

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JÚLIA CLÁUDIA SILVA DE OLIVEIRA

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UTI NEONATAL
SOBRE A DOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JÚLIA CLÁUDIA SILVA DE OLIVEIRA

**O CONHECIMENTO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL EM UTI NEONATAL
SOBRE A DOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

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

Prof.^a Me. Orientadora: Janaina Carvalho Braz

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado *O Conhecimento da Equipe Multiprofissional em UTI Neonatal sobre dor: Relato de experiência* de autoria da aluna **Júlia Cláudia Silva de Oliveira** 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 Lactente**.

Prof^ª. Me. Janaina Carvalho Braz
Orientadora da monografia

Prof^ª. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Prof^ª. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

DEDICATÓRIA

Dedico esta monografia primeiramente a DEUS, por ter me dado à oportunidade de crescimento profissional.

Ao meu esposo Walter Ricardo pela paciência e incentivo nos momentos ausentes.

As minhas filhas Bruna Rafaela e Brenna Engrácia pelo incentivo e pelos vários momentos que tive que viajar e ficar longe.

A equipe da UTI Neonatal, a qual participou diretamente desta monografia dando a sua contribuição e seu incentivo em busca de novos conhecimentos.

A Universidade Federal de Santa Catarina pela organização desta especialização e pelo grande empenho de toda a sua equipe para que todos pudessem chegar até aqui.

Dedico a todos os recém-nascidos que ficaram e estão internados nessa unidade de tratamento infantil, que a cada dia possamos prestar uma assistência de melhor qualidade a esses seres tão pequenos e indefesos.

Dedico a todos que direta ou indiretamente contribuíram para o término de mais uma jornada na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado força e discernimento para concluir essa caminhada.

Agradeço especialmente a Tutora Daiana Mattias pela grande contribuição nessa jornada, pelo seu incentivo, carisma e atenção. Obrigado por tudo!

A minha orientadora, Janaina Carvalho pelas orientações e tempo destinado a essa monografia.

A Universidade Federal de Santa Catarina que organizou e executou essa especialização de fundamental importância para o crescimento profissional de todos.

A minha amiga e companheira de serviço e desta especialização, **Suziane Giroux** que juntas enfrentamos as mais diversas dificuldades para chegarmos até aqui.

A coordenação de enfermagem do Hospital Regional de Tucuuruí, **Ailson Veloso Junior**, o qual nunca colocou dificuldade para liberação nas datas dos encontros presenciais.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 OBJETIVOS	08
2.1. OBJETIVO GERAL.....	08
2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO.....	08
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	08
3.1 CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA DOR.....	08
3.1.1 Fisiologia da dor	09
3.1.2 Trajeto da dor	09
3.2 EFEITOS DA DOR NO RN.....	09
3.3 AVALIAÇÃO DA DOR.....	10
3.3.1 Sistema de Codificação Facial Neonatal –(NEONATAL FACIAL CODING SYSTEM-NFCS)	10
3.3.2 A escala de avaliação da dor neonatal (NEONATAL INFANT PAIN SCALE-NIPS)	11
3.3.3 O escore para avaliação da dor pós-operatório do RN	11
3.3.4 O perfil de dor no RN pré-termo	11
3.3.5 A escala objetiva de dor HANALLAH	12
3.4 AVALIAÇÃO E ALÍVIO DA DOR NO NEONATO.....	12
3.4.1 Movimento Corporal	14
3.4.2 Mímica Facial	15
3.4.3 Choro	15
3.4.4 Respostas Comportamentais Complexas	16
3.5 INTERVENÇÕES PARA PREVENIR E ALIVIAR A DOR NO NEONATO.....	16
3.5.1 Ambientais	16
3.5.2 No recém-nascido	17
3.5.3 Aos pais	17
4. MÉTODO	18
5. RESULTADO E ANÁLISE DOS DADOS	18
5.1- O PERFIL DA EQUIPE.....	18
5.2- RECONHECIMENTO DA DOR NO RN.....	19
5.3- SINAIS DE DOR NO RN RECONHECIDOS PELA EQUIPE.....	19

5.4- MEDIDAS DE ALÍVIO DA DOR NO RN.....	20
5.5-CONHECIMENTO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR NO NEONATO..	20
5.6- BENEFÍCIOS DO CONTROLE DA DOR NO NEONATAL.....	20
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
CRONOGRAMA.....	24
APÊNDICE.....	25

RESUMO

O estudo tem como objetivo identificar o conhecimento pela equipe multiprofissional que atua na UTI Neonatal do Hospital Regional de Tucuruí-Pa sobre dor, identificar como os profissionais reconhecem a mesma no Recém-nascido (RN) e quais as medidas tomadas para amenizá-la, os dados foram coletados no mês de janeiro e fevereiro de 2014, com 24 profissionais de saúde que prestam assistência direta aos recém-nascidos. A metodologia utilizada foi um relato de experiência de caráter descritivo, adotando uma abordagem qualitativa, onde as informações coletadas foram realizadas através de um questionário semiestruturado com instrumentos e indicadores que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas podendo auxiliar na quantificação e qualificação da dor no neonato. Na análise dos dados observou-se que a equipe em sua grande maioria identifica a dor no neonato através do choro e expressões faciais, utilizando medidas de alívio de dor, como o uso da glicose 25%, medidas de conforto e analgesia prescrita.

Palavras chaves: dor, recém-nascidos, unidade de terapia intensiva neonatal

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos 25 anos houve grande progresso no conhecimento sobre os mecanismos da dor e a resposta ao estímulo nociceptivo no Recém-Nascido (RN) (NÓBREGA, 2007).

Assim, os neonatos eram considerados incapazes de responder aos estímulos dolorosos, devido à imaturidade orgânica, e conseqüentemente, não eram utilizadas práticas adequadas para o tratamento da dor em unidades de terapia intensiva neonatal (NÓBREGA, 2007).

Na última década, estudos sobre a fisiologia da dor demonstraram que o RN estímulo doloroso. Sabe-se que o RN possui um sistema nociceptivo intacto e funcional, sendo a densidade de terminações nervosas nociceptivas na pele do RN semelhantes ou até superior às observadas na pele do adulto (NOBREGA, 2007).

Os avanços recentes na área da UTI neonatal possibilitaram aumento da sobrevivência de RN extremamente prematuros e/ou gravemente doentes. Por outro lado, o tratamento dessas crianças inclui um grande número de procedimentos dolorosos (NOBREGA, 2007).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) relata que cada RN internado em UTI recebe de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos ao dia, e o RN com peso menor que 1000g sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua internação.

Apesar do conhecimento sobre os efeitos imediatos e tardios da dor experimentada pelo RN, as medidas de alívio ainda não são realizadas rotineiramente nas unidades neonatais, (PRESTES, 2005).

Esse fato pode ser explicado, em parte pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o tema. A equipe multiprofissional que atua na UTI neonatal deverá utilizar instrumentos para identificar e avaliar adequadamente a dor e o estresse no neonato.

A referida pesquisa teve como objetivo geral identificar o conhecimento da equipe multiprofissional em UTI neonatal sobre dor. Este tema possui grande relevância no âmbito da neonatologia, mediante o qual, pretendemos identificar o conhecimento da equipe que atua com o neonato, como também as condutas para aliviar esse sintoma.

Esse estudo proporcionou um avanço na assistência do neonato, visto que possibilitará, após seu término, a aplicação de protocolo para o alívio da dor no neonato, assim como, a realização de treinamentos com a equipe multiprofissional favorecendo a sua aplicabilidade.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL:

- Conhecer a percepção da dor no neonato pela equipe multiprofissional que atua na UTI Neonatal do Hospital Regional de Tucuruí-Pa.

2.2. OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Conhecer se a equipe multiprofissional sabe identificar os sinais de dor no RN;
- Verificar o conhecimento da equipe multiprofissional sobre as escalas de avaliação de dor no neonato;
- Identificar a realização de algum tipo de tratamento farmacológico ou não farmacológico perante a dor do RN pela equipe multiprofissional.
- Baseado no resultado da pesquisa montar protocolos e normas para o manejo da dor no RN.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1- CONCEITOS FUNDAMENTAIS DA DOR

A Associação Internacional de Estudos da Dor (IASP) (1986) afirma ser a dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial (GAIVA, 2003).

Pelo fato de ser a dor uma sensação íntima e pessoal torna-se impossível conhecer com exatidão a dor do outro. Nesse contexto, a dor dos indivíduos que não podem exprimi-la através de palavras torna-se um fenômeno a parte.

“Dor é uma sensação subjetiva e complexa, manifestada através de respostas fisiológicas e comportamentais, sendo afetada por fatores biológicos, emocionais, intelectuais e culturais (GAIVA, 2003, P.166)”.

A dor tem como objetivo principal o de proteção, e ocorre quando existe uma lesão de tecidos. As terminações nervosas livres encontradas na pele e em outros tecidos possuem receptores da dor, localizados nas camadas superficiais da pele e em certos órgãos como o periósteo, paredes arteriais, superfícies articulares, foice e tentório da calota craniana (TAMEZ & SILVA, 2006).

A avaliação da dor no recém-nascido deve ser considerada o quinto sinal vital, isto é, ela deve ser incorporada à avaliação do indivíduo em cada verificação de sinais vitais. Dessa maneira, o paciente será avaliado com frequência, e intervenções apropriadas para o controle da dor, quando necessário, serão aplicadas (TAMEZ & SILVA, 2006).

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

O manejo da dor é importante, pois passa por ações éticas e humanitárias voltadas ao neonato; afetam o desenvolvimento deste paciente, e prejudicam sua recuperação dentro do ambiente de cuidado intensivo neonatal (TAMEZ & SILVA, 2006).

Achados recentes sugerem que a exposição repetida a estímulos dolorosos no período neonatal pode transformar a natureza da experiência da dor e a sua expressão na infância e, talvez, na vida adulta (BRASIL, 2011).

3.1.1- Fisiologia da dor

O sistema nervoso é composto de dois componentes funcionais: sistema nervoso periférico (SNP) e sistema nervoso central (SNC). Antes mesmo do nascimento, o feto é capaz de perceber e processar estímulos. As terminações nervosas surgem na região perioral já na 7ª semana de gestação, seguindo para a face, palma das mãos e sola dos pés na 11ª semana de gestação, no tronco e extremidades proximais na 15ª semana (TAMEZ & SILVA, 2006).

Tamez & Silva (2006) afirmam que a conexão entre os neurônios sensoriais periféricos e o corno dorsal espinhal central inicia-se com 12 semanas de gestação e está completa na 30ª semana de gestação. Ao redor da 20ª à 24ª semana de gestação, as sinapses nervosas estão completas para a percepção da dor. Segundo as mesmas autoras é através do sistema nervoso periférico que o estímulo da dor é percebido e captado. Os nervos sensoriais e motores da coluna espinhal conectam os tecidos e órgãos ao sistema nervoso central, completando assim esse sistema.

3.1.2- Trajeto da dor

O trajeto da dor iniciando-se nos nociceptores, seguindo através de fibras A-delta e fibras C. A dor então é transmitida pela coluna espinhal, onde atinge o corpo dorsal dessa. A partir daí, a dor pode ser modificada de acordo com a presença de outros estímulos do próprio cérebro ou periféricos. O sinal da dor é transmitido para o cérebro através do caminho dos nervos espinotalâmicos e retículo espinhal, onde a percepção da dor ocorre. Uma vez que a sensação atinge o cérebro, respostas emocionais podem aumentar ou diminuir a intensidade da dor percebida (TAMEZ & SILVA, 2006).

3.2 - OS EFEITOS DA DOR NO RN

Os efeitos imediatos da dor incluem:

1. Redução do volume-minuto e capacidade vital dos pulmões com aumento do CO₂ e das necessidades de O₂, acidose metabólica.
2. Aumento das demandas do sistema cardiovascular (aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).
3. Aumento do metabolismo, levando a um desbalanço do sistema endócrino, como aumento da glicose sanguínea, lactato, ácidos graxos.
4. Resposta do sistema nervoso simpático levando a hipo ou hipertensão arterial, mudanças na perfusão sanguínea periférica, aumento ou diminuição da temperatura corporal.
5. A liberação de endorfinas no processo também pode levar a hipotensão e apneia.
6. Diminuição da secreção da insulina levando a uma diminuição do ganho de peso.

3.3- AVALIAÇÃO DA DOR

A avaliação da dor no RN deve ser considerada o quinto sinal vital, isto é, deve-se incorporar sua avaliação em cada verificação de sinais vitais. Dessa maneira, o paciente será avaliado com frequência, e intervenções apropriadas para o controle da dor serão aplicadas, quando necessário.

Como já apontado anteriormente, uma vez que o RN não possui comunicação verbal, avaliar a sua dor torna-se um grande desafio. Desse modo, é preciso lançar mão de meios que permitam uma avaliação fidedigna da dor do RN. A utilização de instrumentos ou indicadores que levam em conta alterações comportamentais e fisiológicas pode auxiliar na qualificação e quantificação da dor no período neonatal (TAMEZ, 2006).

Segundo Crescêncio, *et al* (2009), para que os profissionais de saúde de neonatologia possam atuar terapeuticamente diante de situações possivelmente dolorosas é necessário dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor.

3.3.1-Sistema de Codificação Facial Neonatal (Neonatal Facial Coding System – NFCS)

É um sistema válido e confiável para quantificar expressões faciais associados à dor. Pode ser utilizada em RN pré-termo, a termo e em lactentes com até quatro meses de idade.

Seus indicadores são:

- Fronte saliente
- Fenda palpebral estreitada
- Sulco naso-labial aprofundado
- Boca aberta
- Boca estirada (horizontal ou vertical)
- Língua tensa
- Protrusão da língua
- Tremor de queixo

A NFCS é a escala mais difundida para uso clínico pela sua facilidade de uso.

3.3.2- A Escala de Avaliação Da Dor Neonatal (Neonatal Infant Pain Scale – NIPS)

Essa escala é composta por cinco indicadores comportamentais e um fisiológico:

- Expressão facial
- Choro
- Respiração
- Posição dos braços
- Posição das pernas
- Estado de consciência

A NIPS pode ser utilizada em RN pré-termo e a termo. A pontuação varia de zero a sete, definindo dor para valores maiores ou iguais a quatro.

3.3.3- O Escore para Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido (Crying Requires O2 For Saturation Above 90% Increased Vital Signs, Expression And Sleeplessness- CRIES).

É utilizado para RN a termo e possui os indicadores:

- Choro
- Saturação de oxigênio
- Frequência cardíaca
- Pressão sanguínea
- Expressão facial
- Sono

Esses indicadores devem ser aplicados a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e a cada quatro horas, por pelo menos 48 horas. Quando o escore for superior ou igual a cinco, devem-se administrar medicações para o alívio da dor.

3.3.4- o perfil de dor do pré-termo (premature infant pain profile - PIPP)

Utilizado para avaliar a dor em RN pré-termo e a termo; possui sete parâmetros:

- Idade gestacional
- Estado de alerta
- Frequência cardíaca
- Saturação de oxigênio
- Fronte saliente
- Olhos franzidos
- Sulco naso-labial

Um escore superior a 12 indica dor moderado a intensa.

3.3. 5- A Escala Objetiva de Dor Hannallah

É prática e possibilita uma avaliação fidedigna através da linguagem corporal, mesmo sem verbalização. Uma pontuação maior ou igual a seis significa dor. Baseada em cinco parâmetros: (VIANA *et al*, 2006).

- Pressão arterial sistólica
- Movimentação
- Postura

-Choro

-Agitação

Uma vez identificada à dor, é preciso que a mesma seja minimizada ou até mesmo extinguida. Nesse sentido, os procedimentos de alívio da dor devem ser implementados. Eles aumentam a homeostase e a estabilidade do RN e são essenciais para o cuidado e suporte aos neonatos imaturos, a fim de sobreviverem ao estresse (CRESCÊNCIO, *et al*, 2009).

3.4- AVALIAÇÃO E ALÍVIO DA DOR NO NEONATO

Com relação às intervenções para o alívio da dor em neonatos existe um conjunto de procedimentos farmacológicos. Entre os procedimentos não farmacológicos, podemos citar:

1. Sucção não nutritiva.
2. Mudança de decúbito.
3. Suporte postural
4. Diminuição de estimulações táteis.
5. Aleitamento materno precoce.
6. Glicose oral antes e após aplicação de um estímulo doloroso.

Tais procedimentos têm sido utilizados para o manejo da dor durante procedimentos dolorosos para facilitar a organização e auto regulação dos neonatos pré-termo. No entanto, ainda ocorrem muitas discussões e controvérsias acerca do método mais eficaz para o alívio da dor. De maneira geral, os profissionais de saúde expressam dificuldades em diagnosticar e lidar com a dor no RN, muitas vezes por fragilidade nos conhecimentos básicos sobre a experiência dolorosa dessa clientela.

Apesar de todos os avanços acerca da dor e dos recursos terapêuticos disponíveis, observa-se que ainda persiste o distanciamento entre o conhecimento teórico e a prática na avaliação da dor e no seu manejo, na maioria dos serviços neonatais. Os profissionais de saúde não são preparados para aliviar a dor e o sofrimento do cliente e, sim para curar.

Segundo Guinsburg (2010), a linguagem da dor no RN apresenta uma série de parâmetros físicos e comportamentais que se modificam diante de um estímulo doloroso, desde frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial e níveis hormonais, até movimento corporal, mímica facial e choro.

Dentre os parâmetros fisiológicos para avaliação da dor, os mais utilizados na prática clínica são a frequência cardíaca, a frequência respiratória e a pressão arterial sistólica.

Essas medidas, embora objetivas, não são específicas. Observam-se alterações similares após um estímulo nociceptivo ou depois de um estímulo desagradável, mas não doloroso. Os parâmetros fisiológicos parecem úteis para avaliar a dor na prática clínica, mas, em geral, não podem ser usados de forma isolada para decidir se o RN apresenta dor e se há necessidade do uso de analgésicos (GUINSBURG, 2010).

Com relação à quantificação da resposta endócrino-metabólica de estresse para a avaliação da dor do RN, outras questões metodológicas devem ser discutidas, além da sua baixa especificidade (GUINSBURG, 2010).

Nesse caso, os maiores problemas estão relacionados à necessidade de um procedimento doloroso para a coleta da amostra a ser analisada (em geral, uma punção venosa) e à demora entre o momento da coleta do exame e a obtenção do resultado, postergando a decisão terapêutica quanto à necessidade ou não de analgesia. Além disso, o custo das dosagens hormonais pode inviabilizar a sua utilização rotineira na prática clínica, como método de avaliação da necessidade de alívio da dor no período neonatal (GUINSBURG, 2010).

A avaliação comportamental da dor fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, após um estímulo doloroso (GUINSBURG, 2010).

As respostas comportamentais à dor mais estudadas são a resposta motora à dor, a mímica facial, o choro e o padrão de sono e vigília. Tem-se atribuído importância crescente a essas medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica ao estímulo doloroso quando comparadas aos parâmetros fisiológicos, acima descritos. Apesar disso, a avaliação comportamental da dor peca pela falta de objetividade, dependendo da interpretação do observador acerca dos comportamentos avaliados. Tal fato dificulta a aplicação clínica das medidas comportamentais para a decisão da necessidade ou não de analgesia no RN (GUINSBURG, 2010).

Serão discutidas, aqui, com maior detalhamento as alterações comportamentais desencadeadas pela dor, que, em última análise, se constituiriam na linguagem da dor no RN.

3.4.1-Movimento Corporal

Diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades (GUINSBURG, 2010).

Após a punção capilar no calcanhar, sabe-se que em 0,3 segundos o paciente retira a perna não puncionada, em 0,4 segundos retira a perna puncionada e em 1,8 segundos ele chora. Essa resposta corporal à dor, "milimetricamente" organizada, parece estar presente mesmo nos prematuros. Ou seja, existe uma linguagem corporal em resposta ao estímulo doloroso no recém-nascido (GUINSBURG, 2010).

A questão que se coloca, quando se aceita a resposta motora como expressão de dor, é se tal resposta é específica ao estímulo doloroso. A movimentação corporal não aparece só em reação à dor, mas pode ser obtida também diante de outros estímulos desagradáveis, porém não dolorosos. Assim, embora o recém-nascido movimente tronco e membros quando tem dor, este achado não pode ser utilizado como índice único da existência do fenômeno doloroso (GUINSBURG, 2010).

Além disso, parece haver uma variação individual na amplitude da resposta motora. Desse modo, a movimentação corporal parece ser uma "letra" do "alfabeto" da expressão da dor no período neonatal, mas outros elementos são necessários para que se formem "palavras" decodificáveis (GUINSBURG, 2010)

3.4.2- Mímica Facial

As alterações de mímica facial constituem um dos eixos fundamentais no estudo da expressão da dor no recém-nascido. Nessa faixa etária, parecem existir expressões faciais específicas da dor, consistindo de fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entre abertos, boca estirada no sentido horizontal ou vertical, língua tensa e tremor de queixo (GUINSBURG, 2010).

Segundo Grunau, Craig (1987), em resposta à dor, 95-98% dos RN a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações. As mesmas características não são demonstradas quando se submete estes pacientes a um estímulo desagradável, mas não doloroso. Ou seja, a mímica facial parece se constituir em uma forma de linguagem de dor mais facilmente entendida pelo adulto. Entretanto, as alterações da mímica facial não trazem informações a respeito da qualidade ou da intensidade do fenômeno doloroso.

É difícil, portanto, a utilização apenas da movimentação da face na tomada de decisões terapêuticas, à beira do leito, em unidades de terapia intensiva neonatal.

Além disso, sabe-se que, com certeza, há alterações da mímica facial em resposta aos estímulos dolorosos agudos, mas não se sabe o que acontece diante de um estímulo prolongado ou repetitivo. Os autores pontuam até que ponto há um fenômeno de habituação

ou até mesmo se a criança continuará a exprimir, através de sua face, a dor que sente. Apesar dessas dúvidas, as alterações da mímica facial vêm sendo uma das ferramentas mais empregadas no estudo da dor do RN (GUINSBURG, 2010).

3.4.3- Choro

Outro parâmetro que faz parte do repertório de expressões da dor no período neonatal, e que as mães sem dúvida utilizam bastante, é o choro. Sabe-se que o choro do neonato, de maneira geral, apresenta uma fase expiratória definida, seguida por uma breve inspiração, um período de descanso e, de novo, uma fase expiratória. Além disso, o choro tem um padrão melódico e frequência de 80 db (GUINSBURG, 2010).

Quando o estímulo doloroso ocorre alterações sutis nos parâmetros descritos a fase expiratória fica mais prolongada, a tonalidade mais aguda há perda do padrão melódico e a duração do choro aumenta. Tais achados parecem indicar que existe, realmente, um choro específico de dor (GUINSBURG, 2010).

Segundo o mesmo autor supracitado, essas circunstâncias pode-se utilizar a movimentação facial associada ao choro, mas não o choro propriamente dito. Assim, de novo, o choro se constitui em outra "letra" do alfabeto da expressão da dor no RN, mas isoladamente não fornece informações suficientes para a decisão clínica a respeito da necessidade de analgesia.

3.4.4-Respostas Comportamentais Complexas

Além da movimentação corporal e facial e do choro, o RN expressa à dor de maneira muito mais complexa, provavelmente com o envolvimento de aspectos emocionais. Por exemplo, depois de uma circuncisão sem anestesia, o neonato permanece um tempo maior dormindo em sono não REM, quando comparado a pacientes com as mesmas horas de vida, do mesmo sexo, não circuncidados.

Alguns autores postulam que, nesses casos, a reação observada seria um mecanismo de "fuga" do meio ambiente agressor, exercido pela criança (GUINSBURG, 2010). Observa-se também uma indisponibilidade destes recém-nascidos para o contato visual e auditivo com a sua mãe, que perdura nas 24 a 36 horas seguintes ao procedimento, podendo dificultar o aleitamento materno. Isso significa que o estímulo doloroso pode interferir no padrão alimentar do RN e na relação mãe-filho. É preocupante a repetição desse fenômeno em

pacientes submetidos a reiterados estímulos dolorosos, internados por períodos prolongados em unidades de terapia intensiva, e suas possíveis cicatrizes psicológicas (GUINSBURG, 2010).

3.5- INTERVENÇÕES PARA PREVENIR E ALIVIAR A DOR NO RN

Muitos dos elementos do ambiente neonatal e os cuidados ali prestados podem ser causadores de dor ou desconforto para a criança (GAÍVA, 2003).

A integração de medidas ambientais e comportamentais, além de complementar o tratamento medicamentoso usado para reduzir a dor e o estresse neonatal, também maximiza a capacidade do RN em desenvolver suas potencialidades e habilidades (GAÍVA, 2003).

3.5.1- Ambientais

- Diminuir o excesso da luz, estabelecer o ciclo dia-noite e preservar períodos de sono e repouso;
- Reduzir os níveis de ruídos dos equipamentos e do pessoal da equipe.

3.5.2- No Recém-Nascido

- Diminuir a manipulação do neonato e agrupar os cuidados;
- Limitar os procedimentos dolorosos e utilizar os princípios do cuidado centrado no desenvolvimento;
- Reduzir a quantidade de esparadrapo e fitas adesivas para a fixação de acessos venosos a arteriais e de cânula traqueal;
- Controlar os sinais de agitação/dor antes de realizar procedimentos com o bebê;
- Durante a realização de algumas técnicas mais dolorosas (punção venosa, aspiração endotraqueal), monitorizar os sinais vitais e a saturação de oxigênio;
- Conter e posicionar o bebê na posição fletida;
- Se durante os estímulos dolorosos, envolver o bebê em manta/cueiro e colocá-lo para segurar um dedo ao cuidador;

- Se, durante o procedimento, bebê apresentar sinais de estresse/desconforto, interromper o procedimento que se está executando e implementar medidas para ele se organize.

3.5.3- Aos Pais

- Incorporar e estimular os pais a participarem dos cuidados ao neonato;
- Orientar os familiares a reconhecerem sinais de estresse e dor no RN;
- Favorecer o apego e o estabelecimento do vínculo pais-filhos;
- Estimular a presença dos pais durante procedimentos dolorosos, respeitando-se seu desejo de estar ou não presentes;
- Preparar os pais para amenizar a dor dos filhos e manterem-no organizado durante os procedimentos dolorosos com ações como: afagar; conversar; oferecer a chupeta e cantarolar para o bebê.

4 - MÉTODO

Este estudo consiste em uma modalidade de recurso tecnológico e material educativo baseado em um relato de experiência de profissionais de saúde da UTI neonatal do Hospital Regional de Tucuruí-Pa. Participaram da pesquisa 16 técnicos de enfermagem, 03 médicos, 03 enfermeiros, 01 fonoaudiólogo e 01 fisioterapeuta, tendo-se como critério, todos os profissionais de saúde atuantes em neonatologia. Todos os questionários foram aplicados no período de janeiro e fevereiro de 2014.

Os relatos foram coletados por meio de um questionário semiestruturado, composto de duas partes:

A primeira consistiu-se na identificação do perfil dos profissionais com dados relativos à profissão, tempo de formação e tempo de atuação em UTI neonatal. A segunda parte foi composta por sete perguntas abertas e fechadas acerca do tema em questão, que tem como perguntas norteadoras:

Você sabe identificar a dor no RN?

Quais os sinais de dor no RN que você reconhece?

Que medidas você utiliza para o alívio da dor no RN?

Você conhece as escalas de avaliação de dor no neonato?

Qual a escala de dor que você conhece?

Você conhece os benefícios do controle da dor no neonato?

Quais são os benefícios do controle da dor no neonato?

Por se tratar de um relato de experiência não tivemos aprovação pelo comitê de ética em pesquisa, porém mantivemos preocupações éticas baseadas no sigilo ,confidência e anonimato dos participantes.

5- RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

5.1- O PERFIL DA EQUIPE

Analisando o perfil dos 24 profissionais que participaram da pesquisa podemos observar que a equipe multiprofissional que atua nesta unidade tem um tempo de formação, em sua maioria, acima de 6 anos e que atuam de 1 a 3 anos em neonatologia; o que nos demonstra ser um serviço complexo e especializado o qual exige dos seus profissionais uma maior maturidade pessoal e profissional.

5.2- RECONHECIMENTO DA DOR NO RN

Após análise dos dados coletados observou-se que 19 dos profissionais que atuam na UTI neonatal, o que corresponde a 80% reconhecem a dor no RN.

Tal resultado indica uma mudança de paradigma, pois na década de 70, o conceito prevalente era de que o RN não sentia dor. Essa mudança, provavelmente decorre das inúmeras pesquisas publicadas sobre o assunto que tem possibilitado um melhor conhecimento por parte dos profissionais de saúde a respeito da presença da dor no período neonatal e do desenvolvimento de nocicepção deste grupo (TAMEZ,2006).

5.3- SINAIS DE DOR NO RN RECONHECIDOS PELA EQUIPE

De acordo com o questionário empregado, cada profissional da equipe percebe a dor baseada em sua vivência profissional e científica, bem como pela influência cultural. Dentre as alterações comportamentais de maior destaque identificamos o choro, expressão facial.

Ao contrário das crianças maiores e adolescentes, a dor no RN é manifestada de maneira não verbal, o que dificulta a sua identificação, além da atual carência de instrumentos que permitam a avaliação da mesma (Guinsberg, 2010). Sendo assim, a dor no RN é exteriorizada por meio de manifestações comportamentais como: choro, agitação, irritabilidade, expressão facial e alterações do sono. Assim sendo, os profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao neonato devem estar aptos a decodificar a linguagem da dor evidenciada (NEVES, 2008).

5.4- MEDIDAS DE ALÍVIO DA DOR NO RN

Dentre as medidas adotadas pelos profissionais destacou-se o uso da glicose a 25%, seguida de medidas de conforto e por último o analgésico prescrito. O uso da glicose, embora na UTIN em estudo não exista um protocolo sobre o volume e a dose a serem ofertados, é feito como medida preventiva primordial para o alívio da dor; mas seu uso é reconhecido e recomendado pelas Sociedades Americanas e Canadenses de Pediatria (VERONEZ, 2010).

Neste sentido, é importante enfatizar que o tratamento da dor se inicia por ações e atitudes de humanização, pela redução do ruído e da luz, pela observação de protocolos de intervenção mínima do RN, e pela abordagem não farmacológica da dor que alcança a terapêutica analgésica ou anestésica. O carinho, assim como as medidas não farmacológicas, deve fazer parte da rotina das UTIN, cabendo à equipe promovê-las por meio de capacitação (TAMEZ, 2009).

5.5- CONHECIMENTO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR NO NEONATO

Conforme análise, a grande maioria dos profissionais da equipe que atuam prestando o cuidado direto ao RN não conhecem as escalas de avaliação de dor no neonato o que dificulta a sua avaliação.

Na UTI em estudo não há protocolo de utilização de escalas para avaliação de dor no neonato; no entanto, sabe-se que a utilização de instrumentos ou indicadores que levam

em conta, alterações comportamentais e fisiológicas podem auxiliar na qualificação e quantificação da dor no período neonatal, facilitando assim, que o manejo da dor seja eficiente(TAMEZ,2009).

5.6- BENEFÍCIOS DO CONTROLE DA DOR NO NEONATAL

A grande maioria dos membros da pesquisa relatou o conhecimento dos benefícios do controle da dor para o neonato.

Dentre as respostas mais prevalentes que revelam os benefícios do controle da dor, encontra-se diminuição do estresse, mais tranquilidade, melhor resposta terapêutica com diminuição do tempo de internação.

As medidas de controle da dor não são rotineiramente observadas nas UTI's neonatais, porém traduzem benefícios inúmeros ao RN, principalmente no que se refere à melhora da terapêutica e diminuição do tempo de internação (PRESTES 2005).

6- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo demonstrou que a grande maioria dos profissionais que atuam na UTI neonatal do HRT sabe identificar a dor no neonato, através principalmente do choro e da expressão facial. O que nos indica uma assistência humanizada oferecida por esta equipe; porém, sem padronização de ações.

Em relação às medidas de alívio utilizadas, destacou-se o uso de glicose a 25%, medidas de conforto como; diminuição do estresse do RN por luz excessiva, ruídos e excesso de manipulação e, por último, identificamos a utilização de prescrição de analgésicos em baixa escala.

A utilização de escalas para avaliação e quantificação da dor é utilizada por poucos profissionais da equipe, dificultando uma assistência integral e igualitária a todos os RN.

Diante do exposto, nota-se que existe a necessidade de qualificação desta equipe no que se refere à padronização de condutas de identificação, quantificação, manejo do diagnóstico e tratamento da dor no RN, através de treinamentos e elaboração de normas e rotinas desse serviço.

A partir desta pesquisa iremos, juntamente com a equipe multidisciplinar, montar e implantar um protocolo de avaliação e condutas no manejo da dor no RN, buscando uma assistência de maior qualidade para os nossos pequenos pacientes.

A avaliação da dor no RN e seu manejo devem ser realizados de forma contínua e dinâmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascidos: Guias para os profissionais de Saúde**. Brasília: MS, 2011a, volume II.

CRESCÊNCIO E. da P.; Zanelato S.; Leventhal.L.C: Avaliação e Alívio da Dor no Recém-Nascido1 **Rev. Eletrônica. Enfermagem**. [Internet].2009;11(1):64-9.Availablefrom: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>

EINLOFT Liane. **Manual de Enfermagem em UTI Pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI- Editora Médica e Científica Ltda; 1996 .

GAIVA,M.A.M;DIAS,N da ;Dor no Recém-Nascido: Percepção dos Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário. **Revista. Paulista. Enfermagem**,21/ (3): 234-239,2002.

GAÍVA,M.P.M, **Cuidando do Neonato : Uma Abordagem de Enfermagem**- Goiania :AB,2003.

GUINSBURG,R. **A Linguagem da Dor no Recém –Nascido**, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010.

NEVES,F.A.M.; CORREA,D.A.M; Dor em Recém -Nascidos: A Percepção da Equipe de Saúde- **Revista Ciências Cuidados Saúde**, 2008 out/dez;7(4):461-467.

NÓBREGA F.S; SAKAI L,KREBS V.L.J; Procedimentos Dolorosos e Medidas de Alívio em Unidade de Terapia Neonatal. **Revista. Medica**.(São Paulo).2007 out.-dez.;86(4):202-6.

PRESTES A.C.Y; GUINSBURG R; BALDA, R.C.X, et tal; **Frequência do Emprego de Analgésicos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal** Universitárias .Pediatria- Rio de Janeiro 2005

TAMEZ,R.N.;SILVA,M.J. **Enfermagem na UTI Neonatal: Assistência ao Recém – Nascido de Alto Risco**. Editora Guanabara Koogan, 2006.

TAMEZ,R,N: **Intervenções no Cuidado Neuropsicomotor do Prematuro, UTI Neonatal**- Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

TOMASI;N.G.S; Yamamoto ,R.M; **Metodologia da Pesquisa em Saúde: Fundamentos Essenciais**. Curitiba: As Autoras;1999.

VIANA ,D.L;DUPAS G,PEDREIRA,M. da L.G; Avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva, Departamento de enfermagem da Universidade Federal de São Paulo,2006.

VERONEZ, M; CORREA D.A.M;**A dor e o Recém-Nascido :Percepção dos Profissionais de Enfermagem**; Hospital Universitário de Maringá; Cogitare enfermagem.2010 abril/jun;15(2):263-70 Maringá- Paraná.

APÊNDICE**QUESTIONÁRIO:****I PARTE: IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL:****1-FORMAÇÃO PROFISSIONAL:**

- () Médico () Enfermeiro () Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta
() Técnico de Enfermagem

2-TEMPO DE ATUAÇÃO EM NEONATOLOGIA:

- () menos de 1 ano
() de 1 a 3 anos
() acima de 3 anos

II PARTE: IDENTIFICAÇÃO DA DOR NO RN

A)Sabe reconhecer a dor no RN?

- () sim () não

B) Quais os sinais de dor no RN?

C) Que medidas você utiliza para aliviar a dor no RN?

D)Conhecem as escalas de avaliação de dor no RN?

E) Sabem dos benefícios do controle da dor para o RN?
