram que o choro de dor tem características próprias: início súbito, sem antecedência de gemidos. Sabe-se que o choro do neonato, de maneira geral, apresenta-se uma expiratória definitiva, seguida por uma breve inspiração, um período de descanso e, de novo, uma fase expiratória mais prolongada a

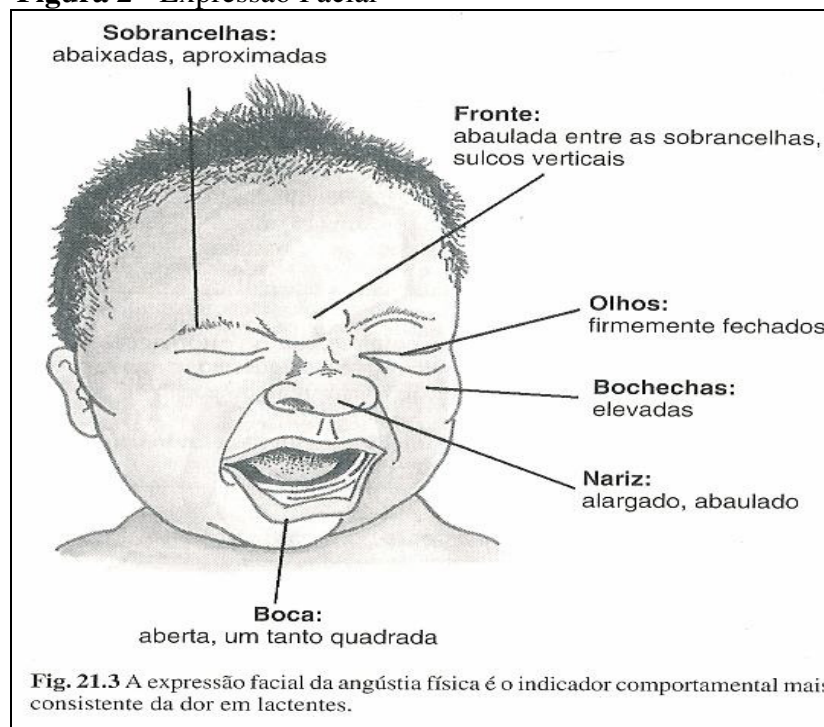
tonalidade mais aguda e há perda do padrão melódico, com duração aumentada (GUINSBURG et al. 2004).

Entretanto, outros fatores podem dificultar a avaliação do choro como, por exemplo: a falta de habilidade profissional de saúde em identificar seu padrão, o tubo oro-traqueal que impossibilita sua vocalização, a fome e o desconforto.

- MÍMICA FACIAL:

Grunau e Craig (1987) citado por Guinsburg (2004), avaliam oito parâmetros de mímica facial, definidos da seguinte forma: olhos salientes, olhos espremidos, sulco nasolabial aprofundado, lábios entreabertos, boca esticada, lábios franzidos, língua tensa, tremor de queixo.

**Figura 2 - Expressão Facial**



**Fonte:** WONG, D. L.; et al. 1999. p. 548.

Além dos parâmetros descritos, existem ainda respostas comportamentais, envolvendo aspectos emocionais com mudanças no ritmo alimentar e diminuição dos períodos de sono (principalmente sono profundo), associados ou não a períodos de irritabilidade acentuada

(MARGOTTO 2006).

“As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da nocicepção no paciente pré-verbal e progressivamente incorporadas ao arsenal médico para a avaliação e tratamento da dor no período neonatal” (BALDA; GUINSBURG, 2004, p.581).

- SONO E VIGÍLIA:

O aumento da quantidade de sono não-REM depois de um procedimento doloroso, esta alteração comportamental tem sido interpretada como um mecanismo de fuga do neonato durante um estímulo doloroso, tendo em vista a sua capacidade e estimulação agressiva, além disso, o padrão de sono e vigília do recém-nascido depende da observação criteriosa de quem assiste o neonato, e de uma equipe treinada no manejo e interpretação (GUINSBURG et al. 2004).



## 4.4 ESCALA DA DOR

No recém-nascido pré-termo (RNPT), no qual a comunicação verbal é inexistente, torna-se um desafio avaliar a dor. A utilização de instrumentos ou indicadores que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas pode auxiliar na qualificação da dor no período neonatal (TAMEZ; SILVA, 2006).

Guinsburg (1999), citado por Almeida (2005), afirma que, baseado nas alterações comportamentais existem hoje, várias escalas de avaliação da dor, tendo-se como vantagem à aplicação fácil e ausência de agressão ao RNPT.

Dentre as escalas mais utilizadas na prática clínica, segundo Guinsburg (1999) destacam-se: a NFCS - Neonatal Facial *Coding System* (Escala da Mímica Facial de Dor do Recém-nascido), por Grunau e Craig (1987), a NIPS - Neonatal *Infant Pain Scale* (Escala de Dor para Recém-Nascidos), por Lawrence et al. (1993).

A Escala da Mímica Facial de Dor do Recém-Nascido - NFCS (Tabela 1) consiste na avaliação de respostas de dor por meio da análise da atividade facial do recém-nascido, definida pela presença ou ausência de oito movimentos faciais: testa franzida, fenda palpebral comprimida, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta, boca estirada na vertical ou horizontal, língua tensa, protusão da língua e tremor do queixo. Para cada movimento facial presente atribui-se um ponto, sendo o escore máximo de 8 pontos. Considera-se a presença de dor quando a pontuação final é superior a três (OLIVEIRA, 2005).

**TABELA 1** - Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal - NFCS

<b>Movimento Facial</b>	<b>0 ponto</b>	<b>1 Ponto</b>
Fronte Saliente	Ausente	Presente
Fenda Palpebral Estreitada	Ausente	Presente
Sulco Naso-Labial	Ausente	Presente
Aprofundado		
Boca Aberta	Ausente	Presente
Boca Estirada (Horizontal ou Vertical)	Ausente	Presente
Língua Tensa	Ausente	Presente
Protusão da Língua	Ausente	Presente
Tremor de Queixo	Ausente	Presente

**Fonte:** KOPELMAN et al, 2004, p. 583.

Por sua vez, a NIPS, Escala de Dor para Recém-Nascido (Tabela 2), é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico. Avalia a expressão facial (0 ou 1 ponto), o choro (0, 1 ou 2 pontos), a respiração (0 ou 1 ponto), a posição das pernas (0 ou 1 ponto), a posição dos braços (0 ou 1 ponto) e o estado de sono-vigília (0 ou 1 ponto). Considera-se a dor presente quando a pontuação é superior a três (OLIVEIRA, 2005).

**TABELA 2** - Escala Comportamental de dor para recém-nascido (*Neonatal Infant Pain Scale*)

<b>NIPS</b>	<b>0 Ponto</b>	<b>1 Ponto</b>	<b>2 Ponto</b>
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de consciência	Dormindo/Calmo	Desconfortável	-

**Fonte:** KOPELMAN et al, 2004, p. 583.

O Brasil é considerado pioneiro na utilização de Escalas Comportamentais para a avaliação da dor no RNPT (GUINSBURG et al. 2004).

**Tabela 3 - Perfil de dor no prematuro**

PPP	Indicadores	0	1	2	3
Observar RN por 15 s. Anotar FC/Sat. O2 basais	IG (sem)	≥ 36	32 - 356/7	28 - 316/7	< 28
	Estado de alerta	Ativo, acordado, olho aberto, movimentos faciais presentes.	Quieto, acordado, olho aberto, sem mímica facial.	Ativo, dormindo, olho fechado, movimentos faciais presentes.	Quieto, dormindo, olho fechado, sem mímica facial
Observar o RN por 30 seg.	FC máxima (1)	↑ 0 - 4 bpm	↑ 5 - 14 bpm	↑ 15 - 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
	SO2 mínima (1)	↓ 0 - 2,4 %	↓ 2,5 - 4, 9%	↓ 5,0 - 7, 4%	↓ ≥ 7, 5%
	Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
	Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Fonte: KOPELMAN et al, 2004, p. 583.

Score: ≤ 6: ausência de dor ou dor mínima  
 ≥12: presença de dor moderada a intensa.

De acordo com Au et al. (1994), citado por Tamez e Silva (2005), não existe no momento escalas validadas para a avaliação da dor de modo geral, nos quais a instituição, implementação e padronização de protocolos para a avaliação da dor. Apesar disso a utilização dessas escalas resultarão em melhora no manejo da dor.

Nesse sentido, é importante que a equipe de enfermagem esteja sensibilizada e atenta na decodificação dos sinais indicativos de dor e estresse do RNPT a fim de minimizar tais reações, avaliar o desconforto e intervenções afetivas através de medidas de conforto (LAGO et al., 2007).

## 4.5 PREVENÇÃO DA DOR E MELHORA DO RECÉM-NASCIDO

Para Greenberg, (2005) a avaliação do nível de conforto para a dor é o primeiro passo no processo do manejo da dor. Uma vez identificada a presença da dor, de um ser implementada para tratá-la, em técnicas de alívio da dor, um conjunto farmacológicos e agentes não-farmacológicos.

De acordo com Almeida (2005), cuidados simples podem evitar a desorganização nos RNPT. Controlar luzes fortes, reduzir o ruído à sua volta, racionalizar manipulações, evitar esparadrapo na pele dos RNPT e realizar quando possíveis coletas indolores através de cateteres centrais preservando, assim períodos livres para o sono. Deve-se estimular o contato dos pais com o neonato favorecendo, assim, seu bem estar físico e psicológico.

Já para Guinsburg (2004), as coletas de sangue devem ser agrupadas e o uso de cateteres centrais estimulado, utilizar pequena quantidade de esparadrapo e outras fitas adesivas, quando da fixação dos acessos venosos, arteriais, cânulas endotraqueais e dreno torácicos, entre outros.

Intervir no ambiente, como rever o design da UTI; eliminar os ruídos desnecessários como conversas altas, rádios, campainhas, celulares, água do circuito do respirador; usar protetores de ouvido nos RNPT em algumas situações, como na hipertensão pulmonar e nas duas primeiras semanas de UTI; usar mantas espessas sobre a incubadora, que diminuam o impacto sonoro de pancadas no acrílico da incubadora; usar “abafadores” em pias, portas, gavetas, lixeiras, *hampers* e superfícies para manuseio de materiais; usar cueiros nas incubadoras, promovendo um ambiente mais escuro; empregar iluminação individualizada, com reguladores da intensidade luminosa e foco para procedimentos; conter o RNPT em ninhos feitos de lençóis, toalhas e compressas, assim como também fazer uso de enrolamento

com auxílio de compressas, que facilitam as extremidades em flexão, aproxima as mãos da boca, melhorando tônus e postura, respostas comportamentais.

O contato físico entre mãe e filho durante procedimentos agudos tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do recém-nascido, quando se estuda a mímica facial de dor e o choro, após punções capilares. Pode-se preconizar o uso desse recurso em neonatos saudáveis, que necessitam de um procedimento doloroso isolado, como punção capilar ou venosa ou injeção intramuscular (GUINSBURG, 2004).

Um importante aliado contra a dor e o estresse neonatal na UTIN é o Programa Método Canguru, do Ministério da Saúde, que incentiva o contato pele a pele precoce entre a mãe e o RNPT hemodinamicamente estável. A criança, vestindo apenas uma fralda, é colocada em contato com o corpo da mãe na posição vertical, na região torácica, entre os seios, durante o tempo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Para firmar a criança de uma maneira confortável contra o peito materno, é colocada uma faixa, imitando a bolsa do canguru. Dentre as inúmeras vantagens, o método contribui para estimular o desenvolvimento físico e emocional do RNPT, incentivar o forte apego mãe-filho, beneficiar à lactação e a amamentação; promover a redução do estresse e do choro; transmitir calma, segurança e serenidade ao bebê pelo som da voz materna e auxiliar na estabilização de parâmetros fisiológicos como o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura corporal do neonato (BRASIL 2002 apud LAGO et al., 2007).

De acordo com Lago et al (2007), a Academia Americana de Pediatria e a Sociedade Pediátrica Canadense (2000), através de uma declaração dirigida aos profissionais de saúde que cuidam de neonatos, reforçam que a dor é sempre estressante e recomendam que os profissionais de saúde e as instituições devam:

- Desenvolver e implementar políticas de cuidados de pacientes para avaliar, prevenir e controlar a dor e o estresse em recém-nascidos;
- Proporcionar uma base fisiológica para avaliação e controle da dor e do estresse neonatal vivenciados pela equipe;

- Reduzir a exposição do neonato ao estímulo lesivo e minimizar as reações adversas associadas;
- Recomendar o emprego de medidas não farmacológicas e farmacológicas eficazes e seguras que tragam alívio à dor e ao estresse.

Tamez e Silva (1999), citado por Lago et al. (2007), referem que:

[...] quando se presta um cuidado a um paciente adulto, antes de começar o paciente é questionado se está pronto para receber este cuidado. Em contraste, no cuidado do recém-nascido enfermo ou prematuro, abrimos as portinholas da incubadora a qualquer momento para que possamos seguir a lista de procedimentos que deverão ser realizados durante o plantão, sem nos darmos conta de que este paciente pequeno pode estar tentando nos dizer que não se sente bem, tem dor e que necessita de tempo para melhorar e estabilizar-se um pouco, antes de ter mais estresse com estes procedimentos.

## 4.6 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

A Resolução nº. 41/95, do Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalar, também reforça, em seu artigo 7º, “o direito do recém-nascido de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la”.

Segundo Guinsburg e Balda (2004), não há indicações absolutas para o emprego de analgésicos em recém-nascidos, sendo que a decisão a respeito de avaliar a dor do neonato deve ser individualizada, porém não esquecida.

Convém mencionar, que para o tratamento farmacológico da dor, deve-se considerar que a idade na farmacocinética das medicações. A eliminação de analgésicos acontece de maneira mais lenta nos neonatos quando comparados com crianças mais velhas e adultos, por esta razão, os recém-nascidos podem se tornar mais susceptíveis aos efeitos adversos dos agentes analgésicos, sendo necessária adequada dosagem e observação para o uso seguro de analgesia nesta faixa etária (OLKOLA; HAMUNEN, 2002 apud GASPARDO, 2006).

A administração de agentes farmacológicos tem como principal objetivo analisar a dor causada por procedimentos dolorosos e invasivos. Os agentes farmacológicos analgésicos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem sinais de alterações fisiológicas e de comportamento associados com o processo de dor (TAMEZ; SILVA, 1999).

### - Analgésicos Não Opióides

Paracetamol é o único medicamento desse grupo para uso neonatal, deve ser administrado na dose de 10 a 15 mg/kg/dose, via oral no RN e 10 mg/kg no prematuro, de preferência por via oral (COSTA; MARBA, 2005).

### - Analgésicos Opióides

Dentre os opióides os mais utilizados no período neonatal destacam-se a morfina a meperidina e o citrato de fentanil. (COSTA; MARBA, 2005)

- Anestésicos Locais

Os anestésicos locais deveriam ser usados para avaliar a dor associada aos procedimentos, o mais usado é a lidocaína (BOWDEN;GREENBERG, 2005).

- Sedação no Recém-Nascido

São agentes farmacológicos que diminuem a atividade, ansiedade e a agitação, mas não reduzem a dor. Dentre os sedativos disponíveis para o uso no RN destacam-se o hidrato de Cloral, os Barbitúricos e os Diazepínicos (COSTA; MARBA, 2005).



## 4.7 TRATAMENTO NÃO-FARMACOLÓGICO

O principal objetivo no manuseio da dor no paciente neonatal é a utilização de intervenções que venham minimizar a intensidade e a duração da dor. Podem ser utilizadas intervenções não-farmacológicas ou farmacológicas de acordo com a circunstância. Uma vez administrada a intervenção indicada, deve ser feita uma avaliação novamente da dor, 15 a 30 minutos após a intervenção, certificando-se da efetividade do tratamento administrado (TAMEZ; SILVA, 2006).

Usar a sucção não-nutritiva com o uso da chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto de recém-nascido, ajudando-o a se organizar após o estímulo agressivo, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais; tal recurso pode ser aplicado durante a realização de pequenos procedimentos, como, por exemplo, coleta de sangue (SEGRE, 2002).

Embora existam controvérsias a respeito do uso da chupeta em unidades neonatais e a sua associação com um possível desestímulo ao aleitamento materno, a sucção não nutritiva em pacientes prematuros e muito manipulados parece ser de grande utilidade na organização neurológica e emocional do recém-nascido após o estímulo agressor. Acredita-se que o seu emprego deva ser até estimulado de maneira seletiva, em populações neonatais específicas. (GUINSBURG, 1999).

Ainda, Guinsburg (1999) citado por Gasparly e Rocha (2004), a sucção não-nutritiva, está associada com o aumento na oxigenação, melhorando assim a respiração e o funcionamento intestinal. Além disso, a sucção inibe a hiperatividade e a intensidade do desconforto, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais; apesar de não reduzir a dor, ajuda o RN a se organizar após o estímulo doloroso.

Estudos em recém-nascidos a termo e prematuro mostram que, durante a coleta de

sangue, a solução adocicada diminui o tempo de choro e atenua a mímica facial de dor, comparada à água destilada e à própria sucção não-nutritiva. Dentre as várias soluções estudadas a de sacarose parece ser a mais efetiva, embora a glicosada também tenha poder analgésico. Assim, é possível recomendar o emprego clínico de soluções glicosadas (1,0ml a 25% ou 2,0ml a 12,5%), por via oral (administradas na porção anterior da língua), cerca de dois minutos antes de pequenos procedimentos, como punções capilares ou venosas. Deve-se lembrar que, o emprego da solução adocicada só reduz em cerca de 20% os escores de dor.

Na amamentação tem evidências recentes que demonstram, de fato, um robusto efeito analgésico da amamentação antes, durante e logo após a punção capilar em neonatos a termo. A extensão desse achado para recém-nascidos prematuros e/ou doentes vem sendo estudada (KOPELMAN et al., 2004).

## **5 ANÁLISE E RESULTADOS DOS DADOS**

Esta pesquisa está fundamentada em um estudo de caráter exploratório/descritivo, teórico com uma abordagem predominantemente qualitativa, tendo em vista seu propósito: buscar conhecimentos relacionados aos mecanismos fisiológicos envolvidos na dor do RNPT.

Desta forma, a amostra foi composta por 10 artigos, sendo analisados dados inerentes à temática, número de autores, profissão, periódicos de publicação, local e ano de publicação, tipo de pesquisa.

O presente estudo enfatizou a dor no RNPT, a fisiologia, as medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

**Quadro 1 - Distribuição dos Artigos por Número de Autores**

ARTIGOS	NÚMEROS DE AUTORES	PERCENTUAL
1. SOUSA, B.B.B.; SANTOS, M.H.; SOUSA, F.G.M. de.; GONÇALVES, A.P.F.; PAIVA, S.de S. <i>Avaliação da dor como instrumento para cuidar de recém-nascidos pré-termo</i>	<b>05</b>	20,83%
2.GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.R. <i>A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura</i>	<b>03</b>	12,50%
3.NÓBREGA, F. de S.; SAKAI, L.; KREBS, V.L.J. <i>Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal</i>	<b>03</b>	12,50%
4.GOUVEIA, P.M.C. de;SANTOS, A. de S.; NEMAN, F. <i>A enfermeira e a percepção da dor em recém-nascido</i>	<b>03</b>	12,50%
5. REICHERT, A.P.da S; SILVA, S.L.F; OLIVEIRA, J.M. <i>Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada</i>	<b>03</b>	12,50%
6.GASPARY,L.V.; ROCHA, I. <i>Intervenções não-farmacológicas para alívio da dor em recém-nascido prematuros (RNPT)</i>	<b>02</b>	8,33%
7.AYMAR, C.L.G. de; COUTINHO, S.B. <i>Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia</i>	<b>02</b>	8,33%
8.ALMEIDA, P. de C. <i>Dor no recém-nascido.</i>	<b>01</b>	4,17%
9.GUINSBURG, R. <i>Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido</i>	<b>01</b>	4,17%
10. ROCHA, K da S. <i>Humanização na UTI neonatal.</i>	<b>01</b>	4,17%
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100, 00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

Pode-se perceber no Quadro 1 que o artigo: 1. SOUSA, B.B.B.; SANTOS, M.H.; SOUSA, F.G.M. de.; GONÇALVES, A.P.F.; PAIVA, S.de S. *Avaliação da dor como instrumento para cuidar de recém-nascidos pré-termo*, conta com o maior número de autores, registrando 20,83%, totalizando assim um percentual de 79,17% em relação ao total de autores. Esse artigo objetivou analisar como mães e enfermeiros identificam a dor em RNPT e verificar se identificam os sinais de dor pela expressão facial.

Os autores concluíram que as mães identificaram melhor a dor pela expressão facial

do que as enfermeiras. A avaliação da dor deve ser preocupação da enfermeira, pois para o cuidado, aspectos como identificação de sinais algícos e sua caracterização são ferramentas para o cuidado ao RNPT. Sob esta perspectiva é preciso que os profissionais de saúde valorizem os relatos das mães e os sinais por elas identificados que dizem respeito às condições clínicas do RNPT.

**QUADRO 2 - Distribuição dos Artigos por Números de Autores**

<b>NÚMEROS DE AUTORES</b>	<b>QUANTIDADE DE ARTIGOS</b>	<b>PERCENTUAL</b>
03 Autores	<b>04</b>	40,00%
01 Autor	<b>03</b>	30,00%
02 Autores	<b>02</b>	20,00%
05 Autores	<b>01</b>	10,00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

**FONTE:** Biblioteca Batatais, 2009.

Apesar das dificuldades encontradas em selecionar os referidos artigos por números de autores, chega-se a um consenso e registra-se que os artigos com apenas 03 autores obtiveram um percentual de 40,00%; logo abaixo aparecem os artigos com 01 autor num percentual de 30,00%.

Embora, o tema em questão é de grande relevância por todos eles, principalmente por tratar de um RNPT, muitos profissionais relutavam em tratar a dor do recém-nascido (RN), alegando imaturidade neurológica, insensibilidade à dor, inexistência de memória, depressão do sistema respiratório na utilização de drogas e o receio de causar dependência química com uso de derivados opióides. Todavia, de acordo com a revisão de literatura, pode ser observado, que foi comprovado que o RNPT tem capacidade neurológica não apenas em perceber os estímulos dolorosos, como também de transmitir e integrá-los; e que nem todos os analgésicos ou anestésicos deprimem o centro respiratório, e a dependência advém do uso contínuo e prolongado de derivados opióides; desfazendo as crenças errôneas ou parcialmente adquiridas durante os tempos.

**Quadro 3 - Distribuição dos Artigos por Profissões dos Autores**

PROFISSÃO	QUANTIDADE DE ARTIGOS	QUANTIDADE DE AUTORES	PERCENTUAL
1. Enfermeira /Especialista em Enfermagem	06	16	60,00%
2. Médico em Pediatria, Saúde Mental e Puericultura e Pediatria.	03	07	30,00%
3. Fisioterapeuta	01	01	10,00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>24</b>	<b>100,00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

No que se refere à profissão dos autores, é notável que a maioria seja graduandos, Especialista em Enfermagem, com percentual de 60% e que também tiveram interesse sobre o tema em questão, embora tenhamos também os Doutorandos /Enfermagem / Medicina com um índice percentual de 30%% que investiram também na pesquisa sobre a importância da assistência de enfermagem na interação RNPT e pais UTIN, além de termos também 01 fisioterapeuta percentual de 10%. É possível perceber que os profissionais dedicaram com afinco a investigar sobre o referido tema.

**QUADRO 4 - Periódicos de Publicação.**

PERIÓDICOS	NÚMERO DE ARTIGOS	PERCENTUAL
1. Revista Nursing.	02	20,00%
2. Jornal de Pediatria	02	20,00%
3. Revista Brasileira Terapia Intensiva	01	10,00%
4. Revista Intensiva	01	10,00%
5. Revista de Medicina (FMUSP)	01	10,00%
6. Periódico Texto & Contexto de Enfermagem	01	10,00%
7. Revista de Pediatria Moderna	01	10,00%
8. Revista Técnica de Enfermagem - Nursing	01	10,00%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

Pode-se observar no Quadro 4 que houve um percentual de 20,00% dos artigos apresentados são publicados pela Revista - *Nursing* e 20,00% publicados pelo Jornal de Pediatria, artigos estes voltados para a atualização dos especialistas em Enfermagem, visando à capacitação dos enfermeiros para a vivência neste mundo globalizado, utilizando as novas tecnologias e exercendo a cidadania e esta é condição necessária para aprimorar esta profissão.

**QUADRO 5 - Local de Publicação**

PERIÓDICOS	LOCAL DE PUBLICAÇÃO	QUANTIDADE	PERCENTUAL
1. Revista <i>Nursing</i>	São Paulo	02	20,00%
2. Jornal de Pediatria	Rio de Janeiro	02	20,00%
3. Revista Brasileira Terapia Intensiva	Recife	01	10,00%
4. Revista Intensiva	São Paulo	01	10,00%
5. Revista de Medicina (FMUSP)	São Paulo	01	10,00%
6. Periódico Texto & Contexto de Enfermagem	Florianópolis	01	10,00%
7. Revista de Pediatria Moderna	Rio de Janeiro	01	10,00%
8. Revista Técnica de Enfermagem - <i>Nursing</i>	Rio de Janeiro	01	10,00%
<b>TOTAL</b>		<b>10</b>	<b>100,00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

Analisando o Quadro 5, nota-se que dos 8 periódicos apresentados, o maior número de escritores está concentrado no Sudeste do Brasil, em especial nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, com 08 Artigos, com percentual de 80,00%, onde os estudos e pesquisas são efetuados com maior frequência e as pesquisas de campo visam contemplar a ansia por conhecimentos de acadêmicos e docentes de Universidades/Faculdades de Medicina e Enfermagem. Foram encontrados poucos estudos com relevância ao tema questionado em publicações de apenas 01 artigo (10,00%) em Recife (Região Nordeste do Brasil), e 10,00% em Florianópolis (Região Sul).

Mediante análise dos referidos artigos, observa-se que os trabalhos publicados sobre *A Dor no Recém-Nascido Pré-Termo*, vários autores reconhecem que o conhecimento

científico deva ser introduzido na prática assistencial de maneira a ser absorvido por todos os profissionais que atuam com estes bebês, facilitando assim o acesso à literatura específica.

**QUADRO 6 - Ano de Publicação**

<b>ANO DE PUBLICAÇÃO</b>	<b>QUANTIDADE DE ARTIGOS</b>	<b>PERCENTUAL</b>
2008	<b>02</b>	<b>20,00%</b>
2005	<b>02</b>	<b>20,00%</b>
2007	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
2006	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
2004	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
2003	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
2000	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
1999	<b>01</b>	<b>10,00%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>100,00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

Os resultados apurados indicam que, de um modo geral, os anos de 2008 e 2005 apresentam um alto nível de publicações, com referência ao tema em questão com percentual de 40,00%. Pode-se observar que os demais anos registrados tiveram um percentual pouco acentuado de 10,00% separadamente, pois este tema em estudo requer novas pesquisas a cada ano que passa.

**QUADRO 7 - Tipo de Pesquisa**

<b>TIPO DE PESQUISA</b>	<b>QUANTIDADE DE ARTIGOS</b>	<b>PERCENTUAL</b>
1. Qualitativa	<b>05</b>	<b>50,00%</b>
2. Quantitativa	-	-
3. Quanti-Qualitativa	<b>05</b>	<b>50,00%</b>
<b>TOTAL</b>		<b>100,00%</b>

FONTE: Biblioteca Batatais, 2009.

Com referência ao tipo de pesquisa encontrada nos artigos apresentados, pode-se notar



que houve um percentual de 50,00% dos autores os quais optaram pela Qualitativa; uma vez que esse tipo de pesquisa de cunho qualitativo, de um modo geral, exige a realização de entrevistas, quase sempre longas e semi-estruturadas. Nesses casos, a definição de critérios segundo os quais serão selecionados os sujeitos que vão compor o universo de investigação é algo primordial, pois interfere diretamente na qualidade das informações a partir das quais será possível construir a análise e chegar à compreensão mais ampla do problema delineado. A descrição e delimitação da população base, ou seja, dos sujeitos a serem entrevistados, assim como o seu grau de representatividade no grupo social em estudo, constituem um problema a ser imediatamente enfrentado, já que se trata do solo sobre o qual grande parte do trabalho de campo será assentado. Enquanto que 50,00% optaram pela Quanti-Qualitativa, trata de estudos abrangentes ligados aos conjuntos maiores ajudando a compreender os elementos da pesquisa revelando suas limitações consideradas com opções na definição de alternativas das investigações. Só têm sentido dentro de um enfoque epistemológico na qual são elaboradas ou utilizadas.

## 6 DISCUSSÃO

Vários são os instrumentos descritos na Revisão de Literatura para a avaliação da dor no recém-nascido, baseado em alterações fisiológicas e comportamentais. Os parâmetros fisiológicos não são específicos para a dor, mas podem ser observados após um estímulo agressivo (o aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão arterial sistólica, a queda da saturação de oxigênio e as alterações hormonais).

Por outro lado, a avaliação comportamental do neonato é feita através da observação da expressão facial, da movimentação corporal, do choro, das alterações do sono e, até mesmo, das alterações na relação mãe-filho. Outros autores descrevem irritabilidade, letargia, distúrbios do padrão do sono e inquietação como modificações a serem registradas.

As alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do recém-nascido: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa. Alguns estudos sugerem que as respostas comportamentais à dor são mais consistentes e específicas que as medidas fisiológicas. O recém-nascido também pode apresentar rigidez de tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades. Isso, entretanto, não aparece exclusivamente como uma expressão de dor, podendo ser encontrada em estímulos apenas desagradáveis.

O choro é um alerta de que algo está errado, podendo, ou não, estar associado à dor. Durante a dor, o choro possui uma fase expiratória mais prolongada e tem sua durabilidade aumentada. Outros fatores, contudo, dificultam a avaliação do choro: a falta de habilidade em distinguir o tipo de choro, o tubo oro-traqueal, a fome e o desconforto. Por outro lado, há relato que 50% dos recém-nascidos não choram frente a um estímulo doloroso.

Nesta pesquisa, nota-se que todos os profissionais identificaram procedimentos

dolorosos e indicaram terapêutica com drogas. Abordagens farmacológicas e não farmacológicas podem ser utilizadas e a maioria das revisões sobre o tratamento da dor enfatiza o uso simultâneo de ambas. As intervenções não farmacológicas objetivam, principalmente, prevenir a intensificação de um processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação, ou seja, minimizar as repercussões da dor. Podem ser utilizadas individualmente nas dores de leve intensidade, porém deverão ser acrescidas às intervenções farmacológicas frente à dor moderada ou severa, administradas mesmo antes de se apresentarem sinais. O ambiente pode ser adaptado para diminuir o efeito nocivo ao recém-nascido, como a redução da luminosidade, do barulho e do manuseio. Deve-se, também, concentrar as atividades com o neonato de modo a permitir períodos mais prolongados de sono. Isso favorecerá a prevenção e o controle da dor. Outros autores indicam a contenção do recém-nascido em um ninho improvisado para promover a sua organização comportamental. O toque e o contato físico também acalmam. A estimulação sensorial poderá ser útil como, por exemplo, o uso da música, a fala suave, as massagens e o estímulo visual. O emprego da sucção não nutritiva através da chupeta em unidades neonatais inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica e emocional do neonato após o estímulo agressor. O uso de glicose por via oral no momento da realização de coleta sanguínea, da injeção subcutânea ou da imunização pode atenuar a expressão facial de dor e diminuir o tempo de choro. Novos estudos, porém, ainda são necessários para que sua eficácia seja comprovada e para que sejam estabelecidas doses e concentrações ideais para sua administração. A utilização de agentes farmacológicos deve ser considerada em todos aqueles recém-nascidos portadores de doenças potencialmente dolorosas, e recém-nascidos submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não. Dentre os fármacos utilizados para a dor na fase neonatal, temos os analgésicos locais (como a lidocaina em adição ao analgésico); analgésicos não opióides e os opióides, sedativos.

De acordo com a análise realizada evidencia que a maioria das profissionais em enfermagem, reconhece que o recém-nascido sente dor, através de manifestações comportamentais como: choro, agitação, expressão facial, irritabilidade e manifestações físicas como: encolher as pernas, arrepios, retorção. Foi possível verificar que a conduta mais utilizada pelos enfermeiros frente ao RNPT com dor foi o uso de medicações prescritas.

No entanto, conforme a literatura o uso isolado de fármacos torna-se insuficiente para alívio da dor. Dentre as pesquisas realizadas encontra-se condutas como: o método mãe-canguru, que oferece carinho e conforto ao neonato, ambiente aconchegante, mudanças de decúbito posicionamentos, sucção não-nutritivas, são algumas das condutas não-farmacológicas utilizadas pelos mesmos dessa UTI Neonatal para o alívio da dor em recém-nascidos.

A dificuldade na definição de dor no RNPT é de maneira geral expressada pelos profissionais de saúde como não favorável para implementação de uma assistência adequada, pois entendem que o fato de se ter claro o que é a dor para o recém-nascido, bem como a adoção de uma abordagem não medicamentosa da mesma proporcionará um cuidado mais humanizado ao neonato.

A enfermagem ocupa uma posição ideal na avaliação da dor nos RNPT, podendo influenciar no seu manejo e até evitar a ocorrência de alguns procedimentos dolorosos.

## 7 CONCLUSÃO

Segundo Silva et al., citado por Aymar (2008), “a dor deve ser valorizada como sendo o quinto sinal vital e avaliada de maneira sistematizada também no recém-nascido”.

A impossibilidade de verbalização do RNPT em transmitir a dor, tem como significado o desconforto e sofrimento, onde o faz ser dependente de seu cuidador, detectar e interpretar de forma singular as alterações fisiológicas e comportamentais a cada procedimento doloroso.

A implementação das escalas para medida da dor tem como obstáculo a falta de conhecimento técnico-científico para sua implementação, dificultando a intervenção no tratamento da dor ao RNPT.

No contexto enfatizou-se a UTIN por se tratar de um ambiente de inúmeras causas de estresse neonatal devido maior número de manipulações e procedimentos dolorosos.

O tratamento da dor RNPT deve ser tratado como as doenças próprias do período neonatal, sendo farmacológico ou não farmacológico.

Acredita-se que é de suma importância que a equipe de enfermagem saiba interpretar o momento que o RNPT sente dor, para que possa diminuí-la tornando a assistência mais humanizada evitando que o sofra.

Foi realizado uma revisão de literatura através de dados no Lilacs, Bireme no período de 1999 à 2008 sendo selecionado e utilizado artigos com este estudo, chega-se a conclusão que a equipe de enfermagem tem que ser capacitada para identificar as mudanças fisiológicas e comportamentais do RNPT durante os procedimentos dolorosos e a conduta da equipe de enfermagem torna-se importante neste contexto para lidar de forma mais sensível e conscientizar a importância de amenizar a dor no RNPT tornando assim a assistência mais humanizada.

Em 2004 a Organização Mundial da Saúde (OMS), instituiu o tratamento da dor como direito humano importantíssimo. (Souza, 2002), citado por Silva (2008).

**Figura 3 - Assistência Humanizada**



**Fonte:** Disponível em: <[http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor\\_neonatal.ppt.htm](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor_neonatal.ppt.htm)>. Acesso em: 21 Out. 2009.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AYMAR, C.L.G. de; COUTINHO, S.B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Recife, v. 20, nº. 4, p. 405-410, 2008.

ALMEIDA, P. de C. Dor no recém-nascido. *Revista Pediatria Moderna*, Rio de Janeiro, v. XLI, nº. 3, p. 118-126, 2005.

BOWDEN, V. A.; GREENBERG, C. S. *Procedimentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

COSTA, H. de P. F.; MARBA, S. T. *O recém - nascido de muito baixo peso*. São Paulo: Atheneu, 2005. (Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Neotologia).

GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.R. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 81, nº. 6, p. 435-442, 2006.

GASPARY, L.V.; ROCHA, I. Intervenções não-farmacológicas para alívio da dor em recém-nascido prematuros (RNPT). *Revista Nursing*, São Paulo, v. 79, nº. 7, p. 47-50, dez. 2004.

GOUVEIA, P.M.C. de; SANTOS, A. de S.; NEMAN, F. A enfermeira e a percepção da dor em recém-nascido. *Revista Nursing*, São Paulo, v. 63, nº. 6, p. 33-36, ago. 2003.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, v. 75, nº. 3, p. 149-160, 1999.

HOCKENBERRY, M. J. *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

KOPELMAN, B. I.; SANTOS, A. M. N. dos. et al. *Diagnóstico e tratamento neonatologia*. São Paulo: Atheneu, 2004.

LAGO, C. W.; FERREIRA, G. G.; LIMA, J. B. (Org); RIBEIRO, S. F. F. de; VIDAL, V. P. S. *Avaliação e Manejo da Dor Neonatal no Contexto da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal*. Brasília – 2007. Monografia (Graduação no Curso de Bacharelado em Enfermagem) –Departamento de Enfermagem – Instituto de Ciências da Saúde-Universidade Paulista – DF.

NÓBREGA, F. de S.; SAKAI, L.; KREBS, V.L.J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Medicina*, São Paulo (FMUSP), v. 86, nº. 4, p. 201-206, out./ dez. 2007. (Artigos Médicos).

MARGOTTO, P. R. Dor neonatal analgesia/sedação. In: \_\_\_\_\_. *Assistência ao recém-nascido de risco*. 2. ed. Brasília: Pórfiro; 2004.

REICHERT, A.P.da S; SILVA, S.L. F; OLIVEIRA, J.M. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. *Revista Técnica de Enfermagem - Nursing*, Rio de Janeiro, ano 3, nº.30, p. 28-30, nov. 2000.

SEGRE, C. A. M. *Perinatologia fundamentos e prática*. São Paulo: Sarvier, 2002.

SILVIA, R.H. A dor: visão de uma equipe de enfermagem em relação à dor como quinto sinal vital. *Revista Intensiva*, São Paulo, ano 4, nº. 16, p.29, out./ nov. 2008.

SEGRE, C. A. M. *Perinatologia fundamentos e prática*. São Paulo: Sarvier, 2002.

SOUSA, B.B.B. SANTOS, M.H.; SOUSA, F.G.M. de.; GONÇALVES, A.P.F.; AIVA, S.de S. Avaliação da dor como instrumento para cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Periódico Texto & Contexto de Enfermagem*, Florianópolis, nº. 15 (Esp.), p.88-96, 2006.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. *Enfermagem na UTI Neonatal - Assistência ao recém-nascido de alto risco*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

VIEIRA, M. *Dor neonatal*. HRAS - SES. Disponível em:  
<[http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor\\_neonatal.ppt](http://www.paulomargotto.com.br/documentos/dor_neonatal.ppt)>. Acesso em: 10 nov. 2009.