

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CAROLINE DAMACENA DE SÁ

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS
NA UTI NEONATAL DO ESTADO DE RORAIMA: PROPOSTA DE
PROTOCOLO**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CAROLINE DAMACENA DE SÁ

**AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS
NA UTI NEONATAL DO ESTADO DE RORAIMA: PROPOSTA DE
PROTOCOLO**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna, Neonatal e do Lactente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Orientadora: Danielle Monteiro Vilela

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado **AVALIAÇÃO E MANEJO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS NA UTI NEONATAL DO ESTADO DE RORAIMA: PROPOSTA DE PROTOCOLO** de autoria do aluno **CAROLINE DAMACENA DE SÁ** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. MS. Danielle Monteiro Vilela
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

AGRADECIMENTOS

A minha tutora Danielle Monteiro Vilela Dias que, incansavelmente, sem medir esforços na luta pelo aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. Em especial, à admirável Maristela França, pela sua paciência, compreensão e dedicação na construção desse projeto.

DEDICATÓRIA

Eu Caroline Damacena de Sá,

Dedico este trabalho primeiramente a DEUS, pois sem ele não teria forças para chegar até aqui, e também a todos que me incentivaram e colaboraram para elaboração deste trabalho de TCC, não só no aspecto prático e formal, mas também no apoio humano e emocional de sua importância para a realização deste curso.

RESUMO

Introdução: Reconhecendo que o recém-nascido prematuro e a termo sentem e demonstram dor constatou-se que o estresse e a dor de RN na unidade de terapia intensiva neonatal provavelmente não recebe o tratamento necessário visto que muitos são os procedimentos dolorosos a que são submetidos diariamente. A dor gera efeitos negativos a curto e longo prazo aos recém-nascidos a ela expostos sem nenhuma cautela, aumento o tempo de internação e as possíveis seqüelas neurológicas. **Objetivo:** Desenvolver um protocolo a ser empregado pela equipe de enfermagem para avaliação e manejo contínuo da dor em recém-nascidos internados na UTI neonatal de Boa Vista/RR. **Metodologia:** Através de uma profunda revisão bibliográfica abordaremos a fisiologia da dor em recém-nascidos, as escalas existentes para avaliação da dor nos mesmos e as medidas não farmacológicas de alívio a dor. **Considerações Finais:** A avaliação e manejo da dor deve ser preocupação da equipe multidisciplinar da UTI neonatal a fim de prestar uma assistência de qualidade e humanizada.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	12
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	12
2.2 MANEJO DA DOR.....	13
2.2.1 NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>).....	13
2.2.2 EDIN (<i>Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né</i>).....	14
2.2.3 BIIP (<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>).....	15
2.2.4 Escala COMFORT.....	16
2.3 AÇÕES PARA ALÍVIO DA DOR.....	18
2.3.1 Intervenção Farmacológicas.....	18
2.3.2 Analgesia Não Farmacológica.....	18
3 MÉTODO.....	20
3.1 Construção do Protocolo.....	20
3.2 Implementação do Protocolo.....	21
4 RESULTADO.....	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	26

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PROTOCOLO PARA MANEJO DA DOR NOS RNS.....	21
--	-----------

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: NIPS (<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>)	14
Tabela 2: EDIN (Echelle de douleur et d'inconfort du nouveau-né)	14
Tabela 3: BIIP (Behavioral Indicators of Infant Pain)	15
Tabela 4: Escala COMFORT	16

1 INTRODUÇÃO

Segundo GUINSBURG (1999), o desenvolvimento das unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) tem proporcionado a diminuição da mortalidade de recém-nascidos (RN) gravemente enfermos.

Calcula-se que durante a hospitalização do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal ocorrem cerca de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia (TAMEZ, 2010).

O Ministério da Saúde (2013), aponta que o uso de medidas para alívio da dor em RN'S frente a procedimentos potencialmente dolorosos ainda é raro. Estima-se que em apenas 3% dos casos seja prescrito algum tratamento analgésico ou anestésico e em apenas 30% sejam aplicadas técnicas coadjuvantes para minimizar a dor ou desconforto do RN.

Experiências dolorosas durante o período neonatal, quando o sistema neurológico ainda está em formação, podem gerar consequências até a fase adulta (TAMEZ, 2010).

A dor influencia diretamente o RN podendo inclusive prejudicar o desenvolvimento cerebral, que ameaça sua estabilidade fisiológica e reflete de forma negativa gerando problemas comportamentais percebidos apenas na infância. Cita-se como consequência da dor a longo prazo: ansiedade, depressão e até esquizofrenia (SOUSA et al, 2006).

Segundo Cloherty et al (2005) a ausência da dor é um direito de todos os recém-nascidos e cita ainda pesquisas que sugerem que o uso contínuo de morfina em RN assistidos pela ventilação mecânica pode reduzir a incidência de eventos neurológicos ruins.

Atualmente é altamente difundido a respeito do cuidado humanizado e com qualidade; numa UTI neonatal humanização significa o cuidado com a manipulação, a postura, o som, a iluminação e com o estresse e a dor (DUTRA, 2006).

Devido o caráter subjetivo da dor, métodos multidimensionais de avaliação da dor devem ser utilizados, como por exemplo as escalas para dor própria para RN (GUINSBURG, 1999).

Estudo realizado na UTI neonatal do Hospital Universitário do Maranhão revela que uma grande porcentagem de enfermeiros desconhecem a existência de escalas de dor para RN, apenas 25% dos entrevistados reconhecem a existência de escalas para

avaliação da dor do RN porém não as conhecem pelo nome ou sabem aplicá-las. Este fato é preocupante já que as escalas de dor para RN existem desde a década de 80.

A UTI neonatal do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazare (HMINSN) em Boa Vista – Roraima é a única UTI neonatal do Estado de Roraima e adjacências atendendo portanto toda a demanda do Estado, áreas indígenas, estados vizinhos e até países de fronteira.

Muitas práticas ainda não fazem parte da rotina da UTI neonatal – RR, entre elas a existência de um protocolo efetivo para avaliação e manejo da dor dos recém-nascidos ali internados, mesmo em pós-operatório.

Visto o impacto negativo da dor a curto e longo prazo sobre os RN e a importância de estabelecer critérios e protocolos para manejo e avaliação da dor dos mesmos, objetivamos através deste desenvolver um protocolo a ser empregado pela equipe de enfermagem para avaliação e manejo da dor dos RN internados na UTI neonatal- RR visando um atendimento mais seguro e humanizado. Para isso será pontuado o processo da dor em RN, os tipos de escalas preconizadas para melhor avaliação da dor e as medidas não farmacológicas de alívio a dor.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS

Segundo Kazanowski et al (2005) a dor é um fenômeno universal, subjetivo e particular que todos os indivíduos vivenciam em algum período da sua vida.

A experiência da dor pode estar relacionada a traumatismos, estresse, cirurgia, enfermidades, alterações hormonais, inflamação e outros. (KAZANOWSKI, 2005).

Kazanowski et al (2005) cita ainda que existem diversas variáveis que podem afetar a expressão e a intensidade da dor, como o humor, ansiedade, medo, estresse, raiva, insônia e outros.

Sabe-se que o advento da Unidade de Terapia Neonatal veio para tratar recém nascidos enfermos graves e tem tido sucesso em seu objetivo; em contrapartida observa-se nessas unidades um grande número de procedimentos com potencial doloroso que muitas vezes não é amenizado (TAMEZ, 2010).

Na década de 40 acreditava-se que para o funcionamento correto do sistema nervoso era necessária a completa mielinização dos nervos, e, portanto os recém nascidos não sentiam dor como os adultos já que seus nervos não possuíam esta mielinização (TAMEZ, 2010).

Tamez (2010) cita ainda que nas décadas de 70 e 80 comprovou-se que apenas 80% das fibras que transmitem dor no adulto são mielinizadas e que ainda intra-útero o processo de mielinização se inicia permitindo então que o feto tenha a habilidade de sentir dor assim também com o recém nascido, inclusive o prematuro.

Segundo Crescêncio (2009) os recém-nascidos podem perceber a dor mais intensamente do que as crianças mais velhas e os adultos, porque os mecanismos de controle inibitório são imaturos, limitando sua capacidade para modular a experiência dolorosa.

Além de serem sensíveis a dor sabe-se que recém nascidos podem sofrer consequências orgânicas e emocionais e comprometer seu crescimento e desenvolvimento (SOUSA, 2007).

Tamez (2010) cita como efeitos imediatos da dor para o RN: o aumento de CO₂ e das necessidades de O₂, aumento das demandas do sistema cardiovascular, aumento da glicose sanguínea, hipo ou hipertensão arterial, aumento ou diminuição da temperatura corporal, mudanças na perfusão sanguínea, diminuição do ganho de peso e

outros. A exposição à dor por tempo prolongado pode levar a supressão do sistema imunológico.

2.2 MANEJO DA DOR

Segundo Tamez (2010) o manejo da dor do recém-nascido é um desafio, pois requer uma equipe bem treinada para avaliar e realizar o manejo efetivo da dor.

Devido à ausência de verbalização a principal forma de expressar dor do RN é através de atitudes comportamentais que podem ser analisadas através de escalas multidimensionais desenvolvidas e aprovadas para tal (SOUSA, 2009).

É consenso que a avaliação objetiva da dor no RN deve ser feita por meio de escalas que englobem vários parâmetros e procurem uniformizar os critérios de mensuração das variáveis. Dentre as inúmeras escalas de avaliação da dor do RN descritas na literatura, várias podem ser aplicadas na prática clínica, vale ressaltar a importância de serem utilizadas de forma regular e sistemática, sendo considerado o quinto sinal vital (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Entre as escalas indicadas pelo Ministério da Saúde (2013) para avaliação da dor em recém nascidos encontra-se:

- a) NIPS.
- b) EDIN.
- c) BIIP.
- d) COMFORT.

2.2.1 NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

A NIPS (Escala de Avaliação de Dor no RN e no Lactente) é composta por cinco parâmetros comportamentais e um indicador fisiológico, avaliados antes, durante e após procedimentos invasivos agudos em RN a termo e pré-termo. A maior dificuldade reside na avaliação do parâmetro choro em RN intubados, nesse caso dobra-se a pontuação da mímica facial, sem avaliar o item choro. A escala deve ser aplicada sempre que se registrem os sinais vitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Segundo Tamez (2010) essa escala foi utilizada para avaliar a dor em Rns submetidos à punção

capilar calcânea, mas sua validação para outros procedimentos ainda precisa ser pesquisada.

TABELA 1: NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*)

Parâmetro	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Flexão ou extensão	-
Pernas	Relaxadas	Flexão ou extensão	-
Estado de alerta	Dormindo ou calmo	Desconfortável	-

Define-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 4

Fonte: Ministério da Saúde, 2013

2.2.2 EDIN (*Echelle de douleur et d’inconfort du nouveau-né*)

A EDIN (Escala de Dor e Desconforto do RN) foi planejada para avaliar a dor persistente do RN criticamente doente. Sua aplicação é fácil e prática, permitindo acompanhar o comportamento do RN por períodos mais prolongados a fim de avaliar as suas necessidades terapêuticas e adequar o tratamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

TABELA 2: EDIN (*Echelle de douleur et d’inconfort du nouveau-né*)

Parâmetro	Pontuação – definição
Atividade facial	0 – relaxada 1 – testa ou lábio franzidos, alterações transitórios da boca 2 – caretas frequentes 3 – mímica de choro ou total ausência da mímica
Movimento corporal	0 – relaxado 1 – agitação transitória; geralmente quieto 2 – agitação frequente, mas é possível acalmar 3 – agitação persistente, hipertonia de membros superiores e inferiores
Qualidade do sono	0 – dorme com facilidade 1 – dorme com dificuldades 2 – cochilos curtos e agitados 3 – não dorme
Contato com enfermagem	0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora a mínima manipulação 3 – não há contato, geme a manipulação
Consolabilidade	0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade

3 – não acalma, sua desesperadamente

Defini-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 7

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

2.2.3 BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain*)

A BIIP (Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente) é uma escala recente que incorpora à avaliação dos movimentos faciais de dor a análise do estado de alerta do RN e da movimentação das mãos, tornando a avaliação comportamental mais específica e mais relacionada à possibilidade de interação ambiental do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

TABELA 3: BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain*)

Parâmetro	Pontuação	Definição
Estado de sono/vigília		
Sono profundo	0	Olhos fechados, respiração regular, ausência de movimentos das extremidades
Sono ativo	0	Olhos fechados, contração muscular ou espasmos/abalos, movimentos rápidos dos olhos, respiração irregular
Sonolento	0	Olhos fechados ou abertos (porém com olhar vago, sem foco), respiração irregular e alguns movimentos corporais.
Acordado/Quieto	0	Olhos abertos e focados, movimentos corporais raros ou ausentes.
Acordado/Ativo	1	Olhos abertos, movimentos ativos das extremidades
Agitado/Chorando	2	Agitado, inquieto, alerta, chorando
Face e Mãos		
Fronte saliente	1	Abaulamento e presença de solucos acima e entre as sobrancelhas
Olhos espremidos	1	Compressão total ou parcial da fenda palpebral
Sulco nasolabial aprofundado	1	Aprofundamento do sulco que se inicia em volta das narinas e se dirige à boca.
Estiramento horizontal da boca	1	Abertura horizontal da boca acompanhada de estiramento das comissuras labiais.
Língua tensa	1	Língua esticada e com as bordas tensas.
Mão espalmada	1	Abertura das mãos com os dedos estendidos e

		separados
Mão fechada	1	Dedos fletidos e fechados fortemente sobre a palma das mãos formando um punho cerrado/mão fechada.
Considera-se dor quando a pontuação é maior que 5		

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

2.2.4 Escala COMFORT

A escala COMFORT foi inicialmente desenvolvida para avaliar o estresse e desconforto em crianças de zero a 24 meses internadas em UTI e submetidas à ventilação mecânica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

TABELA 4: Escala COMFORT

1. Alerta	Pontos
• Sono profundo	1
• Sono leve	2
• Cochilando	3
• Totalmente acordado e alerta	4
• Hiperalerta	5
2. Calma / agitação	
• Calmo	1
• Levemente ansioso	2
• Ansioso	3
• Muito ansioso	4
• Pânico	5
3. Resposta respiratória	
• Sem tosse e respiração espontânea	1
• Respiração espontânea com pouca ou nenhuma resposta à ventilação	2
• Tosse ocasionalmente ou com resistência ao respirador	3
• Respira ativamente contra o respirador ou tosse regularmente	4
• Briga com o respirador, tosse ou sufocação	5
4. Movimentação física	

• Sem movimentos	1
• Movimentos leves ocasionais	2
• Movimentos leves frequentes	3
• Movimentos vigorosos limitados às extremidades	4
• Movimentos vigorosos incluindo tronco e cabeça	5
5. Linha de base da pressão arterial (pressão arterial média)	
• Pressão abaixo da linha de base (LB)	1
• Pressão arterial consistentemente na LB	2
• Elevações infrequentes de 15% ou mais (1 a 3) durante o período de observação	3
• Elevações frequentes de 15% ou mais (mais de 3) acima da LB	4
• Elevação sustentada maior que 15%	5
6. Linha da base da frequência cardíaca (FC)	
• FC abaixo da LB	1
• FC consistentemente na LB	2
• FC infrequentes de 15% ou mais (1 a 3) durante o período de observação	3
• Elevações frequentes (>3) de 15% ou mais acima da LB	4
• Elevação sustentada maior que 15%	5
7. Tônus muscular	
• Músculos totalmente relaxados sem tônus	1
• Tônus reduzido	2
• Tônus normal	3
• Tônus aumentado e flexão de extremidades	4
• Rigidez muscular extrema e flexão de extremidades	5
8. Tensão facial	
• Músculos faciais totalmente relaxados	1
• Músculos faciais com tônus normal, sem tensão facial evidente	2
• Tensão evidente em alguns músculos da face	3
• Tensão evidente em todos os músculos da face	4
• Músculos faciais contorcidos	5

Segundo Guinsburg (2010), no protocolo de avaliação da dor a NIPS deve ser avaliada pelos técnicos de enfermagem junto com os sinais vitais, a EDIN deve ser aplicada pelas enfermeiras a cada turno e a BIIP pelos médicos sempre que a NIPS e/ou a EDIN estão alteradas ou em crianças com possível indicação de analgesia ou, ainda, em uso de analgésicos.

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2013) após criteriosa avaliação pode-se realizar as intervenções necessárias para controle e alívio da dor do recém nascido.

2.3 AÇÕES PARA ALÍVIO DA DOR

2.3.1 Intervenções farmacológicas

Segundo o Ministério da Saúde (2013) o uso de analgésicos precisa ser considerado nos RNs portadores de doenças potencialmente dolorosas e/ou submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não. Entre as principais situações nas quais a analgesia no período neonatal deve ser indicada, destacam-se:

- a) Procedimentos dolorosos agudos: drenagem torácica, intubação traqueal eletiva, inserção de cateteres centrais e de cateteres de diálise, punção líquórica, múltiplas punções arteriais e/ou venosas e/ou capilares.
- b) Procedimentos cirúrgicos de qualquer porte.
- c) Enterocolite necrosante, na fase aguda da doença.
- d) Tocotraumatismos, como fraturas ou lacerações extensas.

Nos RNs intubados e em ventilação mecânica, há controvérsia a respeito dos possíveis benefícios da analgesia com opioides, uma vez que estudos recentes relacionam seu uso a desfechos desfavoráveis. Portanto não existem indicações absolutas para o uso de analgesia no período neonatal e seu emprego profilático é extremamente discutível nessa faixa etária, em virtude do desconhecimento da segurança em longo prazo dos fármacos empregados (CLOHERTY, 2005).

2.3.2 Analgesia não farmacológica

Segundo o Ministério da Saúde as intervenções não farmacológicas têm sido recomendadas para o alívio e manejo da dor durante procedimentos relacionados à dor

aguda. Possuem eficácia comprovada e apresentam baixo risco para os bebês, assim como baixo custo operacional no que se refere aos cuidados intensivos.

- a) **Estratégias ambientais:** promover a presença dos pais no ambiente de UTI próximo ao RN, estabelecimento do ciclo dia-noite, promoção do sono e repouso, redução da manipulação, redução do ruído, uso mínimo de fitas adesivas, otimização de monitoração não invasiva, distração alternativa como música e treinamento dos profissionais (TAMEZ, 2010).
- b) **Estimulação sensorial:** estímulos táteis, vestibulares, cinestésicos, visuais e auditivos como toque, embalo, massagens e fala, parecem reduzir o choro, reduzindo conseqüentemente o estresse especialmente após os procedimentos (CLOHERTY, 2005).
- c) **Sucção não nutritiva:** oferecer a chupeta ou o dedo para o recém-nascido sugar durante e após o procedimento doloroso tem se mostrado efetiva na redução da hiperatividade, desconforto e dor (TAMEZ, 2010).
- d) **Substâncias doces e amamentação:** a administração de sacarose com ou sem sucção nutritiva (chupeta) com gotas de sucrose e a amamentação têm se mostrado efetivos na redução da dor de neonatos frente a procedimentos dolorosos isolados (MAIA, 2011).
- e) **Contenção e posicionamento:** a contenção e o posicionamento do neonato, de modo geral em flexão, durante procedimentos dolorosos, têm demonstrado reduzir choro e aumentar a estabilidade nos ciclos dormir-acordar (TAMEZ, 2010).
- f) **Contato pele a pele:** o contato pele a pele do RN com a mãe, chamado “mãe-canguru” tem revelado um aumento dos laços afetivos dos neonatos com os pais, melhora no sistema imunológico, aumento na duração do sono profundo e diminuição do choro frente a procedimentos dolorosos (MAIA, 2011).

Intervenções não farmacológicas podem prevenir, reduzir ou eliminar a dor no neonato, devendo ser empregadas, isoladamente, ou em conjunto com medidas farmacológicas.

3 MÉTODO

O presente trabalho caracteriza-se por propor uma nova tecnologia de cuidado ou conduta a ser implementado na UTI neonatal do Estado de RR após discussão da equipe.

O protocolo proposto será apresentado a equipe multidisciplinar atuante na UTI neonatal do Hospital Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré que é a única UTI neonatal do Estado de RR, assim a mesma recebe toda a demanda do Estado de Roraima e adjacências.

O levantamento bibliográfico para construção do protocolo foi realizado durante o primeiro semestre do ano de 2014 através de pesquisa nas bases de dados LILACS, MEDLINE e BDNF. Após análise da bibliografia levantada foi destacado os pontos relativos ao protocolo proposto para manejo da dor dos recém-nascidos que estão internados na unidade.

Considerando que a UTI NEONATAL do Estado de Roraima não possui um protocolo vigente para manejo da dor dos RNs que estão internados na unidade esse projeto deve como objetivo propor um protocolo a ser implementado, considerando como protocolo um registro dos atos oficiais a serem realizados.

3.1 Construção do Protocolo

O protocolo proposto consta de três etapas:

- a) Apresentação e Discussão;
- b) Implantação propriamente dita;
- c) Feedback e Educação Continuada.

Inicialmente para difundir a ideia do protocolo o mesmo deve ser apresentado e discutido juntamente com a equipe multidisciplinar a fim de sanar dúvidas e possivelmente incluir opiniões.

O manejo da dor inclui avaliação e terapêutica adequada, seja ela farmacológica ou não. Para avaliação da dor em RNs são indicadas inúmeras escalas pelo Ministério da Saúde, sendo que duas dessas estão inclusas na proposta do protocolo e para serem aplicadas de forma imparcial e regular toda a equipe deve ser treinada. Faz-se

necessário também treinamento a respeito das possibilidades de ações para alívio da dor no RN.

3.2 Implementação do Protocolo

Após a equipe treinada o protocolo será implementado de fato. A proposta contém duas escalas a serem utilizadas, a NIPS aplicada pelos técnicos de enfermagem a cada verificação de sinais vitais, sendo este tópico incluído no prontuário conforme é orientado pelo Ministério de Saúde. A segunda escala integrante do protocolo é a EDIN a ser utilizada pelos enfermeiros a cada turno de trabalho a fim de avaliar dor e desconforto por períodos mais prolongados, sendo também incluso a prontuário.

Após avaliação através das escalas de dor a equipe estará capacitada para realizar ações de alívio da dor de forma não farmacológica e comunicar a equipe médica quando houver necessidade de medidas farmacológicas.

Por fim, deve haver por parte da equipe multidisciplinar um *feedback* após aproximadamente dois meses de implantação do protocolo, para avaliar a relevância da escala e analisar os pontos positivos e dificuldades encontradas na implantação e realizar as mudanças necessárias.

4 RESULTADO E ANÁLISE

Como já citado anteriormente por Dutra (2006), a dor deve ser avaliada como quinto sinal vital já que pode exercer grande influência na recuperação e qualidade de vida dos RNs.

O uso de um protocolo para manejo da dor nos RNs da UTI Neonatal do Estado de Roraima é um indicador de qualidade de serviço garantindo um atendimento seguro e humanizado para os RNs que se encontram hospitalizados.

Como resultados desse projeto apresentamos abaixo os protocolos de dor construídos de acordo com a literatura recente, e com a necessidade das equipes e serviços de saúde.

QUADRO 1: PROTOCOLO PARA MANEJO DA DOR NOS RNS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ		ÁREA: UTI NEONATAL	
ROTINA: MANEJO DA DOR DOS RNS			
<p>É grande importância a avaliação da dor dos RNs através do uso de escalas pré-estabelecidas já que sabe-se que a dor pode causar efeitos negativos na recuperação dos RNs durante o período de internação como aumento das necessidades de oxigênio, aumento de demandas do sistema cardiovascular, aumento da glicose sanguínea, mudanças na perfusão sanguínea periférica, diminuição do ganho de peso e outros. Além de quando esta é persistente afeta o sistema imunológico, suprimindo.</p> <p>O manejo da dor inclui avaliação integral e individual e ações para alívio da mesma diante de situações potencialmente dolorosas.</p>			
1. AVALIAÇÃO			
1.1 Escala NIPS : a ser usada pelos técnicos de enfermagem a cada verificação de sinais vitais e anotados juntamente ao mesmo.			
Parâmetro	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Flexão ou extensão	-
Pernas	Relaxadas	Flexão ou extensão	-
Estado de alerta	Dormindo ou calmo	Desconfortável	-
Define-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 4			
Fonte: Ministério da Saúde, 2013			

1.2 Escala **EDIN**: a ser aplicada pelo enfermeiro plantonista e anotada junto a sua evolução.

Parâmetro	Pontuação – definição
Atividade facial	0 – relaxada 1 – testa ou lábio franzidos, alterações transitórias da boca 2 – caretas frequentes 3 – mímica de choro ou total ausência da mímica
Movimento corporal	0 – relaxado 1 – agitação transitória; geralmente quieto 2 – agitação frequente, mas é possível acalmar 3 – agitação persistente, hipertonía de membros superiores e inferiores
Qualidade do sono	0 – dorme com facilidade 1 – dorme com dificuldades 2 – cochilos curtos e agitados 3 – não dorme
Contato com enfermagem	0 – atento à voz 1 – tensão durante a interação 2 – chora a mínima manipulação 3 – não há contato, geme a manipulação
Consolabilidade	0 – quieto e relaxado 1 – acalma rápido com voz, carinho ou sucção 2 – acalma com dificuldade 3 – não acalma, sua desesperadamente
Defini-se dor quando a pontuação é maior ou igual a 7	

Fonte: Ministério da Saúde, 2013.

2. AÇÕES PARA ALÍVIO DA DOR

Tem como finalidade prevenir ou reduzir a intensidade de um processo doloroso causado por procedimentos rotineiros como pulsão venosa, dissecação de veia, colocação de dreno de tórax, pós operatório, infecção, fraturas ou lacerações de pele, ventilação mecânica, coleta de exames, administração de medicações e outros.

2.1 Métodos não farmacológicos: Ações a serem realizadas por toda equipe multidisciplinar antes, durante e após procedimentos dolorosos leve.

- a) Reduzir o manuseio: agrupar todos os cuidados;
- b) Posicionar e envolver o bebê em fraldas durante os procedimentos;
- c) Dois minutos antes do procedimento doloroso oferecer solução glicosada com ou sem sucção não nutritiva;
- d) Sucção não nutritiva: chupeta ou dedo;
- e) Reduzir a intensidade da iluminação e ruídos após os procedimentos;

- f) Tocar ou massagear após os procedimentos: estimular participação dos pais;
- g) Método canguru: possível durante alguns procedimentos e efetivo após os procedimentos;
- h) Levar ao colo após procedimentos;
- i) “Ninho” posicional ou contenção após procedimentos;
- j) Orientar a mamentação após procedimento doloroso.

2.2 Métodos farmacológicos: Diante das avaliações rotineiras relacionadas a dor do RN comunicar a equipe médica esta se apresentar de forma prolongada, moderada ou grave e as intervenções não farmacológicas não forem suficientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revela a importância do manejo adequado da dor em RNs, visto que a não valorização deste dado pode implicar em um tempo de internação mais prolongado, danos neurológicos imediatos e até permanente.

Tendo em vista os resultados encontrados nos diversos estudos, a avaliação da dor deve ser preocupação do enfermeiro, considerando que a identificação de sinais algícos e sua caracterização, são ferramentas importantes para o cuidado do RN.

Faz-se necessário o treinamento, bem como a sensibilização da equipe multidisciplinar com relação à avaliação e alívio da dor do RN, internado na UTI Neonatal.

Ainda 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 RN.

O manejo efetivo da dor deve ser visto como indicador de qualidade do serviço oferecido, garantindo um atendimento humanizado, de qualidade e livre de danos.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A. J. C. de; ROLIM, K. M. C. **Bases científicas do acolhimento amoroso ao Recém-Nascido**. Revista de Pediatria do Ceará, v. p. 27 – 32, 2006.

AVERY, G. B. **Perspectivas em neonatologia**. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978.

AVERY, G. B. **Perspectivas na década de 1990**. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. **A humanização dos serviços e o direito à saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

BOWLBY, J. **Trilogia Apego e Perda**. Volumes I e II. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CNS 196/96 e outras)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao RN de Baixo Peso – Método Canguru** – Manual Técnico, Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto MultiplicaSUS: curso básico sobre o SUS: re)descobrimo o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos / [Heloisa Marcolino (Coord.) et al.]**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 74, 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Editora do Ministério da Saúde. Brasília, p. 52, 2006

CARVALHO, M. **O ambiente da UTI Neonatal e sua repercussão na assistência ao recém-nascido**. IN Simpósio de Neonatologia. Rio de Janeiro, 1997.

CORIAT, E. **Psicanálise e clínica de bebês**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1997.