

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
DISCIPLINA TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II**

GABRIELA BOTTAN

**A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES
DA DOR DO RECÉM-NASCIDO**

PORTO ALEGRE

2007

GABRIELA BOTTAN

**A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES
DA DOR DO RECÉM-NASCIDO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como pré-requisito parcial para de Conclusão de Curso e obtenção do Título de Enfermeiro.

Orientadora: Dulce Maria Nunes

Porto Alegre

2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por todas as oportunidades que tive;

Agradeço a minha família pelo amor e pela compreensão nos momentos em que estive ausente;

À minha orientadora, Professora Doutora Dulce Maria Nunes, por tudo que aprendi, pelo estímulo e pela amizade;

Ao meu namorado pelo carinho e pelo apoio;

Aos amigos e colegas pelo companheirismo;

Às enfermeiras que aceitaram participar do estudo.

Às professoras da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança, pelo conhecimento passado;

Agradeço a todos que contribuíram para a minha formação.

RESUMO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, descritivo exploratório, com objetivo de estudar a maneira como os enfermeiros cuidadores reconhecem as manifestações de dor no recém-nascido (RN). Foi desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, teve como participantes sete enfermeiros. A coleta dos dados foi realizada entre Março e Novembro de 2007 e deu-se através uma entrevista semi-estruturada aplicada com cada sujeito. A pesquisa foi desenvolvida conforme as Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução CNS 196/96). O processo de análise de conteúdo baseou-se em Minayo (2004), originando quatro temas: “Manifestações de dor”; “Providências para o alívio da dor”; “Escalas de dor” e “Contribuição dos enfermeiros”. O estudo revelou que as enfermeiras participantes demonstraram conhecer as manifestações de dor do RN. Aludiram que alguns sinais são indícios de que o RN deve ser observado com maior frequência, levando a detectar sintomas de dor. O processo que as leva reconhecer o RN com dor implicará na necessidade de reavaliação e na ciência de se o bebê está manifestando comportamento de provável sensação dolorosa. Os participantes indicaram, no que concerne à providência de alívio da dor, ser a administração de analgésicos a medida mais empregada, em detrimento de medidas de cuidado de enfermagem. Recomenda-se às enfermeiras que as práticas de enfermagem no alívio da dor do bebê sejam estudadas com maior especificidade.

Descritores: Dor. Recém-nascido. Enfermagem.

SUMÁRIO

RESUMO	5
1 INTRODUÇÃO	6
2 OBJETIVO	7
3 REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DA DOR NO RECÉM NASCIDO	8
4 METODOLOGIA	12
4.1 Local do estudo	12
4.2 Participantes do estudo	13
4.5 Procedimento de coleta das informações	14
4.6 Organização e análise das informações	15
4.8 Risco benefício	15
5 RESULTADOS	16
5.1 Manifestações de dor	16
5.1.1 Choro	18
5.1.2 Fácies de dor	19
5.1.3 Instabilidade fisiológica	20
5.1.4 Outras manifestações	20
5.2 Providências para o alívio da dor	21
5.2.1 Medidas de Conforto	21
5.2.2 Sucção não-nutritiva	23
5.2.3 Mensuração da dor	24
5.2.4 Medidas farmacológicas	24
5.3 Escalas de dor	26
5.4 Contribuição dos enfermeiros	26
5.4.1 Conscientização dos profissionais e a evolução no tratamento da dor	27
5.4.2 A utilização de escalas como rotina	28
5.4.3 A importância do exame físico	29
5.4.4 Presença da família	29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	34
APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa	35

ANEXO A – Aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem	36
ANEXO B - Aprovação da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA	37
ANEXO C – Fácies de dor do Recém-nascido	38
ANEXO D – Escala NIPS	39

1 INTRODUÇÃO

A motivação para elaborar este estudo originou-se de uma vivência em um estágio na Unidade de Internação Neonatal onde compreendi que os diversos procedimentos dolorosos aplicados nos neonatos em prol de sua sobrevivência eram visivelmente manifestados por eles de diversas formas. Despertou-me o interesse em estudar como os enfermeiros reconhecem os sinais da dor nos Recém-nascidos (RNs).

Há RNs que por algum motivo precisam permanecer hospitalizados após o nascimento, pois sua sobrevivência é assegurada a partir de cuidados intensivos de enfermagem e são alvo de inúmeros procedimentos que provocam desconforto ou dor.

A dor nos neonatos foi por muitos anos desconsiderada por influência de inúmeros mitos e crenças como, por exemplo, a imaturidade no desenvolvimento do sistema nervoso, que os protegia da sensação dolorosa, minimizando-a. Procianoy (1994) relata que somente a partir da segunda metade da década de 1980 surgiram os primeiros trabalhos científicos mostrando as alterações a que são sujeitos os recém-nascidos quando submetidos à dor.

Segundo Gaíva (2001), a crença de que o neonato era incapaz de sentir dor prevaleceu por muito tempo em virtude da dificuldade de estudos acerca da dor. Porém, pesquisas atuais têm documentado que o RN possui todos os componentes funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso.

O reconhecimento destas expressões dolorosas e sua descrição poderão constituir-se em importante material que poderá integrar os cuidados da dor no RN.

Este conhecimento das manifestações de dor no RN, pelos enfermeiros, poderá instigar à necessidade da presença dos enfermeiros ao lado dos bebês, não apenas desenvolvendo cuidados diretos, mas possibilitando a providência imediata de cuidados que evitam o sofrimento.

Outra contribuição do estudo refere-se à possibilidade de ampliação da literatura científica de enfermagem que dispõe de poucos estudos sobre o assunto.

Sendo a dor um sinal de mal-estar e desconforto no RN, questiona-se: Como as enfermeiras reconhecem os sinais (linguagem) de dor do RN?

2 OBJETIVO

O objetivo é estudar de que maneira os enfermeiros cuidadores reconhecem as manifestações de dor no recém-nascido.

3 REVISÃO DE LITERATURA ACERCA DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Provavelmente, a primeira e mais importante razão, que contribuiu para o surgimento da medicina, foi o sintoma de dor. De todos os males que afligem o homem, a dor parece ser o que necessita ser atendido e tratado mais rápido e urgentemente. Este é o mais espetacular e, em alguns aspectos o mais desconcertante dos sistemas que desempenham um papel na manutenção de nossas vidas (FONSECA, 2006).

“A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da dor (IASP), como uma sensação e uma experiência emocional desagradável relacionada à lesão real ou potencial, ou descritas em termos de tal lesão” (BALDA, *et al.*, 2004, p. 547).

Embora o alívio da dor seja um dos princípios básicos da medicina, na prática, a analgesia em pacientes com dificuldade para verbalizar sensações e sentimentos é frequentemente ignorada. Desde 1970, numerosos estudos têm demonstrado que o subtratamento da dor é comum, especialmente em crianças e recém-nascidos. A dificuldade para reconhecer e avaliar a dor no período neonatal constitui um dos maiores obstáculos ao seu tratamento adequado nas Unidades de Terapia Intensiva. A falta de conhecimento a respeito das escalas utilizadas para avaliar a dor, das indicações para uso de analgésicos e de seus efeitos colaterais nessa faixa etária contribuiu para essa realidade (PRESTES, *et al.* 2005).

Christoffel e Santos (2001) informam que:

A temática da dor no RN e na criança despertou um maior interesse nos pesquisadores a partir da década de 80 e, atualmente, constitui uma grande preocupação de vários profissionais da área da saúde, tendo em vista os novos conhecimentos em relação à fisiopatologia, às medidas de avaliação e de manejo da dor. A necessidade de estudos pormenorizados nessa área é evidente, pois a enfermagem é a principal envolvida no manejo e nos cuidados desses clientes (p. 27).

Existem numerosas evidências científicas demonstrando que há substrato neurobiológico que torna o recém-nascido, mesmo prematuro, em condições de sentir dor, mas não de realizar de forma madura sua inibição e modulação. Admite-se que, o recém-nascido, em especial o prematuro, sente mais dor que indivíduos de faixa etárias mais velhas, principalmente quando submetidos a procedimentos dolorosos e/ou desagradáveis repetidamente (GUINSBURG; BALDA, 2003).

Segundo os mesmos autores a dificuldade para avaliação e mensuração da dor no neonato é ainda um obstáculo importante no tratamento da dor nas unidades neonatais de terapia intensiva. Ainda não há métodos específicos, sensíveis e válidos para o dimensionamento da dor nos indivíduos na fase pré-verbal. Entretanto há evidências científicas de que o recém-nascido apresenta modo característico de exprimir a dor, ou seja, parece expressar-se via “linguagem própria” de dor. O reconhecimento e a aceitação desta linguagem de dor por parte do adulto que cuida do recém-nascido é fundamental para a avaliação adequada do fenômeno nociceptivo e para a adoção de terapia eficaz.

A dor é uma experiência que se caracteriza pela complexidade, subjetividade e multidimensionalidade. No RN a dor se manifesta através de sinais corporais e fisiológicos. Apesar dos profissionais de saúde reconhecerem que o recém-nascido sente dor e manifestarem preocupação frente a essa situação, ainda hoje, a dor no RN não é percebida por muitos profissionais que atuam em UTI Neonatal e muitos deles têm dificuldades em defini-la (GAÍVA; DIAS, 2002, p. 235).

Vários são os procedimentos dolorosos e desagradáveis realizados pela enfermagem, principalmente nas Unidades de Terapias Intensivas: a punção venosa e arterial, punção do calcâneo (para glicemia e PKU), fixação de cânulas endotraqueal e dreno de tórax com adesivos (*micropore*, esparadrapos, etc.), aspiração oro-traqueal, retirada de curativos, sensores, saco coletor, talas, fricção de algodão com álcool ou sabão com água fria para anti-sepsia e limpeza da pele, retirada de catéteres e agulhas, instalação de oxigênio, principalmente sem aquecimento e umidificação, injeções intramuscular e endovenosa, mudança de decúbito, passagem de sonda gástrica (CHRISTOFFEL; SANTOS, 2001).

Guinsburg citado por Tamez 2002, refere que durante o período de hospitalização na UTI neonatal o recém-nascido recebe cerca de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia. Já os pacientes pesando menos de 1000 g sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo da internação, levando a alterações fisiológicas e afetando o desenvolvimento neurológico.

Barbosa e Vale (2006) relatam de acordo com o Ministério da Saúde¹, que ocorrem cerca de 134 manuseios diários durante a fase mais crítica de internação do RN, entre eles, diversos procedimentos dolorosos, além disso, sabe-se que o recém-nascido é mais sensível a

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Área de da saúde da criança. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método mãe canguru.** Manual do curso. Brasília: Ministério da saúde. 2002.

dor do que o adulto, isso ocorre devido à plena capacidade de percepção e a pouca capacidade de inibição da dor.

Diferente de crianças maiores e do adolescente, a dor no RN é exteriorizada de forma não-verbal através de manifestações fisiológicas e comportamentais. A maioria dos profissionais, segundo Gaíva e Dias (2002) reconhecem que o RN está com dor através de manifestações comportamentais como choro, expressões faciais, agitação, irritabilidade e alterações do sono.

No RN, onde 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 podem auxiliar na qualificação e quantificação da dor no período neonatal. Um dos problemas ao serem utilizados os indicadores comportamentais é que a habilidade do neonato em demonstrar respostas comportamentais aos estímulos dolorosos é influenciada grandemente pela maturação neuromuscular e severidade da doença (TAMEZ, 2002, p. 47).

Para a autora, a dor deve ser considerada o “quinto sinal vital”, isto é, incorporar a avaliação da dor em cada tomada dos sinais vitais. Desta forma, o paciente será avaliado com frequência, e aplicadas intervenções apropriadas para o controle da dor quando necessário.

Para Machado *et al* (2006) vários indicadores podem ser usados na avaliação, quantificação e qualificação do estímulo doloroso, e, quando são analisados em conjunto, permitem a discriminação entre a dor e outros estímulos não-dolorosos. Conhecendo-se esta série de instrumentos, é possível diagnosticar e tratar os recém-nascidos criticamente doentes, no contexto dos princípios fisiopatológicos e éticos.

Phillips (1995) cita entre os comportamentos que podem indicar dor nos RNs: choro, expressão facial, olhos apertados, boca aberta, sulco naso-labial aprofundado, tremor de queixo, protusão de língua e agitação. As reações fisiológicas que indicam dor são: aumento da frequência respiratória, frequência cardíaca e pressão arterial, redução da saturação do oxigênio, apnéia, cianose, tremores e sudorese.

Baseado nesses indicadores fisiológicos foram desenvolvidos diversos instrumentos específicos para avaliar a dor no recém-nascido. De acordo com Barbosa e Vale (2006), um desses instrumentos é o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal – NFCS, que permite ao profissional de saúde avaliar itens da mímica facial do recém-nascido. Outro método de avaliação de dor nos recém-nascidos é a Escala de Avaliação de Dor – NIPS, desenvolvida em 1989, possibilitou a união dos aspectos comportamentais e fisiológicos.

Já para os prematuros foi desenvolvida uma escala de dor específica, já que estes possuem maior dificuldade em expressar a dor, é o Perfil de Dor do Prematuro – PIPPS, onde

se avalia estado de alerta, frequência cardíaca, saturação de oxigênio, testa franzida, olhos espremidos e sulco naso-labial. Os itens são avaliados de acordo com a idade gestacional da criança. Outra medida utilizada com frequência nos Estados Unidos é o Escore para Avaliação da dor Pós-operatória do Recém nascido – CRIES, onde os parâmetros são comparados com os valores do pré-operatório.

Porém, Tamez (2002) afirma que atualmente não existem escalas válidas para a avaliação da dor no neonato de modo geral. Os instrumentos ou indicadores devem possuir validade comprovada e sem a interferência de observações pessoais do avaliador. Conclui que devem ser agregados a uma equipe de enfermagem bem treinada na observação das mudanças fisiológicas, metabólicas e comportamentais envolvidas no processo da dor.

4 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo/exploratório de acordo com a análise de conteúdo de Minayo (2004). O objeto de estudo é o conhecimento dos enfermeiros acerca da linguagem da dor no RN.

A análise de conteúdo segundo Minayo (2004) parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso a análise de conteúdo em termos gerais relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem.

4.1 Local de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Internação Neonatal (UIN) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, que se localiza no 11º andar, na ala norte do hospital. A UIN destina-se ao atendimento de bebês recém-nascidos até a criança completar 27 dias, 23 horas e 59 minutos.

A UIN atende tanto bebês saudáveis, os quais recebem os primeiros cuidados de higiene e exame físico ao nascer, após são encaminhados para o Alojamento Conjunto com suas mães. Atende também os bebês doentes que necessitam de cuidados complexos e que, muitas vezes, estão expostos a risco de vida. A UIN conta com duas salas de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e uma denominada Isolamento, onde encontram-se bebês que vêm de outros hospitais ou do domicílio, ou que possuam alguma doença com risco de contágio para os outros RNs. No total a UIN possui 53 leitos, sendo 20 para alto risco, 27 para cuidados intermediários e seis leitos para os bebês da admissão.

O Hospital de Clínicas é centro de referência para gestações de risco, pois conta com equipes especializadas tanto em Cirurgia Pediátrica, quanto em Genética, além do atendimento com utilização de equipamentos de tecnologia avançada, e profissionais especializados.

A equipe de enfermagem está distribuída em seis turnos manhã, tarde, noite I, II e III, e 6º turno (fim de semana), totalizando 22 enfermeiros e cerca de 97 técnicos de enfermagem.

4.2 Participantes do estudo

Foram escolhidos intencionalmente sete enfermeiros que atuam na UTIN, que prestam cuidados aos RNs submetidos a procedimentos. Foram incluídos enfermeiros dos turnos, manhã, tarde e noite. O número definitivo de participantes (P) deu-se pela saturação dos dados. Segundo Polit e Hungler (1995) a saturação dos dados é quando a coleta cessa de produzir novas informações e o conteúdo das entrevistas determina o número de participantes e o encerramento da coleta de dados.

Os enfermeiros participantes do estudo possuem entre 4 a 30 anos de experiência em neonatologia. Três são especialistas em neonatologia, uma é especialista em obstetrícia, as demais possuem especialização em outras áreas. Apenas duas participante não possuem pós-graduação. Uma participante está cursando mestrado em neonatologia.

Todas as enfermeiras relataram ter sido uma opção própria trabalhar com o RN.

Os critérios de inclusão foram que enfermeiros da Unidade Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, trabalhassem na unidade há mais de 60 dias. Foram respeitados os aspectos éticos e os participantes assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem (COMPESQ) (ANEXO A) e à Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG) (ANEXO B), com a finalidade de apresentar a proposta de pesquisa para análise e aprovação para a realização do estudo.

As normas éticas foram seguidas conforme as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução CNS 196/96).

Os participantes que fizeram parte da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e lhes será assegurado anonimato. Também foram informados que poderiam negar-se a participar do estudo ou desistir em qualquer das etapas propostas sem qualquer prejuízo para si e para o campo de atuação.

4.3 Procedimento de coleta das informações

A coleta das informações foi procedida pelo acadêmico de enfermagem, devidamente orientado pelo seu professor orientador do trabalho de conclusão de curso.

A data da entrevista, local e horário foram previamente agendados com cada sujeito. O instrumento utilizado durante a entrevista, continha tópicos para identificação e caracterização do sujeito e seis perguntas pertinentes ao objetivo do estudo.

O instrumento para coleta das informações (APÊNDICE B) foi composto por tópicos que nortearam uma entrevista semi-estruturada e foi aplicada com cada sujeito. Para Triviños (1987) a entrevista semi-estruturada oferece amplo campo de interrogativas, fruto de hipóteses, que vão surgindo à medida que as respostas do informante vão sendo processadas. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

Foi realizado um *rapport* com os participantes, apresentando a proposta de estudo e esclarecendo as dúvidas pertinentes. Esclarecidas todas as dúvidas, o pesquisador aplicou o roteiro de perguntas elaborado para este estudo, contendo as seguintes questões:

1. Você trabalha com Recém-nascidos (RN) há quanto tempo?
2. Trabalhar com RN foi uma opção sua ou da instituição?
3. Você reconhece quando o RN expressa dor? Que manifestações você identifica?
4. Qual a sua primeira providência para aliviar esta dor?
5. Alguma escala de dor faz parte de sua avaliação do RN? Qual?
6. O que mais você poderia dizer para contribuir com este trabalho?

Concluída a aplicação, o pesquisador possibilitou ao sujeito ouvir a gravação de seus depoimentos, o qual poderia retirar qualquer parte do material verbalizado, se assim entendesse necessário. Após transcrição, a gravação foi armazenada até que a pesquisa seja concluída; após o período de cinco anos as gravações serão inutilizadas.

4.4 Organização e análise das informações

As informações foram gravadas, transcritas e organizadas em categorias. Sua análise baseou-se na metodologia descritiva de acordo com Minayo (2004). A análise foi constituída de três fases: pré-análise, exploração do material e articulação entre os dados e referenciais teóricos da pesquisa, respondendo as questões com bases nos objetivos da pesquisa, permitindo captar os significados das experiências vivenciadas, para compreender a maneira como a dor do RN é identificada pelos enfermeiros.

4.5 Riscos e benefícios

Entendeu-se que a perspectiva metodológica adotada neste estudo não implicou em riscos aos sujeitos. Os benefícios do estudo estão na possível contribuição para o cuidado do RN para a enfermagem, esclarecendo sobre as manifestações de dor do RN, reconhecidas pelas enfermeiras e o despertar para estudos sobre outros enfoques da mesma temática.

5 RESULTADOS

O processo de análise de conteúdo deu origem a quatro temas: Manifestações de dor; Providências para o alívio da dor; Escalas de dor e Contribuição dos enfermeiros.

5.1 Manifestações de dor

A partir da questão, revelaram-se quatro categorias: O choro; Fácies de dor; Instabilidade fisiológica e Mudança no comportamento,

5.1.1 Choro

O choro foi uma das manifestações mais citadas pelos enfermeiros participantes da pesquisa como um sinal clássico de dor no RN, sendo este um sinal que alerta a pessoa envolvida no cuidado do mesmo.

Geralmente, quando é dor, eles ficam meio chorosos, contraídos [...] o choro é intenso, não passa fácil [...] P6

[...] além do choro, quando é um bebê saudável. P4

O choro é um sinal bem clássico, só que o choro podem ser muitas outras coisas. Pode ser até... querendo colo. P7

Durante os primeiros meses após o nascimento, o choro é um sinal de comunicação entre o recém-nascido e o ambiente, denotando necessidades emocionais e fisiológicas como fome e dor. Em unidades de cuidados neonatais, as experiências dolorosas fazem parte dos cuidados da criança doente e muitos procedimentos são realizados sem preocupação dos profissionais em administrar a anestesia ou analgesia adequadas, pois o recém-nascido não verbaliza a dor (BRANCO *et al.*, 2006).

Alguns enfermeiros afirmaram que quando o bebê sente dor, seu choro torna-se diferente, sendo possível de identificar com a experiência profissional. No entanto, existe uma

discussão sobre as características diferenciadas que o choro do bebê assume, nas diversas situações, como por exemplo, na fome, na dor, no desconforto, etc.

Esta participante afirma reconhecer as características do choro de dor do RN.

Um choro mais irritado, não é! Completamente diferente, de um que está, por exemplo, a gente oferece uma sucção, que tem fome, então se é um choro de fome ele já fica mais calmo, então é completamente diferente. Eu acho que eu consigo identificar um choro irritado, de um que seja por outro desconforto. P5

Sabe-se que o choro do neonato, mostra 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 60 decibéis. Quando do estímulo doloroso, ocorrem 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 (Guinsburg, 1996).

Pesquisa realizada por Branco *et al.* (2006) com objetivo de mostrar o valor da frequência fundamental e suas variações presentes no choro de dor no recém-nascido mostrou que o choro é a forma que o RN utiliza para expressar sua dor. A emissão do choro de dor do RN é tensa e estridente, com frequência fundamental aguda e variações encontradas no traçado espectrográfico, como quebras, bitonalidades e frequência hiperaguda. Tais características tornam o choro de dor peculiar auxiliando na avaliação de dor durante um procedimento e na consequente opção por diferentes técnicas e procedimentos a fim de aliviar a dor dos recém-nascidos.

No entanto, esta participante lembra que nem sempre o RN chora durante um procedimento doloroso, ou, em algumas vezes, está impossibilitado de chorar por estar intubado, por exemplo.

[...] então eu observo assim que o nenê está mais inquieto, não é, porque nem sempre ele chora, tem nenê grave que está entubado e não vai chorar. P7

Segundo Colhado (2004) existe um fator limitante para o uso do choro como sinal de dor, que é o fato de que 50% dos recém-nascidos, não choram durante procedimentos dolorosos. Além disso, o choro pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como fome e desconforto.

5.1.2 Fácies de dor

Os enfermeiros relataram que quando o RN sente dor, sua expressão facial se modifica, tornando-se contraída de uma forma peculiar.

[...] a face tem realmente uma expressão de [...] é a face do choro, uma face contraída [...] P6

Ele faz caretas [...] P4

As mesmas características não são demonstradas quando se submetem estes pacientes a um estímulo desagradável, mas não doloroso (ANEXO C). A mímica facial parece se constituir em um estímulo desagradável, mas não doloroso. 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 (GUINSBURG, 1996).

Segundo Bergamasco (1997) a literatura reconhece os movimentos faciais como um dos indicadores de consciência, ao lado de outros movimentos expressivos, reações fisiológicas e relatos verbais. Em termos metodológicos esta colocação torna-se especialmente relevante para o estudo de organismos não verbais, como é o caso de bebês e crianças pequenas. Em termos evolutivos, o gesto comunicativo é originalmente uma reação a um estímulo, evidenciada no comportamento, sob a forma de reações fisiológicas, posturais ou faciais que, dado um contexto social, podem ser tratados como expressões de subjetividade - percepções, emoções, preferências - sem implicação necessária de intencionalidade.

Relataram que com o convívio diário, cuidando do RN, o enfermeiro adquire experiência e logo percebe quando o RN está expressando dor.

É uma coisa que com o passar do tempo a gente aprende a reconhecer, nos mínimos detalhes e eu diria que a gente observa a expressão facial [...] P1

Para Guinsburg (1996) as alterações na 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 entreabertos, boca estirada no sentido horizontal ou vertical, língua tensa e tremor de queixo. Segundo estudo feito por Grunau e

Craig (1987), em resposta à dor, 95-98% dos recém-nascidos a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações.

A observação da expressão facial é um método específico para avaliar a dor em RN a termo e prematuro, pois além de ser sensível, não é invasivo (GAÍVA, 2001).

Entre todas as manifestações de subjetividade, as mais básicas, compartilhadas por todas as espécies animais são: o prazer e o desprazer. Dessas manifestações a dor é uma das mais intensas, mais conspícuas e mais relevantes em termos de valor adaptativo e, nas espécies em que ocorre cuidado intraespecífico, também em termos de eficácia comunicativa. Nosso primeiro argumento a respeito do uso de movimentos expressivos como acesso a estados subjetivos do recém-nascido, é a análise de suas reações a estímulos nociceptivos (BERGAMASCO, 1997).

5.1.3 Instabilidade fisiológica

Todos os enfermeiros referiram que quando o RN sente dor seus sinais vitais se modificam, tornando-se instáveis. Quando o RN encontra-se em uma UTIN os monitores facilitam a avaliação da dor, pois estão constantemente ligados, informando seus parâmetros.

[...] saturação (do oxigênio) dentro dos aparelhos que a gente tem disponíveis também, tem uma série de outras coisas disponíveis também, pressão arterial, média, saturação. P5

[...] toda parte fisiológica dele, sinais vitais [...] P1

[...] ele responde como um todo á dor, são vários sinais [...] P3

Eu observo até pela monitorização, se o paciente está estável, de repente começa ter queda de saturação [...] P2

Dentre os vários indicadores fisiológicos usados para avaliar a dor no neonato, estariam a frequência cardíaca (FC) e respiratória (FR), saturação de oxigênio, pressão arterial, sudorese palmar, dosagens hormonais. Essas medidas são usadas normalmente após procedimento, considerados dolorosos como: punção venosa capilar e arterial, intubação e aspiração endotraqueal (GAÍVA, 2001).

Porém estes indicadores não avaliam a intensidade ou qualidade da sensação dolorosa, podendo ser usados apenas em momentos específicos, como por exemplo, durante um procedimento, ou em um pós-operatório, em resposta a dor aguda.

5.1.4 Outras manifestações

A agitação e a mudança na coloração da pele são sinais de alerta para os enfermeiros. Estes sinais são percebidos pelos profissionais que prestam cuidados ao paciente e já conhecem suas particularidades.

[...] alterações de cor e o próprio comportamento dele, alterações de cor[...] P1

[...] mudar a cor, ficar agitado. P2

[...] fica mais agitado, contrai as perninhas. P4

Diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades. 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. 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 (GUISBURG, 1996).

Este fato reforça a idéia de que é necessária uma avaliação multidimensional para se ter um parâmetro. Balda *et al.* (2004) relatam que a avaliação da dor no período neonatal - baseia-se na avaliação das respostas do recém-nascido à dor. Ou seja, até hoje, o modelo de avaliação da dor do lactente pré-verbal é determinado por modificações de órgãos, sistemas e comportamentos ocorridos após um estímulo doloroso agudo. Métodos de avaliação para estímulos agudos repetidos ou persistentes e para a dor crônica no período neonatal ainda são objetos de estudo e pesquisa. Dessa maneira, a avaliação da dor aguda do RN baseia-se em alterações das medidas fisiológicas e comportamentais, observadas antes, durante e depois de um estímulo potencialmente doloroso.

5.2 Providências para o alívio da dor

As categorias que se seguem foram obtidas a partir da questão quatro: Medidas de conforto; Sucção não-nutritiva; Mensuração da dor; Medidas farmacológicas

5.2.1 Medidas de conforto

As enfermeiras relataram uma preocupação com o conforto do RN, em alguns casos o desconforto é causado por causas externas, algo que possa estar incomodando o bebê.

A primeira coisa a fazer é ver se tem alguma coisa incomodando ele, que possa ser isso que esteja causando dor, como posição, a orelhinha virada, alguma coisa em baixo do corpinho dele, do cobertor, dos lençóis. P1

[...] normalmente se faz todas as medidas gerais, desde uma troca de fralda, pega no colo, revisa a criança, a alimentação. P5

[...] a gente vai descartando as hipóteses, não é, se não é fralda molhada, se não é fome. Vai indo até chegar [...] P6

Antes de administrar a medicação analgésica, a enfermagem pode fazer uso de medidas de conforto para minimizar a dor, agitação e ansiedade do bebê. Sabe-se que as medidas de conforto e comportamentais aplicadas isoladamente não aliviam a dor, elas são capazes de reduzir a agitação e indiretamente, reduzem-na ao promover a organização comportamental, conforto e repouso (GAÍVA, DIAS, 2002).

Esta enfermeira lembra que uma avaliação geral é necessária para se identificar o quê pode estar incomodando.

Primeiro eu faço a avaliação, eu faço a avaliação geral, eu vejo o que pode estar causando este desconforto pra ele, desde a posição do leito [...] P2

Dentre as estratégias comportamentais, contenção e posicionamento do RN é uma forma de limitar e manter a posição curvada, reconhecidamente eficaz na redução da dor em crianças prematuras. A contenção através do “ninho” improvisado com manta e cobertor proporciona descanso e promove a organização comportamental do prematuro (GAÍVA, 2001).

Esta participante comenta que o ninho é usado na UIN como uma medida geral de conforto para os bebês, não sendo utilizado especificamente no alívio da dor, ou durante procedimentos dolorosos.

O ninho a gente não usa como uma alternativa à dor, a gente usa como uma alternativa pra ele se sentir mais aconchegado. P3

No entanto MacCaffery (1999) relata que a contenção com as cobertas aumenta a sensação de segurança do bebê e diminui o stress. Os bebês que são contidos tendem a ser mais calmos e ganham peso mais rapidamente. Esta contenção, associada com outra medida de conforto é efetiva na promoção de estabilidade fisiológica, crescimento e estado comportamental em RN pré-termo. Depois de procedimento doloroso a contenção ajuda o bebê a parar de chorar, diminui a frequência cardíaca e ajuda a voltar ao estado de vigília, sendo importante para diminuir a sensação dolorosa.

A massagem, segundo esta enfermeira, ajuda aliviar as cólicas do bebê.

[...] como eu já disse, medidas gerais, às vezes uma massagem, para uma cólica, massagem abdominal, ou pega no colo, dá conforto, isso às vezes já alivia, a gente nota que já é o [...] suficiente para dar uma aliviada no desconforto. P5

A estimulação sensorial não dolorosa pode ativar o controle dos mecanismos nociceptivos, através de técnicas de estimulação tátil, toque, massagem, música, fala e estímulo visual (móveis, brinquedos), mas poucos estudos têm especificamente avaliado a eficácia dessas técnicas na prevenção e redução da dor (GAÍVA, 2001).

As enfermeiras relatam que sempre tentam acalmar o bebê, acariciando-o, antes de utilizar a medicação.

Depois disso é tentar acalmar, acalentando ele [...] P1

Bom, primeiro a gente tenta o conforto, não é, vê tudo que pode, tudo que se pode fazer de forma [...] não medicamentosa, tudo que possa aliviar. P6

[...] eu tento assim, se... dependendo do nenê. Se tu vê assim que é um choro de cólica, se o nenê está mamando e tudo, a gente pega, aninha o nenê, põe junto do corpo, assim protegido, até passar, porque se é uma dorzinha que não tem porque medicar. P7

Barbosa e Vale (2002) complementam: “Pode-se lançar mão de massagear, embalar, acariciar o bebê, para deixá-lo mais tranquilo” (p. 238).

5.2.2 Sucção não-nutritiva

A sucção não-nutritiva é utilizada para acalmar os bebês durante pequenos procedimentos ou situações de desconforto.

[...] se tem condições de tu dar uma chupeta a gente dá a chupeta, se não tem prescrição, a gente solicita para o médico [...] P4

A sucção não nutritiva por meio do uso da chupeta é uma medida terapêutica indicada durante a realização de pequenos procedimentos, como coleta de sangue. O efeito pacificador da sucção não nutritiva tem sido bem estudado em crianças, mas a natureza do mecanismo desses efeitos permanece desconhecida. Ela inibe a hiperatividade e a intensidade do desconforto, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais; apesar de não reduzir a dor, ajuda a criança a se organizar após o estímulo doloroso (GAÍVA, 2001).

Se é uma dor que a gente acha que é de baixa intensidade a gente procura consolar com alternativas não farmacológicas: bico, colo, aconchego, toque, conversar um pouquinho com o nenê. P3

A sucção não nutritiva é capaz de atenuar a hiperatividade e o desconforto do neonato, servindo apenas como coadjuvante no tratamento da dor. O uso da água glicosada antes de submeter o recém-nascido a um procedimento doloroso é demonstrado em diversos estudos. A concentração varia de 12% a 24% e o volume de 0,05ml a 2ml, a solução deve ser oferecida cerca de 2 minutos antes do procedimento e seu efeito dura cerca de 5 minutos. Este recurso é reconhecidamente eficaz e seguro e é indicado em 14 dos 15 procedimentos listados pelo Consenso de Prevenção e Manejo da dor do Recém-Nascido do International Evidence-Based Group for Neonatal Pain (BARBOSA; VALE, 2006).

Porém, a sucção não nutritiva possui algumas contra-indicações, por ser este um dos fatores que levam o bebê a ser desmamado precocemente e nem sempre é utilizado como alternativa não-farmacológica para a dor.

Aqui no hospital, a gente não usa muito o bico, sucção não nutritiva, só em casos especiais, com prescrição médica porque o hospital é amigo da criança, e nesse caso o bico é contra indicado, mas em casos que tem necessidade a gente pede na prescrição e usa normalmente, o ninho a gente não usa como uma alternativa à dor, a gente usa como uma alternativa para ele se sentir mais aconchegado. P3

5.2.3 Mensuração da dor

As escalas de dor são consideradas pelos enfermeiros como um aliado na identificação da dor do RN, por apresentar de forma quantificada a intensidade da dor sentida pelo bebê, que não pode verbalizá-la.

Se for uma dor de maior intensidade, relacionada a algum tipo de procedimento a gente procura aplicar a escala e toma posse de todas as informações de toda essa característica fisiológica do recém nascido, vendo os parâmetros dos sinais vitais [...] P3

[...] depois fazendo a escala de avaliação da dor [...] P1

Para que se possa atuar terapêuticamente diante de situações possivelmente dolorosas, não basta saber que o recém-nascido tem maneiras de exprimir a dor. É preciso, também, dispor de instrumentos que “decodifiquem” a linguagem da dor. Dentro dessa visão foram desenvolvidas escalas multidimensionais, que tentam analisar os parâmetros comportamentais, associados a algumas respostas fisiológicas à dor. Dentre as várias escalas de dor descritas, as mais estudadas são o Sistema de Codificação da Atividade Facial – NFCS, a Escala de Avaliação de Dor – NIPS e o Perfil de Dor do Prematuro – PIPP (GUINSBURG, 1996).

5.2.4 Medidas farmacológicas

Todos os participantes da pesquisa relataram que utilizam analgésicos, conforme a prescrição médica, quando percebem que as medidas não-farmacológicas são insuficientes, principalmente em pacientes considerados graves.

[...] depois disso é tentar acalmar, acalentando ele, depois fazendo a escala de avaliação da dor e depois analgesia. P1

Geralmente a gente medica [...] P4

[...] mas se nada disso é suficiente, a gente vê se não tem alguma coisa em relação à analgesia conforme a prescrição médica ou, “se necessário”. Então se não é necessária uma avaliação médica, através da minha avaliação eu dou essa medicação, se não eu tomo a iniciativa de falar diretamente com o médico responsável, seja o plantonista ou o que estiver [...] P5

[...] se não alivia então a gente vai na prescrição médica, ou vai conversar com o médico para ver o que a gente pode dar, qual analgésico pode dar. P6

Agora, quando é um nenê grave ou um nenê cirúrgico agente já medica, eu procuro medicar. P7

A abordagem farmacológica da dor tem como principal objetivo aliviar a dor causada por procedimentos invasivos. Os medicamentos devem ser administrados mesmo antes de se apresentarem os sinais de alteração funcionais e comportamentais. Apesar dos conhecimentos atuais de que a dor é um fenômeno complexo, várias intervenções podem ser efetivas, mas a administração de analgésico é a mais comum e, na maioria das vezes, a única a ser usada. No entanto, considerando-se que a dor é uma experiência sensorial, a terapia farmacológica isolada pode não ser suficiente para eliminá-la e muitas vezes uma abordagem multidimensional é mais eficaz (GAÍVA, 2001).

As enfermeiras relataram que procuram realizar uma discussão com a equipe médica para encontrar uma solução para o alívio da dor do bebê.

[...] se não identifico nada no exame físico então eu parto para uma discussão com a equipe médica, se é necessário uma analgesia ou não. P2

[...] e a gente procura a equipe médica para providenciar uma analgesia, quando for o caso. P3

Prestes *et al.* (2005) em seu estudo, que tinha por objetivo verificar a frequência com que são empregados analgésicos para o alívio da dor desencadeada por procedimentos invasivos em recém-nascidos internados em UTI universitárias e verificar o perfil de uso de medicamentos para o alívio da dor, constatou que os pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, são submetidos a vários procedimentos potencialmente dolorosos, e o uso da analgesia ainda é pouco frequente. E concluiu que existe a necessidade de aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde para diminuir a distância entre os conhecimentos existentes a respeito do manejo da dor no período neonatal e a prática clínica.

5.3 Escalas de dor

Na questão cinco, acerca das escalas de dor a resposta dada pelos enfermeiros foi unânime, pois todos enfermeiros relataram usar a escala NIPS (Neonatal Infant Pain Score), que é a escala adotada pela unidade para avaliação da dor do RN.

A NIPS (ANEXO D) foi a escala citada por todos os enfermeiros do estudo, uma vez que esta escala já vem sendo utilizada na UIN acerca de seis anos.

NIPS, a gente usa bastante quando a gente percebe que não pode resolver esses problemas através dos cuidados de enfermagem, eu percebo que a dor vai mais além do que eu já verifiquei. Aqui na NEO ela é utilizada há uns seis anos. P1

A gente usa a escala de NIPS, e aí em cima disso a gente chega a uma conclusão. P2

uso, eu uso a escala de NIPS que é utilizada aqui no hospital, na NEO. A cada turno os bebês de UTI são avaliados ou quando necessário. P4

NIPS, que são uma série de demonstrações da criança, desde a face, postura de membros, sinais vitais, choro, então você vai dando os valores pra isso tudo, soma e conforme for maior que 4 possivelmente a gente esteja a frente de uma criança com dor. P5

Eu uso a do NIPS que é aqui já do serviço, incorporada como um dos sinais, inclusive pra se documentar porque eles estão sendo medicados. P6

A NIPS é uma escala composta por seis indicadores de dor, cinco comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório. Trata-se de uma escala válida, pois se baseia nas alterações comportamentais frente ao estímulo doloroso amplamente descrito na literatura. A NIPS escala tem se mostrado útil para a avaliação de dor em neonatos a termo e prematuros, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos (GUINSBURG, 1999).

5.4 Contribuição dos enfermeiros

Esta questão revelou o que os enfermeiros pensam a respeito do assunto. Todos contribuíram com opiniões variadas, que revelaram as categorias que se seguem.

5.4.1 Conscientização dos profissionais e a evolução no tratamento da dor

Os enfermeiros mostraram-se preocupados com a questão da dor no RN, e verbalizaram que acreditam ser necessário que o enfermeiro exercite sua capacidade em identificá-la.

Acho que é importante a gente conscientizar as pessoas que o recém nascido tem dor, e que ele tem formas de expressar que ele tem dor, ou pelo menos que está incomodado, que as pessoas não avaliem o choro só como manha e sim vejam se não tem outras coisas que estejam interferindo no comportamento da criança, então que os enfermeiros desenvolvam essa sensibilidade para avaliar essa dor, seja do adulto ou da criança, que ele possa entender que dor é uma coisa que incomoda. P1

Durante muitos anos, acreditou-se que o bebê não possuía capacidade de sentir dor, assim inúmeros procedimentos eram realizados sem nenhuma intervenção farmacológica. Esta participante do estudo relata ter presenciado situações no começo de sua carreira, onde o bebê passava por cirurgias sem anestesia.

Assim, há muito tempo atrás não se dava valor para dor do bebê, não é não se dava importância, se achava que o bebê não sentia dor e eu já presenciei na PUC cirurgia de RN de enterocolite sem anestesia, sem nada e assim funcionava, na unidade mesmo, os bebês graves não eram anestesiados. P4

[...] eu acho que uma coisa muito importante que atualmente está se dando mais valor à dor do recém-nascido, que antigamente que não era tão valorizada e a gente nota que não tem a ver, muito pelo contrário, por eles serem tão imaturos a dor as vezes aparece com muito mais intensidade. Então acho que é isso, toda medicina, toda humanização está mais voltada para criança com dor. P5

Eu acho que está havendo uma evolução assim, muito grande na enfermagem em relação ao recém nascido. Quando eu comecei a trabalhar era comum ouvir as pessoas dizerem “Ah, o recém nascido não sente dor” o que é um absurdo, não é! Assim, e hoje em dia já tem mais pessoas preocupadas, que já vem desde a escola, os médicos que vem vindo, então está melhor, levando em consideração que o recém nascido, realmente sente dor. P7

Esta fala revela que muitas vezes a conduta tomada perante as manifestações de dor do bebê não é adequada, pois em alguns casos ocorre uma sub-medicação e em outros o bebê recebe uma analgesia exagerada para um procedimento que não causa uma forte sensação dolorosa, fazendo com que o RN sofra mais com os efeitos adversos desnecessariamente.

Mas por outro lado, eu vejo que os bebês que recebem morfina na UTI para passar o PICC, eles ficam depois fazendo apnéia, ficam debilitados, ficam com apnéia, hipoatividade, daí eu até questioneei: Será que precisa dessa morfina? São dois lados para se pensar. P4

Eu acho que às vezes, o nenê é complicado porque ele não verbaliza, então muitas vezes não é dor e acaba sendo medicado, até pela ansia das pessoas que estão

cuidando, de acalmar... E muitas vezes ao contrário, as pessoas acham que o bebê não sente dor, acham que é só fome, ou manha e muitas vezes ele está sentindo dor. É uma coisa bem complicada. O choro do bebê é um momento que tem que se avaliar bem, de chegar, de ficar com ele até para descartar se é dor ou não para que ele não receba medicação sem necessidade e também para que não sinta dor. P6

Gaíva e Dias (2002) acreditam que faltam aos profissionais da saúde informações acerca de analgésicos e sedativos, dos efeitos colaterais presentes nos analgésicos e a dependência física no caso dos opiáceos que contribuem para o sub-tratamento da dor.

Para esta enfermeira, a sensibilidade para avaliar a dor em um paciente, tem uma relação íntima com a experiência pessoal que cada pessoa já teve com a dor.

Acho que tem muito de experiências pessoais, acho que pessoas que já tiveram dor em determinada época, tem limiar muito baixo para dor, então elas valorizam muito a dor. Acho que isso é muito importante, a pessoa já ter vivenciado uma dor importante, faz com que tu queiras aliviar a do próximo. P5

Este fato faz com que o profissional valorize a sensação expressada pelo bebê. A vivência da dor por parte do cuidador é um diferencial para que este tenha a percepção e ação da dor do bebê, tornando o cuidado mais humanizado.

5.4.2 A utilização de escalas como rotina

A NIPS, por ser uma escala multidimensional que combina dados subjetivos e objetivos na avaliação da dor, tem-se mostrado muito útil na rotina de avaliação do bebê.

Eu considero a escala muito importante, por que às vezes tu até pode fazer o exame físico não é, mas se tu não tiveres na tua cabeça o uso da escala tu pode perder alguma coisa, então o uso da escala te norteia o que tu vai observar, o que ele está apresentando se está apresentando como está na escala essas alterações. P2

Porém a escala em algumas ocasiões pode não estar adequada ao tipo de paciente, não podendo ser aplicada.

Eu acho que as escalas como a NIPS, que, não atendem o recém nascido em ventilação, mas é uma forma de ver que existe a dor e que as pessoas têm que avaliar isso. Acho que precisa uma escala para o bebê mais grave, para o bebê estável a NIPS se enquadra bem. P1

Essa escala multidimensional parece ser um instrumento específico e válido para avaliação da dor em RNs em diversas publicações na literatura. A escala NIPS avalia a

expressão facial como um todo, e outros parâmetros comportamentais e um fisiológico, isto é, ela leva em consideração que a melhor maneira de avaliar a dor é a que consiste de dimensões múltiplas. Uma questão importante a ser considerada é até que ponto a escala NIPS consegue diferenciar desconforto de dor. De acordo com outras pesquisas, tanto a escala NIPS quanto a NFCS são válidas para diferenciar RNs submetidos a procedimentos dolorosos dos desagradáveis, porém não dolorosos (SANTOS *et al.* 2001).

5.4.3 A importância do Exame físico

Esta participante revelou que o exame físico diário é muito importante em sua avaliação do RN, pois assim o enfermeiro pode conhecer o bebê para reconhecer quando existe alguma alteração.

Eu acho que a observação geral e o exame físico são importantes, em cima disso a gente pode observar o paciente, para ver como ele está e depois dar continuidade com o colega seguinte, se ele está tendo uma alteração [...] como ele está se comportando nos outros turnos também, acho que um equilíbrio, para ver se é dor [...] P2

A importância do exame físico está na premissa de que a indicação precoce de sinais e sintomas para a criança facilita o planejamento da assistência, permitindo ao enfermeiro selecionar ações de enfermagem apropriadas às reais necessidades da criança que requer uma assistência individualizada, independente e qualificada, considerando as peculiaridades inerentes ao processo de crescimento e desenvolvimento (VASCONCELOS *et al.*, 1999).

5.4.4 Presença da família

A presença dos pais do bebê durante a sua internação foi citada como um fator importante para seu bem-estar, principalmente nos momentos em que o RN passa por situações de estresse.

Eu acho que, talvez, é uma experiência que a gente tem aqui na unidade, no Hospital de Clínicas, não sei se todos os hospitais é assim, uma coisa que favorece trabalhar com RN nessas situações de dor e estresse, é conseguir manter a família presente, que são a mãe e o pai e conseguir, mesmo o RN com dor, em tratamento a gente consegue um resultado melhor, consegue participa mais, deixa ele mais tranqüilo, mais aconchegado, a criança sente essa presença, eu acho que isso favorece o tratamento. P3

Dentre as estratégias ambientais para prevenir e manejar a dor neonatal estariam a redução do estímulo nocivo, diminuição do excesso de luz, estabelecer o ciclo dia-noite, preservar períodos de sono e repouso, reduzir os ruídos de equipamentos e do pessoal da equipe, diminuir a manipulação, agrupar cuidados, limitar os procedimentos dolorosos, utilizar os princípios do cuidado centrado no desenvolvimento e principalmente implementar abordagem centrada na família e na assistência (GAÍVA, 2001).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que as enfermeiras participantes demonstraram ter conhecimento das manifestações de dor do RN, possibilitando conhecer práticas de cuidados da enfermagem em uma UIN, para o alívio da dor e conforto dos pacientes, e a dificuldade que os profissionais têm em reconhecer a linguagem do bebê, por este não verbalizar suas sensações.

A partir desta constatação, os enfermeiros elucidaram que sinais, alusivos às diferenças no comportamento, são indícios de que o RN deve ser observado com maior frequência até a identificação do que está se passando com ele.

O processo que às leva a reconhecer o sintoma de dor no RN implica na necessidade de reavaliação e na ciência do estado do bebê, o que proporciona, ou não, a possibilidade de evidenciar se o RN está manifestando comportamento de provável sensação dolorosa.

Dentre as maneiras de reconhecer a dor no RN, as enfermeiras expressam práticas de cuidado que acontecem no cotidiano das unidades, desenvolvidos para identificar a dor do bebê.

A única manifestação de reconhecimento através de estudos sistematizados se refere à escala NIPS, desenvolvida por profissionais da área e utilizada como uma rotina na avaliação do bebê, porém, esta escala não se aplica em todos os casos.

Destaca-se a consciência demonstrada pelos participantes no que concerne à providência de alívio da dor. A administração de analgésicos é a medida mais empregada, em detrimento de alguma medida de cuidado de enfermagem.

Para Fonseca (2006) o papel da enfermeira vai além da realização de certos procedimentos invasivos ou não-invasivos; a atitude afetuosa, segurança e habilidade para a realização dos mesmos, contribuindo para minimizar a dor no paciente pediátrico.

Recomenda-se às enfermeiras a importância das práticas de enfermagem no alívio da dor do bebê, e que sejam estudadas com maior especificidade. Estas, ao serem aplicadas de forma consciente e individualizada resultam em qualidade de vida e conforto para o bebê.

O estudo mostrou a necessidade de avançar nesta área, através da proposição de novas pesquisas específicas de práticas de cuidados reconhecidos para o alívio da dor do RN. Outro aspecto a serem evidenciado, refere-se ao ensino do cuidado ao RN, bem como a troca entre pesquisas atualizadas e os enfermeiros cuidadores.

REFERÊNCIAS

- BALDA, R. de C. X.; GUINSBURG, R. **Avaliação da dor no período neonatal**. In: KOPELMAN, B. I. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu, 2004. Cap. 71.
- BARBOSA, F.S; VALE, I. N. **Dor em Recém nascidos**: avaliação e tratamento não-farmacológico em UTI neonatal, Online Brazilian Journal of Nursing. Volume 5. n. 2. Rio de Janeiro, 2006.
- BERGAMASCO, N. H. P. **Expressão facial como acesso à consciência do recém-nascido**. Revista de Psicologia USP. Volume 8, n. 2, São Paulo, 1997 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65641997000200013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov 2007.
- BRANCO, A. et al. **Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos**. Revista CEFAC, volume 8, número 4, out-dez. São Paulo, 2006.p. 529 - 535
- CHRISTOFFEL, M. M., SANTOS, R. S. **A dor no recém-nascido e na criança**. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 54, n. 1, p.27-33, Brasília, 2001.
- COLHADO, O. C. G. **Dor no recém-nascido**: fisiopatologia, avaliação e tratamento. Revista Dor. Volume 5, n. 2. São Paulo, 2004. p 286 – 294.
- FONSECA, R. E. C. **El dolor y la hospitalización en el paciente pediátrico**. Revista Ciencia y cuidado. Volume 3, n. 3, janeiro-dezembro. Cúcuta: Codigo publicidad, 2006.
- GAÍVA, M. M. **Dor no recém-nascido**: prática e conhecimentos atuais. Pediatria Moderna. Volume XXXVII, n. 5. São Paulo, 2001.
- GAÍVA, M. M; DIAS, N. S. **Dor no recém-nascido**: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. Revista Paulista de Enfermagem. Volume 21, n. 3, set/dez. São Paulo, 2002.
- GRUNAU, R. V. E.; CRAIG, K. D. **Pain expression in neonates**. Revista Pain. Volume 28. 1987. p. 395 – 410.
- GUINSBURG, R. **A linguagem da dor do recém-nascido**. Revista Diagnóstico e tratamento. Volume 2, n. 1. São Paulo, 1996. p. 37 – 44.
- GUINSBURG, R. **Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido**. Jornal de Pediatria. Volume 75, n. 3. Rio de Janeiro: 1999. p. 140-60

GUINSBURG, R.; BALDA, R. C.X. **Dor em neonatologia**. In: Teixeira, M.J., Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio, 2003. 834p.

MACHADO, M. G. P.; BARBOSA, R. F., SILVA, Y. P. **A dor em neonatologia**. Cap. 12 In. SILVA, Y. P. Dor em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MACCAFFERY, M. **Pain Clinical Manual**. 2 ed. Mosly, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde, 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PHILIPS, P. **Neonatal pain management**: a call to action. Pediatric Nursing, Volume 21, n.2, 1995. p.159 - 169.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PRESTES, A. C. et al . **Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias**. Jornal de Pediatria. Volume 81, n. 5. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 Nov. 2007.

PROCIANOY, R. S. **Dor no recém-nascido**. Jornal de Pediatria. Volume 70, n. 2. Rio de Janeiro, 1994.

SANTOS, J. A.; PROCIANOY, R. S.; BOHRER, B. B.A.; NOER, C.; LIBRELATO, G. A. S.; CAMPELO, J. N. **Do newborn infants feel pain when submitted to gastric suctioning?** Jornal de Pediatria. Volume 77. n. 5. Rio de Janeiro, 2001.

TAMEZ, R. N.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem na UTI neonatal**: Assistência ao recém-nascido de Alto Risco. 2. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Altas, 1987.

VASCONCELOS, J. de M. B.; PEREIRA, M. A.; OLIVEIRA, E. F. de. **Exame físico na criança**: um guia para o enfermeiro. Revista Brasileira de Enfermagem. Volume 52, n. 4. Brasília, 1999. p. 529-538.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Pesquisa: A EXPERIENCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Termo de Consentimento Informado

Eu _____ estou ciente de que esta entrevista servirá para a coleta de dados da pesquisa: **A EXPERIENCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES DA DOR DO RECÉM-NASCIDO**. A participação compreende responder a um questionário sobre dor em recém-nascidos. Fui informado (a) de que o meu anonimato será preservado, sendo minhas informações utilizadas somente para o presente estudo.

Estou ciente de que participo livremente e que a qualquer momento poderei desistir de participar do estudo, sem que esta decisão cause qualquer ônus a minha pessoa.

Para melhor apreensão dos dados a entrevista será gravada. Após o término do estudo as entrevistas gravadas serão armazenadas por um período de cinco (5) anos e, após, destruídas.

Notificamos que esta pesquisa foi autorizada a realização pela Comissão de Pesquisa da EEFURGS e pelo Conselho de Ética da UFRGS/HCPA.

Caso achar necessário maiores esclarecimentos posteriores a respeito do estudo, poderei entrar em contato com a pesquisadora.

Aluna: Gabriela Bottan Fone: (51 33114915) gabibottan@gmail.com

Orientadora: Dulce Maria Nunes Fone: (51 33165237) dulce.nunes@globo.com

Estando ciente de todos os procedimentos relatados acima, livremente concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Porto Alegre, de _____ 2007.

APÊNDICE B - Instrumento de pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
INSTRUMENTO DE PESQUISA

Pesquisa: A EXPERIENCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Bom dia/boa tarde! Sou acadêmica de enfermagem, do último semestre de graduação e estou realizando meu trabalho de conclusão de curso. Por esta razão desejo conversar com você, sobre como o RN expressa a dor e como os enfermeiros cuidadores reconhecem tais manifestações nos bebês.

Gostaria de pedir sua licença para gravar a entrevista! Obrigada!

Aluna: Gabriela Bottan Fone: (51 33114915) gabibottan@gmail.com

Orientadora: Dulce Maria Nunes Fone: (51 33165237) dulce.nunes@globo.com

Ficha de identificação

Nome:

Idade:

Endereço:

Telefone:

Formação:

Questões Norteadoras

- 7. Você trabalha com Recém-nascidos (RN) há quanto tempo?**
- 8. Trabalhar com RN foi uma opção sua ou da instituição?**
- 9. Você reconhece quando o RN expressa dor? Que manifestações você identifica?**
- 10. Qual a sua primeira providência para aliviar esta dor?**
- 11. Alguma escala de dor faz parte de sua avaliação do RN? Qual?**
- 12. O que mais você poderia dizer para contribuir com este trabalho?**

**ANEXO A – Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem –
COMPESQ UFRGS**



UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO
GRANDE DO SUL



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto TCC: N° 04
Versão julho /2007

Pesquisadores: Gabriela Bottan e Dulce Maria Nunes

Título: A LINGUAGEM DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) no uso de suas atribuições aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação no qual constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicada à Comissão.

Porto Alegre, 06 de julho de 2007.

Prof. Or. Jacó Fernando Schnf~1}r

~)Çb ~ CoordsnaIb' Subsllluto da COMPESQ EIInf UHiQ\$

Profa. Dra. Lilian Códova Espirito Santo
Coordenadora da COMPESQ/ENF

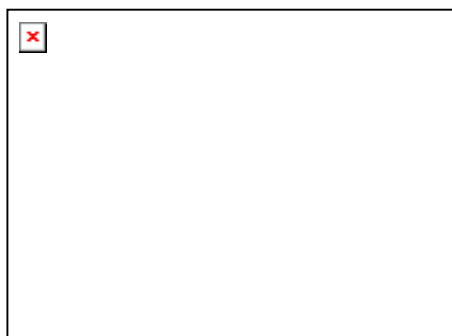
**ANEXO B - Carta de aprovação da Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital
de Clínicas de Porto Alegre – GPPG HCPA**

A Comissão Científica e a Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde, que é reconhecida pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS como Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institucional Review Board (IRBOOO0921) analisaram o projeto:

Título: A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS EM RECONHECER AS MANIFESTAÇÕES DA DOR DO RECÉM-NASCIDO

Este projeto foi Aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos, inclusive quanto ao seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Os membros do CEP/HCPA não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do GPPG/HCPA.

Porto Alegre, 17 de agosto de 2007



ANEXO C - Fácies de dor do Recém-nascido



1



2



3



4



5



6

Foto1: repouso; **foto2:** desconforto causado por fricção no calcanhar; **foto3:** repouso; **foto4:** expressão de dor por punção no calcanhar; **foto5:** desconforto causado por luz; **foto6:** desconforto causado por fricção no calcanhar.

Fonte: ZORZETTO, R. **A face inocente da dor.** Jornal da Paulisa. Ano 13, número 139, janeiro. 2000.

ANEXO D - Escala NIPS

Expressão facial	0 Relaxada	1 Tensa	
Choro	0 Ausente	1 Fraco	2 Vigoroso
Respiração	0 Relaxada	1 Diferente do basal	
Braços	0 Relaxados, algum movimento ocasional	1 Flexionados/Estendidos	
Pernas	0 Relaxadas, algum movimento ocasional	1 Flexionadas/Estendidas	
Estado de Alerta	0 Dormindo/Calmo	1 Inquieto	

Fonte: GUINSBURG, R., BALDA, R. C.X., **Dor em neonatologia**, cap. 39. *In:* Teixeira, M.J., *Dor: contexto interdisciplinar*. Curitiba: Maio, 2003.