

**ARTIGO ORIGINAL****Atuação do enfermeiro na monitorização da dor de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal**

Performance of the nurse in monitoring pain in preterm neonatal intensive care units

Milene da Silva Rodrigues¹, Glêmia Ferreira da Silva²**RESUMO**

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um local onde o recém-nascido é exposto a estímulos nocivos ao seu desenvolvimento e recuperação, como a dor, estresse, luz forte, ruídos intensos, procedimentos invasivos e dolorosos e variações térmicas, além de permanecer separado de sua mãe. Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica descritiva. As bases de dados selecionadas foram: LILACS e MEDLINE. Foram encontrados 45 artigos e após o refinamento utilizou-se 30 artigos, incluiu 2 anais, e 2 Livros. Emergiram as categorias temáticas: Recém-nascido prematuro, procedimentos que causam dor nas terapias intensivas neonatais, Parâmetros Fisiológicos e Comportamentais que Sofrem Alterações com a Dor, Principais Instrumentos Utilizados para a Avaliação da Dor no Prematuro, O enfermeiro na avaliação da dor no prematuro, terapias analgésicas utilizadas nas unidades de terapia intensiva neonatal. Este estudo evidenciou que devem ser realizados novos estudos para adequá-los às situações e para estabelecer os intervalos entre a aplicação das escalas de forma a facilitar sua utilização para oferecer melhor assistência e proporcionar qualidade de vida aos recém-nascidos que necessitem de cuidados especiais.

Descritores: Avaliação da dor, Prematuro. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem, Monitoramento.

¹Enfermeira pela Faculdade Pitágoras. Especialista em Enfermagem do Trabalho pelas Faculdades Integradas de Jacarepaguá. Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente e Supervisora de Estágio da Faculdade Ciências da Vida e do Centro de Estudos III Millenium. Email: milenesilvarodrigues@yahoo.com.br

²Enfermeira pela Faculdade Ciências da Vida. Enfermeira Supervisora da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Irmandade Nossa Senhora das Graças. Email: fglemia@gmail.com

ABSTRACT

Neonatal Intensive Care Unit is a place where the baby is exposed to noxious stimuli to their development and recovery, such as pain, stress, bright light, loud noise, invasive and painful procedures and thermal variations, and remain separated from his mother. This is a descriptive literature review. The selected databases were: MEDLINE and LILACS. We found 45 articles and after the refinement we used 30 items, included two anal and two books. The thematic categories emerged: Premature infant, procedures that cause pain in the neonatal intensive care units, Physiological Parameters and Behavioral Changes to suffer with the pain, Major Instruments Used for Evaluation of Pain in Premature, The nurse in the assessment of pain in premature analgesic therapies used in neonatal intensive care units. This study showed that further studies should be performed to adapt them to situations and to establish the intervals between the application of scales in order to facilitate its use to provide better care and provide quality of life for newborns who require care special.

Descriptors: Evaluation of pain, Premature. Neonatal Intensive Care Units, Nursing, Monitoring.

INTRODUÇÃO

Quando uma criança nasce prematuramente, ou seja, antes de completar 37 semanas de idade gestacional, em alguns casos, nasce em condições clínicas desfavoráveis, que muitas vezes exigirá um cuidado especial que é dispensado nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) por um período indeterminado¹.

A tecnologia avançada utilizada nos dias de hoje é capaz de detectar problemas relacionados aos recém-nascidos (RN) e auxiliam no aumento da sobrevivência desses clientes. Igualmente crescente é o número de manipulações e procedimentos que podem causar dor e alterar o sistema orgânico do recém-nascido².

A UTI Neonatal é um local onde o recém-nascido é exposto a estímulos

nocivos ao seu desenvolvimento e recuperação, como a dor, estresse, luz forte, ruídos intensos, procedimentos invasivos e dolorosos e variações térmicas, além de permanecer separado de sua mãe. Pensando nisso, os autores concordam que os procedimentos em uma UTI Neonatal devem ser realizados de forma mais humanizada possível para gerar o mínimo de desconforto ao recém-nascido e reduzir a distância entre pais e filho³.

Ao ser admitido em uma UTI Neonatal, são realizados procedimentos com o recém-nascido prematuro que são possíveis de causar dor, como por exemplo, intubação, aspiração do tubo orotraqueal, punção de acesso venoso, drenagem torácica, punção arterial para realizar exames laboratoriais².

A criação de instrumentos para avaliar a dor se fez necessária pela importância de se controlar de

maneira sistemática e efetiva esse fenômeno comum nas unidades intensivistas. Para que sejam aplicadas de forma apropriada e uniforme para alcançar o seu objetivo, é fundamental o treinamento e atualização da equipe⁴.

Os profissionais que prestam assistência em Unidades Neonatais devem priorizar medidas de alívio da dor em todo procedimento a ser realizado como uma parte do planejamento da assistência².

A dor no recém-nascido é um tema recente na área da neonatologia que tem se destacado no contexto da promoção da assistência humanizada para melhorar o desenvolvimento do neonato⁵.

A prematuridade representa a antecipação do momento ideal da realização do parto que deve ser entre 37 e 41 semanas e seis dias de idade gestacional, contados a partir do primeiro dia da última menstruação⁶.

Após o nascimento, os recém-nascidos prematuros que apresentam patologias que colocam sua vida em risco são muitas vezes manipulados excessivamente para condutas terapêuticas possíveis de causar dor e desestruturar seu sistema orgânico em desenvolvimento².

Quando recém-nascidos prematuros necessitam de cuidados especiais para sua sobrevivência são

retidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e submetidos a vários procedimentos dolorosos por dia, que muitas vezes, são nocivos para seu sistema fisiológico em desenvolvimento⁶.

Este trabalho problematiza as dificuldades enfrentadas pelo profissional enfermeiro para monitorizar a dor de recém-nascidos prematuros retidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, uma vez que a atuação deste profissional na identificação da dor em seres pré-verbais é uma medida necessária para se propor um efetivo controle e reduzir o desequilíbrio no desenvolvimento normal, bem como complicações hemodinâmicas endócrino-metabólicas, afetivas e comportamentais no recém-nascido⁴.

Este estudo tem como objetivo descrever a atuação do enfermeiro na monitorização da dor dos recém-nascidos prematuros retidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica descritiva. A pesquisa descritiva ressalta, armazena, avalia e cruza acontecimentos ou fatos sem manipulá-los. Pesquisa a constância com que um acontecimento ocorre,

as suas conexões e propriedades no planeta físico ou humano, sem a interposição do pesquisador. Objetiva definir mais perfeito o problema, delinear o comportamento dos acontecimentos, determinar e rotular fatos e variáveis, sem a pretensão de explicá-los⁷.

As bases de dados selecionadas foram: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) MEDLINE (Literatura Internacional da área Médica e Biomédica), acessado pela BIREME (Centro Latino Americano e do Caribe de Informações de Ciências em Saúde).

Para a busca utilizou-se, os descritores: Avaliação da dor, Prematuro, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Enfermagem, Monitoramento.

Tabela 01 – Análise das seleções dos artigos

<i>Estratégia de busca (BVS)</i>	<i>Base de dados</i>		<i>Seleção</i>	
	LILACS	MEDLINE	<i>Selecionados 1ª fase</i>	<i>Selecionados 2ª fase</i>
1ª busca <i>Avaliação da dor and Prematuro</i>	05	00	03	02
2ª busca <i>Avaliação da dor and Unidades de Terapia Intensiva Neonatal</i>	05	01	04	04
3ª busca <i>Avaliação da dor and Enfermagem</i>	26	03	24	22
4ª busca <i>Avaliação da dor and Monitoramento</i>	04	01	02	02
TOTAL	40	05	33	30

(Fonte: dados da pesquisa, 2011).

Foram incluídos artigos publicados entre o período de 2005 a 2011; artigos originais e de revisão, publicados no idioma português.

Para a seleção dos artigos foi realizadas duas fases: a 1ª fase feito a leitura do título e do resumo e a 2ª fase realizado leitura do artigo completo na integra.

Na tabela 1 apresenta-se a análise das seleções dos artigos. Foram encontrados 45 artigos e após o refinamento delineado utilizou-se 30 artigos, incluiu 2 anais e 2 Livros.

Procedimentos que causam dor nas terapias intensivas neonatais

A permanência de um recém-nascido em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal o expõe a estímulos nociceptivos como a dor, estresse, ruídos de equipamentos e conversas de funcionários, manuseio excessivo e procedimentos invasivos dolorosos. Muitas deficiências no desenvolvimento normal do recém-nascido podem ser evitadas ou minimizadas com a identificação de situações estressantes e intervenções rápidas³.

Até a década de 1970, os recém-nascidos eram considerados seres incapazes de perceber sensações dolorosas o que os fizeram ser, por vezes, submetidos a procedimentos que causavam dor sem a utilização de analgesia⁸. Com o desenvolvimento do conhecimento acerca da fisiologia da dor no recém-nascido, estudos atuais comprovam que a partir da trigésima semana gestacional as estruturas de percepção à dor já são funcionais, o que não exclui a possibilidade de ocorrência de dor em idades gestacionais menores⁹.

A equipe de enfermagem deve ser orientada a considerar a dor como quinto

sinal vital que deve ser incluído, com a mesma importância e frequência dos demais na prática diária, para que se possa oferecer uma assistência qualificada ao paciente com dor, como um passo dado em busca de um atendimento humanizado que garanta ao cliente o controle da dor¹⁰.

O estresse como um desequilíbrio entre o recém-nascido e o ambiente e define a dor como uma experiência pessoal, multidimensional, complexa mensurada através de componentes sensoriais, afetivos, cognitivos, sociais e comportamentais¹¹.

Prolongar o tempo de manipulação dos recém-nascidos pré-termos pode causar consequências em seu desenvolvimento, retardar sua recuperação, aumentar o tempo de internação e o risco de adquirir infecções, além de submetê-los ao estresse provocado pelo tempo insuficiente para o descanso e repouso¹².

Intubação orotraqueal, punção de acesso venoso, punção arterial para coleta de exames, punção lombar, aspiração de cânula endotraqueal, utilização de pronga nasal, ventilação mecânica, drenagem torácica, punção de calcâneo, dissecação venosa, cateterização da veia umbilical e sondagens são procedimentos dolorosos que recém-nascidos de risco são normalmente submetidos durante

sua permanência nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal em uma fase de grande instabilidade e adaptação ao meio extra-uterino¹³.

Um estudo realizado na Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 2005 com 52 recém-nascidos demonstrou que em 1.549 procedimentos dolorosos a que os recém-nascidos foram submetidos, apenas 816, ou seja, 69,2% receberam alguma medida de alívio da dor para sua realização¹⁴.

Parâmetros fisiológicos e comportamentais que sofrem alterações com a dor

A avaliação da dor no recém-nascido é difícil de ser executada devido a sua subjetividade que coloca dúvidas quanto a sua presença, porém sua existência pode ser confirmada por sinais sugestivos associados a uma possível condição dolorosa. Os autores completam que outra dificuldade encontrada é o limitado repertório comportamental apresentado pelo neonato para expressar suas necessidades, como a de analgesia por exemplo⁸.

Os indicadores fisiológicos mais utilizados na avaliação da dor são: frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e dosagens hormonais. A grande dificuldade é que esses indicadores podem estar relacionados a outro estímulo ou patologia. Apesar de serem úteis para a avaliação da dor na prática clínica, não podem ser utilizados de forma isolada para concluir a ocorrência de dor e a necessidade de analgesia¹⁵.

O uso isolado de alterações da frequência cardíaca e respiratória como parâmetro de identificação da presença ou não de dor não se mostra válida quando um recém-nascido prematuro é submetido a procedimentos dolorosos¹³.

A saturação de oxigênio de recém-nascidos prematuros pode sofrer alterações pelo estado comportamental e pelas condições pulmonares, o que exige maior atenção do avaliador⁶. Após um estímulo doloroso, o recém-nascido prematuro apresenta queda acentuada e consistente da saturação de oxigênio¹³.

Ao ser submetido a um procedimento doloroso, o recém-nascido apresenta algumas reações comportamentais, que são principalmente relacionadas ao choro, à atividade motora e a mímica facial, além do estado

de irritabilidade e agitação associadas ao desconforto¹⁶. Estes indicadores podem não ser fidedignos em recém-nascidos portadores de distúrbios neurológicos ou que estejam em uso de sedativos¹¹.

Existe um choro específico de dor. A dificuldade encontrada em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal vai além da distinção do tipo de choro, doloroso ou não, pois muitos recém-nascidos estão intubados e não podem vocalizar o choro, nestes casos, as autoras propõem a utilização da movimentação facial associada ao choro¹⁵.

A atividade motora de recém-nascidos prematuros retidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal é um parâmetro de difícil confiabilidade, uma vez que pode ser influenciada pelo estado de imobilização que o neonato se encontra, por drogas e/ou doenças no sistema nervoso central⁸.

A expressão facial é considerada a resposta comportamental de maior valor na avaliação da dor neonatal. As alterações da mímica facial são: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada horizontal ou verticalmente, tremor de queixo e língua tensa¹⁵.

Algumas literaturas trazem a consolabilidade e a cor da pele como

respostas comportamentais indicativas de dor no recém-nascido. A consolabilidade é um estado geral de conforto que permite ao recém-nascido descansar e dormir, também a cor da pele não se torna uma resposta específica de presença ou não de dor, pois pode estar associada a patologias respiratórias ou cardíacas¹⁷.

É muito importante identificar a dor e tomar a devida providência analgésica, uma vez que são conhecidos seus efeitos deletérios na saúde e recuperação do recém-nascido¹³.

Cicatrizes psicológicas podem marcar a passagem de recém-nascidos prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal pelos vários procedimentos dolorosos a que são submetidos, o que pode interferir no relacionamento com a mãe e no padrão alimentar do recém-nascido que permanece dormindo por um período prolongado em um mecanismo de fuga ao ambiente agressor¹⁵.

Principais instrumentos utilizados para a avaliação da dor no prematuro

Antes que um instrumento de avaliação de dor faça parte da rotina de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os profissionais

de saúde envolvidos na assistência devem estar aptos a diferenciar a dor da agitação causada por algumas doenças, devem saber que a dor pode ser mascarada por condições neurológicas, gravidade da doença, bloqueadores musculares e sedativos, e que a prematuridade exige uma avaliação especial⁶.

Os instrumentos utilizados para mensurar a dor de recém-nascidos podem ser multidimensionais, que consideram alterações comportamentais e fisiológicas, ou unidimensionais, que avaliam apenas uma das duas respostas⁶.

A Neonatal Facial Coding System (NFCS), a *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS) e a *Prematuro Infant Pain Profile*

(PIIP) são as escalas mais utilizadas no período neonatal¹¹.

A *Neonatal Facial Coding System* (NFCS). Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal é uma escala unidimensional desenvolvida para avaliar a dor em recém-nascidos pela observação. São avaliadas características comportamentais, mais especificamente, a expressão facial. Sua pontuação máxima é oito pontos e é considerado dor quando o resultado for igual ou maior que três até o final da avaliação¹¹.

TABELA 1

Escala de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS)

Movimentação Facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	ausente	presente
Fenda palpebral estreitada	ausente	presente
Sulco naso labial aprofundado	ausente	presente
Boca aberta	ausente	presente
Língua tensa	ausente	presente
Protusão de língua	ausente	presente
Tremor de queixo	ausente	presente

Fonte: Adaptado de Viana, Dupas e Pedreira (2006).

A Escala *Behavioral Indicators of Infant Pain* (BIIP) é uma escala de indicadores comportamentais de dor no

recém-nascido que resultou de uma alteração da NFCS, em que foi incluído o estado de alerta e a movimentação

das mãos com o objetivo de tornar esta avaliação mais confiável¹⁵.

A Escala de Dor *Neonatal Infant Pain Score* (NIPS) é uma escala multidimensional que avalia características comportamentais e fisiológicas de recém-nascidos a termo e prematuros. É um

instrumento específico e válido para avaliação da dor neste público, composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico. A presença de dor é considerada quando a soma da pontuação é superior a três¹¹.

TABELA 2

Escala de Dor para Recém-nascidos-*Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS)

Indicador	0 Ponto	1 Ponto	2 Ponto
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Regular	Diferente da basal	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxadas	Fletidas/estendidas	-
Estado de alerta	Dormindo e/ou calmo	Agitado e/ou irritado	-

Fonte: Adaptado de Nicolau *et al.*, 2008.

O autor descreve uma solução já que a avaliação do choro em crianças intubadas não é possível, dobra-se o valor dos pontos da expressão facial e não avalia o choro quando utilizar a escala NIPS. Para essas autoras, a dor é considerada quando o resultado for igual ou superior a quatro¹⁵.

Já esses autores consideram dor forte se a pontuação estiver entre 6 e 7; moderada entre 3 e 5; fraca 1 ou 2 pontos e ausente se igual a zero¹⁸.

A Escala *Crying, Requires of oxygen for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness* (CRIES) é uma escala para avaliação de recém-nascidos no pós-operatório. Sua pontuação máxima é de dez pontos e resultado igual ou maior que cinco pontos indicam ocorrência de dor¹⁸.

TABELA 3

Escala CRIES de dor para recém-nascidos operados

Parâmetro	0	1	2
Choro	ausente	alta tonalidade	inconsolável
FiO ₂ para Sat. O ₂ 90%	21%	21 a 30%	>30%
FC pré e pós operatória	mantida	até 20%	superior a 20%
Expressão facial	relaxada	careta esporádica	contraída
Sono	normal	intervalos curtos	ausente

Fonte: Adaptado de Dupas, Viana e Pedreira (2006).

Nota: FiO₂: Frequência Inspiratória de oxigênio.

A Escala de Dor *Prematuro Infant Pain Profile* (PIIP) é utilizada para avaliar a ocorrência de dor aguda em recém-nascidos em procedimentos. O RN é observado antes e após o procedimento e são avaliadas: a idade gestacional, o estado de alerta, a frequência cardíaca, saturação de oxigênio e expressões faciais. Sua pontuação vai de zero a 21 pontos, sendo considerado dor leve resultados acima de seis e menores que doze que já é um indicativo de dor moderada ou intensa¹⁹.

O SCAFN (Sistema de Codificação da Atividade Facial) avalia as alterações dos movimentos faciais frente a um estímulo doloroso levando em conta a presença ou ausência dos seguintes movimentos faciais: fronte saliente; olhos espremidos; sulco naso-labial aprofundado; lábios entreabertos; boca esticada; lábios franzidos; língua tensa, protrusa e esticada

e tremor do queixo. Para cada um dos itens, quando presente, é atribuído um ponto, sendo o escore máximo de oito pontos. Considera-se a presença de dor quando a pontuação é superior a dois. O SCAFN permite a observação da expressão facial de forma não invasiva e constitui um dos pontos mais importantes para o estudo da dor no recém-nascido²⁰.

A *Distress Scale for Ventilated Newborn Infant* (DSVNI) é a escala de Dor/Estresse para Recém-Nascidos ventilados. A dor em recém-nascidos sob ventilação mecânica é contínua e intermitente e a DSVNI foi o primeiro instrumento testado para a avaliação da dor nessas condições⁶.

O enfermeiro na avaliação da dor no prematuro

Os profissionais envolvidos com o cuidado ao recém-nascido devem estar atentos para a decodificação da linguagem dessa faixa etária, a fim de que possam diminuir o sofrimento desses pacientes, uma vez que há evidências científicas para indicar que o neonato sente dor e que a dor pode ter repercussões orgânicas e emocionais que comprometem o seu bem-estar em curto prazo e que podem modificar a organização do sistema nociceptivo, além de potencializar a suscetibilidade destes pacientes a alterações cognitivas, psicossomáticas e psiquiátricas na infância e na adolescência¹⁵.

A dor é um desafio para o cuidado de enfermagem e de saúde e que a atenção dispensada aos recém-nascidos envolve o conforto e o controle da dor. Os autores reforçam a importância da valorização dos relatos feitos pelas mães a respeito de sinais clínicos identificados por elas e que a interação entre profissionais da área da saúde e a mãe contribui para uma assistência integral, humanizada e de qualidade. A pessoa envolvida no cuidado ao recém-nascido pré-termo deve estar atenta e ser sensível aos sinais de dor emitidos pelos neonatos a fim de intervir quando necessário²⁰.

A qualidade do cuidado de enfermagem prestado ao recém-nascido está ligada com a avaliação da dor que é o primeiro passo do processo de enfermagem, pois as demais fases dependem de sua realização adequada²¹.

A avaliação da dor deve ser uma função atribuída a todos os profissionais que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal que devem possuir sensibilidade diante da possibilidade do recém-nascido sentir dor e aplicar escalas de avaliação que facilitem a identificação da ocorrência de dor⁸.

Corroborando com o autor acima citado, todos profissionais envolvidos na assistência ao recém-nascido prematuro retido em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal devem estar atentos a sinais sugestivos de dor como no caso dos fisioterapeutas que aspiram o tubo orotraqueal e vias aéreas, posicionam o RN intubado, colocam e retiram fixações, que são procedimentos que podem produzir dor, além de serem profissionais que assistem a esses pacientes por tempo prolongado o que os tornam capazes de contribuir para o diagnóstico de dor e minimização do sofrimento desses neonatos, às vezes, com o simples fato de comunicar a necessidade de avaliação ou analgesia ao enfermeiro ou médico. 259

A falta de medidas capazes de aliviar a dor de recém-nascidos submetidos a procedimentos dolorosos está relacionada à falta de conhecimento dos profissionais de saúde envolvidos na assistência a respeito da dor sentida pelos neonatos¹⁴.

É função do enfermeiro realizar educação continuada com sua equipe de forma a capacitá-la para a utilização de escalas multidimensionais para avaliação da dor antes e após procedimentos realizados à beira do leito para tornarem possíveis medidas assistenciais que busquem aliviar a dor e o estresse do recém-nascido. Responsabiliza o enfermeiro por colocar em prática condutas que minimizem o número de procedimentos dolorosos e medidas ambientais, comportamentais e farmacológicas que aliviem a dor, importantes para o desenvolvimento neurológico e melhor qualidade de vida do neonato¹¹.

Medidas não Farmacológicas de Alívio a Dor

A amamentação é uma intervenção natural, nutritiva, e sem custos adicionais, pronta a qualquer momento e serve como uma medida não farmacológica nos procedimentos possíveis de causar dor

no recém-nascido por proporcionar contato, sucção, odor e sabor do leite materno que inibe a hiperatividade e o ajuda a se organizar. Seu efeito pode ser potencializado com a combinação, por exemplo, de pele a pele e leite ou glicose, sucção não nutritiva e glicose, estímulos multissensoriais e glicose⁵.

Existe um consenso entre os estudos sobre a solução de sacarose como medida de alívio da dor em recém-nascidos a termo e prematuros que diz que até dois mililitros da solução a 25% deve ser oferecida por via oral, dois minutos antes de procedimentos dolorosos na parte anterior da língua do neonato, a fim de liberar endorfinas endógenas capazes de reduzir o tempo de choro. Os autores reforçam a necessidade de ampliar os estudos sobre o uso seguro de doses repetidas da solução em prematuros¹⁹.

A glicose oral pode ser combinada com outros métodos não farmacológicos como sucção nutritiva, sucção não nutritiva, posição canguru, contato pele a pele, contenção e enrolamento como medidas preventivas para reduzir a intensidade da dor em pequenos procedimentos possivelmente capazes de causá-la¹¹. A contenção do recém-nascido prematuro é uma forma de confortá-lo usando rolinhos de espuma em

volta de seus membros. Outra alternativa é utilizar um coxim ao redor do seu corpo, uma forma de enrolamento que vai conter o recém-nascido, produzir segurança e reduzir seu desconforto antes de intervenções dolorosas³. Contribuindo com o autor, a enfermagem deve estar atenta na escolha de tecidos macios que proporcionem conforto e não apresente risco de causar lesões na pele sensível do prematuro por posicionamento por tempo prolongado.

Medidas farmacológicas de alívio à dor

O Citrato de *Fentanila*, mais conhecido como *fentanil*, é um analgésico *opióide* 80 a 100 vezes mais potente que a Morfina, sua ação é curta e de início rápido. Causa menos hipotensão que a Morfina. É indicado para procedimentos de analgesia e sedação, em casos de dor crônica persistente. Deve ser evitada sua retirada brusca se foi usada dose alta e por período prolongado. Sua infusão rápida pode causar rigidez torácica e muscular.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todo o avanço tecnológico e científico acerca do estudo da dor nas últimas quatro décadas, da

Para reduzir o risco de apneia deve ser suspenso 24 horas antes da extubação do paciente²².

A Morfina é um analgésico narcótico e sedativo potente utilizado na maioria das situações de analgesia clínica para dor moderada e intensa. Sua ação se inicia um minuto após a aplicação, seu efeito analgésico permanece de seis a sete horas e seu efeito sedativo é de uma a três horas. Seu antídoto é o *Naloxona*. Pode provocar convulsões em recém-nascidos. Tolerância e dependência são frequentes no uso prolongado e pode ser resolvida com retirada lenta ao longo de dois a três dias²¹.

Os profissionais de saúde devem ficar atentos para os prejuízos causados na saúde do recém-nascido pelo excesso de sedação e analgesia, quando não é realizada uma avaliação padronizada para mensurar os níveis seguros dessas drogas no organismo do neonato⁶.

criação de inúmeros instrumentos utilizados para a avaliação da dor no recém-nascido, do conhecimento das medidas de alívio no período neonatal e dos malefícios causados pela

dor no desenvolvimento desse público, ainda assim, pouco ou nenhuma atenção é dada a esse fenômeno nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

Para que o cuidado prestado ao recém-nascido seja de excelência nos serviços intensivistas, medidas de identificação e redução da dor devem ser rotineiras nos locais, onde esse tipo de serviço é oferecido, a fim de tornar a assistência mais humanizada. Deve existir padronização da frequência e um método de avaliação aplicável e eficiente para cada caso, uma vez que a dor é sabidamente difícil de ser identificada em seres na fase pré-verbal e igualmente prejudicial para essa faixa etária.

O profissional enfermeiro, como responsável pela sua unidade de atuação, deve estar atento ao controle de iluminação, ruídos e temperatura, bem como para racionalização das manipulações, deve criar e propor critérios de manipulação mínima para recém-nascidos prematuros, principalmente os extremos, com estipulação de horário, exceto em casos de emergência e quando extremamente necessário.

A avaliação da dor no recém-nascido, principalmente prematuros de risco, é uma função difícil de ser realizada. Em primeiro lugar pelo fato dos neonatos

não serem capazes de verbalizar para comunicar e quantificar a dor, também pela falta de um instrumento padronizado para identificar e mensurá-la, a condição clínica do neonato e a subjetividade das alterações apresentadas por ele diante de um estímulo doloroso, o qual pode ser confundido com uma sensação desagradável, tudo isso somado à falta de preparo ou de percepção da equipe de saúde, sobretudo, do enfermeiro que está mais próximo ao paciente, são fatores dificultadores da avaliação da dor possível em um recém-nascido internado em Unidades Neonatais.

Nesse contexto, mesmo com a gama de instrumentos disponíveis que foram elaborados para a identificação da dor em recém-nascidos, novos estudos devem ser feitos para adequá-los às situações e para estabelecer os intervalos entre a aplicação das escalas de forma a facilitar sua utilização para oferecer melhor assistência e proporcionar qualidade de vida aos recém-nascidos que necessitem de cuidados.

REFERÊNCIAS

1. Melo FT, Schimidt KT, Souza SND, Rosseto EG. Percepção dos pais de prematuros internados em Unidade Neonatal em relação ao atendimento de enfermagem. In: Congresso Brasileiro De Enfermagem Pediátrica E Neonatal E Encontro Catarinense De Enfermagem Pediátrica 2009 3(16):385-7.
2. Silva TM, Chaves C, Maria E, Cardoso ML, Lúcia MV. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 out-dez 13 (4): 726-32.
3. Cruvinel F, Pauletti, C. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na unidade de terapia intensiva neonatal: uma revisão. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do desenvolvimento 2009 (1):102-25.
4. Bueno M, Kimura A, Pimenta C. Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. Acta Paulista de Enfermagem 2007 oct./set. 20(4):428-33.
5. Leite AM, Castral TC, Scochi CGS. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? Rev. bras. enferm. 2006 agosto 59(4):538-42.
6. Oliveira P, Tristão R, Tomaz C. Avaliação da dor no recém-nascido pré-termo e a termo. Brasília méd 2008 45(4):272-83.
7. Cartoni D. Ciência e conhecimento Científico 1. Rev. Einstein 2010 abril 3(5):102-6.
8. Branco A, Fekete SM, Rugolo L. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. Revista Paulista de Pediatria 2006 set 22(3):270-4.
9. Gonçalves N, Rebelo S, Tavares I. Dor fetal: mecanismos neurobiológicos e consequências. Acta Med Port. 2010 23(3):419-26.
10. Pedroso Ra, Celich Kls. Dor: quinto sinal vital, um desafio para o cuidar em enfermagem. Texto Contexto Enferm 2006 15(2):270-6.
11. Christoffel M. Tecnologias do cuidado de enfermagem neonatal: a dor e o estresse do recém-nascido durante procedimentos dolorosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 6., 2009, Teresina. Anais... Teresina, 2009.
12. Sousa MWCR, Silva WCR, Araújo SAN. Quantificação das manipulações em recém-nascidos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva: uma proposta de elaboração de protocolo. ConSientiae Saúde 2008 7(002):269-74 .
13. Nicolau CM, Modesto K, Nunes P, Araújo K, Amaral H, Falcão MC. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde 2008 33(3):146-50.

14. Nóbrega F, Sakai L, Krebs, VL. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Med. 2007 out./dez. 86(4):201-6.
15. Guinsburg R, Cuenca M. A linguagem da dor no recém-nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria 2010.
16. Scochi, CG. A dor na Unidade Neonatal sobre a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto. Rev. bras. enferm. 2006 59(2):188-94.
17. Oliveira MB, Oliveira PD, Leventhal LC. Intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas na passagem do cateter central de inserção periférica por enfermeiros em unidade neonatal. Rev Dor 2009 10(3): 241-5.
18. Viana D, Dupas G, Pedreira M. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. Pediatria 2006 28(4):251-61.
19. Gasparido C, Linhares MB, Martinez F. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. J. Pediatr. 2005 nov/dec 81(6):435-42.
20. 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.
21. Presbytero R, Costa ML, Santos RC. Os enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor. Rev. RENE 2010 11(1):125-32.
22. Oliveira, RG. Blackbook: pediatria. Belo Horizonte: Ed. Black Book, 2005.

Correspondência:

Milene da Silva Rodrigues
Email:
milenesilvarodrigues@yahoo.com.br

Recebido: 02/08/2012

Aprovado: 23/11/2012