

# O ENFERMEIRO NO MANEJO DA DOR NEONATAL

---

## THE NURSE IN THE MANAGEMENT OF NEONATAL PAIN

---

## EL ENFERMERO EN EL TRATAMIENTO DEL DOLOR NEONATAL

Amanda Assunção Sudário<sup>1</sup>  
Iêda Maria Avila Vargas Dias<sup>2</sup>  
Leticia Ribeiro Sanglard<sup>3</sup>

O objetivo deste estudo é discutir as formas de avaliação e intervenção na dor neonatal e refletir acerca da competência do enfermeiro no manejo e controle da dor. Trata-se de uma pesquisa de revisão da literatura, numa abordagem qualitativa exploratória. Para o levantamento dos dados efetuou-se uma busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, entre julho e agosto de 2010, utilizando descritores previamente selecionados. A análise dos dados possibilitou a elaboração de dois eixos temáticos: Avaliação da Dor Neonatal e Medidas de Intervenção na Dor Neonatal. Os resultados evidenciaram que os neonatos em cuidados intensivos, frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos, nem sempre recebem analgesia. Concluiu-se que, apesar da dor ser tratada atualmente como o quinto sinal vital, o seu alívio não é uma prática rotineira em neonatologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Dor. Neonatal. Enfermagem.

*The aim of this study is to discuss the ways of evaluation and intervention on neonatal pain and reflect about the competence of the nurse in managing and control pain. This is a research about the literature review on the topic conducted by the use of exploratory and qualitative approach. For data collection there was used an electronic search at the Virtual Health Library, between July and August of 2010, using previously selected descriptors. The data analysis made it possible to prepare two thematic axes: Neonatal Pain assessment and intervention of Neonatal Pain. The results showed that newborns in intensive care, often undergoing painful procedures, do not always receive analgesia. It was concluded that, despite the pain being treated currently as the fifth vital sign, its relief is not a common practice in neonatology.*

**KEY WORD:** Pain. Neonatal. Nursing.

*El objetivo de este estudio es analizar los métodos de evaluación e intervención sobre el dolor neonatal y reflexionar acerca de la competencia del enfermero en la gestión y el control del dolor. Se trata de una revisión de la investigación de la literatura, con enfoque cualitativo exploratorio. Para la recolecta de los datos se realizó una búsqueda electrónica en la Biblioteca Virtual en Salud, entre julio y agosto de 2010, mediante descriptores previamente seleccionados. El análisis de los datos permitió definir dos ejes temáticos: La evaluación del Dolor Neonatal y Medidas de Intervención sobre el Dolor Neonatal. Los resultados mostraron que los recién nacidos en una Unidad de Cuidados Intensivos, a menudo sometidos a procedimientos dolorosos, no siempre reciben analgesia. Se concluye que, actualmente, a pesar del dolor ser tratado como el quinto signo vital, su alivio no es una práctica rutinera en neonatología.*

**PALABRAS-CLAVE:** Dolor. Neonatal. Enfermería.

<sup>1</sup> Enfermeira da Prefeitura Municipal de Juiz de Fora (MG). amandaenf\_as@hotmail.com

<sup>2</sup> Professora da Escola de Enfermagem de Manaus, Universidade Federal do Amazonas. Coordenadora do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Saúde da Mulher, Neonato, Criança e Adolescente. vargasdias@hotmail.com

<sup>3</sup> Enfermeira da Prefeitura Municipal de Barbacena (MG). letsanglard@yahoo.com.br

## INTRODUÇÃO

A dor humana é um dos objetos de grande preocupação, tanto no campo da ciência quanto da arte, sendo interpretada de acordo com a sociedade e com o momento histórico em que se encontra. Atualmente, a dor é descrita como uma experiência subjetiva associada a dano concreto ou potencial nos tecidos, em que variáveis afetivo-motivacionais a determinam. Sua percepção é caracterizada como uma experiência multidimensional, diversificando-se na qualidade e intensidade sensorial.

A Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem-na como o quinto sinal vital e salientam a importância de seu registro no mesmo contexto em que são avaliados os outros sinais vitais, com o objetivo de identificar sua etiologia e compreender a experiência sensorial, afetiva, comportamental e cognitiva do indivíduo (SOUSA, 2002).

A Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor também concebe a dor como o “5.º sinal vital”, o que implica na definição de modelos de organização das instituições que promovam a abordagem da dor como um direito do paciente e, simultaneamente, um compromisso e responsabilidade do profissional da área de saúde (ABREU; SANTOS; VENTURA, 2010).

Neste contexto, destaca-se a importância do estudo da dor em neonatologia, uma vez que estudos recentes apontam que muitos profissionais da área de saúde ainda não são capazes de identificar e tratar a dor do recém-nascido (RN), já que este não se queixa verbalmente.

Tamez e Silva (2009) afirmam que a falta de verbalização é um dos maiores obstáculos ao diagnóstico da dor em neonatos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e descrevem os efeitos imediatos da dor:

- a) diminuição da capacidade de oxigenação dos tecidos, levando ao aumento da concentração de CO<sub>2</sub> e das necessidades de O<sub>2</sub>, acidose metabólica;

- b) aumento da pressão arterial e frequência cardíaca;
- c) aumento do metabolismo, desencadeando um desequilíbrio endócrino – aumento da glicemia, lactato e ácidos graxos;
- d) hipo ou hipertensão arterial, mudanças na perfusão sanguínea periférica, desregulação térmica devido à resposta do sistema nervoso simpático;
- e) hipotensão e apneia devido à liberação de endorfinas;
- f) diminuição do ganho de peso devido à diminuição da secreção de insulina.

Durante muito tempo, a dor no RN foi subtratada devido à concepção errônea de que não apresentavam maturidade do sistema nervoso central. Entretanto, sabe-se que as terminações nervosas surgem na região perioral na 7.ª semana de gestação, seguindo pela face, palma das mãos e planta dos pés na 11.ª; ao redor da 20.ª à 24.ª semana de gestação, as sinapses estão completas para a percepção dolorosa (TAMEZ; SILVA, 2009).

Na década de 1970, foi constatado que a mielinização não é necessária para a condução do impulso doloroso já que, em adultos, 80% das fibras que transmitem dor não são mielinizadas (MEDEIROS; MADEIRA, 2006). No RN, a mielinização incompleta é compensada pelas distâncias interneuronais e neuromusculares mais curtas, aumentando, assim, a velocidade média da condução nervosa (TAMEZ; SILVA, 2009).

É fundamental tentar minimizar as agressões sofridas pelo neonato durante a sua internação na UTIN, o que ressalta a importância de métodos de reconhecimento e tratamento da dor, que se constitui em um grande desafio da enfermagem no cuidado ao neonato. Estudos mostram que estímulos dolorosos repetitivos ou prolongados em fases precoces da vida podem comprometer o sistema imunológico, levando à sua diminuição ou supressão com consequências na

organização cerebral, o que altera a forma de perceber a dor (TAMEZ; SILVA, 2009).

Por tratar-se de pacientes que não verbalizam, a avaliação desse fenômeno torna-se um desafio. Sobre esta questão, Guinsburg et al. (2003) ressaltam a importância do reconhecimento de parâmetros fisiológicos e comportamentais, tais como frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono e dosagens hormonais, ligadas à resposta endócrino-metabólica de estresse, além da avaliação de mímica facial, choro e atividade motora.

Para a qualificação e quantificação da dor de forma mais objetiva, foram criados instrumentos unidimensionais e multidimensionais que avaliam sua intensidade com base nos diferentes indicadores de respostas e suas interações (SOUSA, 2002).

Ao identificar a dor, o enfermeiro pode realizar condutas não farmacológicas que previnem a desordem e a agitação desnecessária do RN. Entre estas condutas destaca-se a diminuição de ruídos e luminosidade, cuidados durante a troca de curativos, incentivo ao alojamento conjunto, evitar inúmeras punções venosas, dentre outras (PULTER; MADUREIRA, 2003).

Histórica e culturalmente, a dor do neonato foi por anos desconhecida e subestimada, proporcionando iatrogenias. Hoje, com o avanço do conhecimento, reconhece-se que o alívio da dor é uma necessidade e um direito do paciente. Por isso, os profissionais precisam de conhecimento sobre os métodos de controle e avaliação da dor, além de superarem certa resistência em administrar medicamentos, o que justifica a realização deste estudo que tem como objetivo discutir as formas de avaliação e intervenção na dor neonatal e refletir acerca da competência do enfermeiro no seu manejo e controle.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Pesquisa é a construção de conhecimento original de acordo com certas exigências científicas. Para que um estudo seja considerado científico, deve obedecer aos critérios de

coerência, consistência, originalidade e objetivação (GOLDEMBERG, 1999). Frente a isto, optou-se por desenvolver uma pesquisa de revisão da literatura já que o método permite a análise de estudos científicos de forma ampla, viabilizando, assim, o aprofundamento do tema.

Na fase de levantamento de dados, foi feita uma busca eletrônica na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de julho a agosto de 2010, utilizando os seguintes descritores: “dor”, “neonatal” e “enfermagem”. Os critérios estabelecidos para inclusão dos artigos no presente estudo foram: idioma português, ano de publicação entre 2005 e 2010, que abordassem o tema foco do estudo e o texto completo tivesse acesso livre. Posteriormente, o intervalo do ano de publicação dos artigos foi expandido, sendo selecionados estudos a partir do ano 2000, uma vez que o número encontrado na primeira busca foi insuficiente. Com esta ampliação foram encontrados 67 estudos nas bases de dados Lilacs e, destes, 20 preenchiem todos os critérios de inclusão.

A abordagem qualitativa exploratória possibilitou a análise do material para responder às questões norteadoras. Para a coleta de dados, lançou-se mão da construção de fichas de leitura que continham a referência do estudo, o título, os objetivos e a caracterização do conteúdo. A análise e classificação das fichas deram origem às categorias analíticas.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do material possibilitou a criação de dois eixos temáticos: Avaliação da dor neonatal e Medidas de intervenção na dor neonatal.

### Avaliação da dor neonatal

A avaliação sistemática da dor em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal vem sendo incorporada progressivamente nas últimas décadas. A experiência da dor é um fato comum entre bebês que nascem em condição de risco e precisam ficar internados nessas unidades, pois são expostos diariamente a procedimentos estressantes

e causadores de dor. Essa dor pode ser exacerbada quando se trata de RNs prematuros, já que possuem o sistema fisiológico menos desenvolvido do que o RN a termo (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008).

A avaliação da dor é imprescindível para propor-se um efetivo controle e reduzir a ocorrência de complicações hemodinâmicas, endócrino-metabólicas, afetivas e comportamentais, além de proteger o RN de possíveis efeitos deletérios sobre seu desenvolvimento. Já se tem conhecimento não só da sensibilidade do RN à dor, como também das consequências orgânicas e emocionais que eles podem sofrer, além do comprometimento de seu crescimento e desenvolvimento quando excessivamente submetidos a procedimentos dolorosos (BUENO; KIMURA; DINIZ, 2009; SOUSA et al. 2006). Uma vez que os neonatos não conseguem verbalizar suas necessidades, torna-se indispensável o reconhecimento, pelos profissionais, dos sinais de dor através de alterações fisiológicas e comportamentais, como expressão facial, movimento corporal, choro e estado de consciência (ELIAS et al., 2008).

A avaliação comportamental da dor depende de fatores relacionados ao RN, como sua condição clínica, imaturidade e sedação, que podem impossibilitá-lo de responder a determinado estímulo. A avaliação depende também da interpretação do observador acerca dos comportamentos avaliados, pois, muitas vezes, é difícil distinguir entre estímulos dolorosos e estímulos desagradáveis não dolorosos (NICOLAU et al., 2008; SANTOS et al., 2001). Dentre os indicadores comportamentais, as três principais categorias de comportamento observadas são: expressão facial, choro e atividade motora. A expressão facial é avaliada pela observação dos movimentos faciais, como protuberância da sobrancelha, olhos apertados e sulco nasolabial aprofundado (COSTA et al., 2010).

O estudo de Sousa et al. (2006) analisa a capacidade de identificação da dor em prematuros, pelas mães e enfermeiros, utilizando a mímica facial dos RN, por meio da observação de um quadro com seis fotos avaliadas pelo Sistema

de Codificação da Atividade Facial Neonatal (SCAFN). Este sistema avalia as alterações dos movimentos faciais frente a um estímulo doloroso, levando em consideração a presença ou não dos seguintes movimentos faciais: fronte saliente; olhos espremidos; sulco nasolabial aprofundado; lábios entreabertos; boca esticada; lábios franzidos; língua tensa, protrusa e esticada e tremor do queixo. Assim, o SCAFN permite a observação da expressão facial de forma não invasiva e constitui um dos pontos mais importantes para o estudo da expressão da dor no RN.

A análise do choro é feita por meio da frequência do som, latência, duração e tempo total do choro (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008). O choro é uma forma de comunicação e manifestação do bebê, sendo muito utilizado pelas mães e pelos profissionais de saúde (AYMAR; COUTINHO, 2008). Os movimentos corporais podem ser classificados como inquieto, relaxado, flexionado ou estendido. Outras respostas comportamentais menos utilizadas são a consolabilidade e a cor da pele, validadas como indicadores de dor (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008). Vários indicadores fisiológicos podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso, sendo os mais utilizados a frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR) e a saturação de oxigênio. Outras variáveis menos utilizadas são: pressão arterial, sudorese palmar e tônus vagal (NICOLAU et al., 2008).

Os sinais vitais de FC e FR podem ser influenciados pela idade e pelo estado comportamental e de saúde. Já a saturação de oxigênio pode ter seus resultados alterados pelo estado comportamental e pelas condições pulmonares do bebê, devendo o profissional estar apto para verificar essas variáveis (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008).

Há diferenças na avaliação de dor de acordo com características pessoais, profissionais ou afetivas dos observadores. Segundo Balda et al. (2009), a avaliação e o reconhecimento da dor neonatal são influenciados por questões subjetivas do avaliador. Scochi et al. (2006), em seu estudo, destacaram que a busca pelo conhecimento científico referente à avaliação da dor

neonatal é mais evidenciada em profissionais de enfermagem de nível superior; os profissionais de nível médio respaldam-se, principalmente, na troca de experiências vividas. Essa heterogeneidade de avaliação da dor do RN tem implicações na comunicação entre seus pais e os diferentes profissionais de saúde e indica a necessidade do emprego de métodos de avaliação de dor validados para neonatos, por meio dos quais as impressões subjetivas permanecem em segundo plano (ELIAS et al., 2008).

Com o objetivo de analisar de forma mais clara as reações à dor dos RNs em determinados procedimentos, e de intervir de maneira eficaz com medidas para a prevenção e alívio da dor, foram criadas escalas, na tentativa de sistematizar a avaliação e evitar a subjetividade, o que acabaria implicando em possíveis falhas. Essas escalas têm padrão unidimensional ou multidimensional. As primeiras são aquelas que abarcam apenas uma classe de respostas do bebê, fisiológicas ou comportamentais. A expressão facial tem sido considerada padrão-ouro na avaliação da dor no RN nesse tipo de instrumento. Entretanto, considera-se que esse método é pouco utilizado, pois, devido ao caráter subjetivo da dor, torna-se extremamente difícil avaliá-la utilizando apenas uma categoria de comportamento. Já as escalas multidimensionais englobam respostas comportamentais e fisiológicas. Por entender que a dor no RN apresenta-se de forma plurifacetada, esse tipo de escala é mais usado. Entre essas escalas destacam-se: Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal – *Neonatal Facial Coding System* (NFCS) –, Escala de Dor Neonatal – *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS) – e Perfil de Dor do Prematuro – *Premature Infant Pain Profile* (PIPP) –, sendo todas elas validadas tanto para o RN pré-termo quanto para o RN a termo (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008).

A NIPS é composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, sendo considerado dor escores superiores a 3 pontos: expressão facial (0 ou 1 ponto); choro (0, 1 ou 2 pontos); movimentação de braços e pernas (0 ou 1 ponto); estado de sono/alerta (0 ou 1 ponto); e o padrão respiratório (0 ou 1

ponto). (NICOLAU et al., 2008). Esta escala é útil na avaliação da presença ou não da dor, diferenciando estímulos dolorosos dos não dolorosos. Por avaliar a expressão facial e os parâmetros comportamentais e fisiológicos, é considerada a mais completa pela maioria dos profissionais (GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

O instrumento PIPP é composto por sete indicadores distribuídos em três dimensões: contextuais (idade gestacional corrigida e estado de alerta); fisiológicos (magnitude da elevação de frequência cardíaca e queda da saturação de oxigênio); e comportamentais (porcentagem de tempo em que o neonato permanece com testa franzida, olhos espremidos e acentuação do sulco nasolabial). Cada indicador recebe pontuação de zero a três, totalizando 18 a 21 pontos, dependendo da idade gestacional do neonato. Escore total igual ou inferior a seis é classificado como indolor ou mínima dor e maior que 12, moderada ou intensa dor (COSTA et al., 2010).

O NFCS é um instrumento unidimensional, considerado fidedigno na avaliação da dor do RN pré-termo. Inicialmente, foi validado para avaliar dor por procedimento, mas hoje tem sido amplamente utilizado em pesquisas da dor (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008). Este instrumento avalia a ausência ou presença de dor por observação de oito movimentos faciais, a cada um dos quais é atribuído um ponto: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta, boca estirada (horizontal ou vertical), língua tensa, protusão da língua, tremor de queixo. É considerada a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

Para se estabelecer um controle sistematizado e efetivo da dor neonatal é imprescindível estabelecer o uso de um instrumento de avaliação que melhor se adéque aos clientes atendidos em cada serviço. Para isso, é importante que seja estabelecida a frequência e os intervalos de avaliação e que a equipe seja treinada para tal procedimento, o que possibilita a aplicação apropriada e uniforme do instrumento. No momento da avaliação, devem ser considerados aspectos como

o uso de medicamentos sedativos e analgésicos pelo RN, já que essas condições podem interferir nas respostas comportamentais de dor. O uso de drogas vasoativas também pode promover alterações fisiológicas semelhantes às resultantes de dor (BUENO; KIMURA; PIMENTA, 2007).

Ao findar este eixo temático, pode-se afirmar que é importante o profissional, ao observar os indicadores fisiológicos e comportamentais da dor, estar atento às diferenças de cada RN no momento da avaliação. Ressalta-se que, embora os profissionais acreditem que o RN sente dor, a sua avaliação sistematizada não é uma prática formal. Por isso, a educação continuada e multidisciplinar dos profissionais de saúde torna-se imprescindível, já que é essencial no reconhecimento e na utilização dos instrumentos para avaliação da dor.

### **Medidas de intervenção na dor neonatal**

Desde o nascimento, os neonatos expressam as suas necessidades físicas e emocionais por meio de comportamentos, cabendo ao adulto reconhecer e interpretar esses sinais, que podem ser de dor e desconforto, e estabelecer um mecanismo de codificação, decodificação e posterior tomada de decisão (BALDA et al., 2009).

Os enfermeiros exercem papel de extrema importância no manejo da dor, devido ao fato de permanecerem mais tempo ao lado do paciente que os outros profissionais de saúde, com a possibilidade de avaliar, planejar e realizar manobras para o alívio da dor (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010). Cabe a esse profissional, assim como a toda a equipe de enfermagem, ao detectar a dor, fazer o registro adequado e identificar a medida de alívio para um tratamento adequado, a fim de evitar complicações advindas do quadro algíco. O conhecimento sobre procedimentos dolorosos e a atenção dos profissionais de enfermagem determinam a adoção de medidas de alívio da dor, como a analgesia, mediante intervenções farmacológicas e/ou não farmacológicas. As primeiras têm o objetivo de aliviar a dor através de analgésicos opioides, não opioides e sedativos. Já as últimas têm o objetivo

de reduzir os estímulos agressivos do ambiente, diminuir o estresse, prevenir alterações fisiológicas e comportamentais.

A prescrição de medicamentos analgésicos a neonatos ainda é pouco utilizada. Normalmente, é feita pela presença de ventilação mecânica, período de pós-operatório, agitação inserção de dreno torácico e de cateter central (CASTRO et al., 2003; PRESTES et al., 2005). Mesmo sendo atribuição médica a prescrição de medicamentos analgésicos, sabe-se que o enfermeiro e a equipe de enfermagem são os responsáveis pela administração e necessitam, portanto, conhecer os tipos de fármacos analgésicos empregados, a dosagem, o tempo de ação, o metabolismo e a excreção, além das vias de administração, as possíveis interações medicamentosas e os efeitos adversos das medicações (BUENO, 2008).

A analgesia não é uma prática rotineira nas unidades de terapia intensiva neonatal, apesar de ser o alívio da dor um dos princípios básicos da medicina. Há carência de novas pesquisas sobre o tema, incluindo drogas mais seguras. Seria importante que disciplinas relativas a estratégias para promover o bem-estar do paciente fossem introduzidas nos currículos formais dos cursos de medicina. Também seria fundamental que os serviços fossem organizados para detectarem falhas na assistência e no estabelecimento de rotinas específicas sobre o manejo da dor no RN, além da atualização e sensibilização dos profissionais envolvidos neste cuidado (AYMAR; COUTINHO, 2008).

Dentre os fatores que contribuem para o tratamento insuficiente da dor em RNs, Nóbrega, Sakai e Krebs (2007) destacam a falta de treinamento na avaliação da dor e dificuldades objetivas devido à ausência de comunicação verbal do RN. Para os autores, embora estejam consolidadas medidas farmacológicas e não farmacológicas, mesmo para os RNs pré-termo e escalas de dor validadas, estas não são frequentemente utilizadas na maioria das UTIN. O estudo de Chermont et al. (2003) destaca a importância de treinamento formal dos profissionais de saúde, além de rotinas e protocolos para avaliação e tratamento da dor neonatal.

Quando é empregada uma ação terapêutica, os anti-inflamatórios não hormonais são os principais medicamentos dentre os analgésicos não opioides utilizados em unidades de terapia intensiva neonatal. Destaca-se o paracetamol, que é administrado por via oral, e a dipirona, que pode ser administrada por via oral ou venosa, ambos indicados para o tratamento da dor leve a moderada. Em relação aos opioides, os mais utilizados são a morfina e o fentanil, que possuem rápida analgesia e estabilidade hemodinâmica. São utilizados também sulfentanil, alfentanil, remifentanil, tramadol e codeína. Em relação aos sedativos, os mais empregados são o propofol, o diazepam e o midazolam (SILVA, Y., et al., 2007).

Indubitavelmente, existem várias medidas não farmacológicas que podem ser adotadas com o desígnio de prevenir a dor nas UTIN. Essas intervenções podem ser realizadas com o objetivo de prevenir a dor e aumentar a eficácia dos medicamentos administrados ao RN com dor moderada a intensa, além de tornar o ambiente mais humanizado e menos estressante para os pacientes e seus familiares. Dentre elas, Neves e Correa (2009) e ainda T. Silva et al. (2009) destacam a utilização de sucção não nutritiva, que ajuda o RN a se organizar após o estímulo doloroso; solução glicosada; posicionamento do RN no leito; posição canguru, que consiste no contato pele a pele mãe/bebê; agrupamento de cuidados, evitando a manipulação excessiva; além da redução de barulhos ou luminosidade, toque e o contato físico.

Os resultados do estudo de Bueno, Kimura e Diniz (2009) revelam que a oferta de seio materno reduz a dor resultante de procedimentos dolorosos isolados quando comparados a placebo ou a nenhuma intervenção. Esclarecem também que a administração oral da sacarose é efetiva para o controle da dor em procedimentos isolados em RN. É, portanto, recomendável o uso oral de 0,012 a 0,12 g (0,05 a 0,5 ml) de solução sacarose 24%, dois minutos antes de procedimentos dolorosos.

Frente ao elenco extenso de situações dolorosas que circundam o ambiente das UTIN, compete aos profissionais que nelas atuam, como o enfermeiro, promover medidas de conforto e

buscar a causa da dor. Neste sentido, esse profissional deve ter como rotina verificar posicionamento de sondas, cateteres e punções, realizar massagem e mudança de decúbito do RN, evitar a manipulação excessiva, promover o contato físico da mãe com o RN, estimular o aconchego da mãe e da conversa desta com o RN, medidas que levam à humanização da assistência (GUIMARÃES; VIEIRA, 2008).

## CONCLUSÃO

Apesar de, atualmente, a dor ser tratada como o quinto sinal vital, nota-se que o seu alívio ainda não é uma prática rotineira em UTIN. Os neonatos em cuidados intensivos, frequentemente submetidos a procedimentos dolorosos, nem sempre recebem analgesia.

A análise dos estudos evidenciou que a razão para o subtratamento da dor em RNs deve-se, na maioria das vezes, aos mitos, à escassez de estudos relacionados à dor na fase neonatal, aos conceitos de tolerância e ao receio excessivo de dependência física e psicológica ou de depressão respiratória quanto ao uso de opioides, conforme evidenciado nos eixos temáticos descritos.

O enfermeiro, assim como a equipe de enfermagem, possui papel fundamental no processo de identificação, mensuração e tratamento da dor, já que são eles que prestam os cuidados diretos aos pacientes. Contudo, é observado que esses profissionais encontram dificuldades para mensurar a dor, fato que indica a necessidade de serem treinados e capacitados para melhor avaliarem o RN em situação de dor e estresse.

O estudo evidenciou a necessidade do empenho de enfermeiros e instituições na elaboração de protocolos direcionados aos cuidados com os neonatos e a adoção de, no mínimo, uma escala de dor, além da existência de programas de formação em dor, sendo, de preferência, pautados na interdisciplinaridade, a fim de garantir os princípios de integralidade e humanização. Com isso, cabe à equipe de enfermagem buscar conhecimentos sobre os efeitos dos analgésicos administrados em crianças e o acesso às tecnologias e às intervenções que aliviam a dor,

responsabilizando-se pela avaliação e pelo tratamento e participando de todas as etapas do processo.

Por fim, acrescenta-se que, embora inúmeros sejam os subsídios teóricos e indicações estabelecidas pela prática assistencial, ainda existem lacunas nas ações direcionadas para o manejo da dor e do estresse na UTIN. Isto se deve à ausência de protocolos de avaliação e tratamento, desconhecimento da fisiopatologia, dos métodos de avaliação e das alternativas terapêuticas utilizadas pela equipe multidisciplinar que atua diretamente com essa clientela. Por esta razão, salienta-se a importância da utilização das escalas para avaliação da dor neonatal, além da utilização de métodos não farmacológicos para o tratamento da dor.

## REFERÊNCIAS

- ABREU, Eliziete A.; SANTOS, Jean Douglas M.S.; VENTURA, Patrícia L. Efetividade da eletroestimulação nervosa transcutânea no alívio da dor durante o trabalho de parto: um ensaio clínico controlado. *Rev. Dor*, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 313-318, 2010. Disponível em: <<http://www.dor.org.br/revistador/>>. Acesso em: 25 ago. 2010.
- AYMAR, Carmen Lúcia G. de; COUTINHO, Sônia B. Fatores relacionados ao uso de analgesia sistêmica em neonatologia. *Rev. bras. ter. intensiva*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 405-410, dez. 2008.
- BALDA, Rita de Cássia X. et al. Fatores que interferem no reconhecimento por adultos da expressão facial de dor no recém-nascido. *Rev. paul. pediat.*, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 160-167, jun. 2009.
- BUENO, Mariana. Uso de fármacos analgésicos em pós-operatório de cirurgia cardíaca neonatal. *Rev. latino-am. enferm.*, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 727-732, jul./ago. 2008.
- BUENO, Mariana; KIMURA, Amélia Fumiko; DINIZ, Carmen Simone Grilo. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 22, n. 6, p. 828-832, dez. 2009.
- BUENO, Mariana; KIMURA, Amélia F.; PIMENTA, Cibele A. de M. Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 428-433, dez. 2007.
- CASTRO, M. Cristina F.Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opioides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. *J. pediatr.* Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 41-48, fev. 2003.
- CHERMONT, Aurimery G. et al. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? *J. pediatr.*, Porto Alegre, v. 79, n. 3, p. 265-272, 2003.
- COSTA, Priscila et al. Dimensionamento da dor durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n.1, p. 35-40, 2010.
- ELIAS, Luciana S.D.T. et al. Discordância entre pais e profissionais de saúde quanto à intensidade da dor no recém-nascido criticamente doente. *J. pediatr.*, Porto Alegre, v. 84, n. 1, p. 35-40, fev. 2008.
- GUIMARÃES, Ana Lúcia O.; VIEIRA, Maria Rita. Conhecimento e atitudes da enfermagem de uma unidade neonatal em relação à dor no recém-nascido. *Arq. ciênc. saúde*, São José do Rio Preto, v. 15, n. 1, p. 9-12, jan./mar. 2008.
- GUINSBURG, Ruth et al. Reliability of two behavioral tools to assess pain in preterm neonates. *São Paulo med. J.*, São Paulo, v. 121, n. 2, p. 72-76, 2003.
- GOLDENBERG, Mirian. *A arte de pesquisar*. Rio de Janeiro: Record, 1999.
- MEDEIROS, Marlene das Dores; MADEIRA, Lélia Maria. Prevenção e tratamento do dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. *Rev. min. enferm.*, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 118-124, abr./jun. 2006.
- NEVES, Fabrícia Adriana M.; CORREA, Darci Aparecida M. Dor em recém-nascidos: a percepção da equipe de saúde. *Ciênc. cuid. saúde*, Maringá, v. 7, n. 4, p. 461-467, out./dez. 2008.
- NICOLAU, Carla Marques et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. *Arq. bras. ciênc. saúde*, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 146-50, ago. 2008.
- NÓBREGA, Fernando de S.; SAKAI, Lígia; KREBS, Vera Lúcia J. Procedimentos dolorosos e medidas de alívio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev. méd.*, São Paulo, v. 86, n. 4, p. 201-206, out./dez. 2007.
- OLIVEIRA, Petter Ricardo de; TRISTÃO, Rosana Maria; TOMAZ, Carlos. Avaliação da dor no recém-nascido pré-termo e a termo. *Brasília med.*, Brasília, v. 45, n. 4, p. 272-283, 2008.



- PRESBYTERO, Raphaela; COSTA, Mércia Lisieux V. da; SANTOS, Regina Célia S. Os enfermeiros da Unidade Neonatal frente ao recém-nascido com dor. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 125-132, jan./mar.2010.
- PRESTES, Ana Cláudia Y. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. *J. pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 405-410, out. 2005.
- PULTER, Márcia Elaine; MADUREIRA, Valéria Silvana F. Dor no recém-nascido: percepções da equipe de enfermagem. *Ciênc. cuid. saúde*, Maringá, v. 2, n. 2, p. 139-146, jul./dez. 2003.
- SANTOS, Jacqueline A. et al. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? *J. pediatr.*, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 374-80, 2001.
- SCOCHI Carmen Gracinda S. et al. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 59, n. 2, p. 188-94, mar./abr. 2006.
- SILVA, Yerkes P. et al. Sedação e analgesia em neonatologia. *Rev. bras. anesthesiol.*, Campinas, v. 57, n. 5, p. 565-574, out. 2007.
- SILVA, Teresa Mônica da et al. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 726-732, dez. 2009.
- SOUSA, Bruna Bryenna B. et al. Avaliação da dor como instrumento para o cuidar de recém-nascidos pré-termo. *Texto contexto-enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 88-96, 2006.
- SOUSA, Fátima Aparecida E.F. Dor: o quinto sinal vital. *Rev. latino-am. enferm.*, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 446-7, jun. 2002.
- TAMEZ, Raquel N.; SILVA, Maria Jones P. *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

Submissão: 30/6/2011

Aceito: 14/3/2012