

OS ENFERMEIROS DA UNIDADE NEONATAL FRENTE AO RECÉM-NASCIDO COM DOR*THE NURSES OF THE NEONATAL UNIT FACING THE NEWBORN WITH PAIN**LOS ENFERMEROS DE LA UNIDAD NEONATAL FRENTE AL RECIÉN NACIDO CON DOLOR*RAPHAELA PRESBYTERO¹MÉRCIA LISIEUX VAZ DA COSTA²REGINA CÉLIA SALES SANTOS³

Pesquisa quantitativa realizada com enfermeiros da Unidade Neonatal de uma Maternidade Pública de Maceió, com finalidade de verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre a dor no recém-nascido, identificar quais as condutas realizadas pelos enfermeiros frente ao recém-nascido com dor e descrever como esses profissionais avaliam a dor no recém-nascido. A coleta de dados aconteceu em fevereiro/2007 com 15 enfermeiras. Os dados foram coletados através de questionário semi-estruturado. Na análise dos dados verificou-se que todos os enfermeiros afirmam que os recém-nascidos sentem dor, sendo esse sinal avaliado por meio de alterações fisiológicas e comportamentais, porém apenas um afirma uso de escalas multidimensional. Quando a dor é observada, realizam intervenções farmacológicas e não-farmacológicas. O estudo permitiu conhecer o fenômeno da dor no recém-nascido, para que os profissionais de saúde possam promover ações que amenizem a dor, garantindo melhor qualidade de vida aos recém-nascidos.

DESCRIPTORES: Recém-Nascido; Dor; Enfermagem Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

This work is a quantitative research put into practice with nurses from a Neonatal Unit of a public maternity in the city of Maceió. It aims to verify the understanding of the nurses in relation to pain in newborn babies, identify how to react in the situation of a newborn with pain, and also to describe how these professionals evaluated pain in the newborn. The data collection took place in February 2007 with 15 nurses. The data was collected using a semi-structured questionnaire. The analysis verified that all nurses who participated in the survey affirmed that the newborn babies were feeling pain, that that signal is evaluated by means of physiological and behavioral alterations; however, only 01 affirmed to have used a multidimensional scale. When pain is observed the nurses use pharmacological and non-pharmacological measures. The present study allowed us to understand the phenomena of pain in newborn babies, so that the health professionals can promote actions in their care to alleviate the pain, with the guarantee of a better quality of life for the newborn babies.

DESCRIPTORS: Infant, Newborn; Pain; Pediatric Nursing; Intensive Care Units, Neonatal.

Se trata de una investigación cuantitativa realizada con enfermeros de la Unidad Neonatal de una Maternidad Pública de Maceió, con el propósito de verificar el conocimiento de los enfermeros sobre el dolor en el recién nacido, identificar cuáles son las conductas realizadas junto al recién nacido con dolor y describir cómo esos profesionales evalúan el dolor en el recién nacido. La recogida de datos tuvo lugar en febrero de 2007 con 15 enfermeras. Los datos se recogieron a través de un cuestionario estructurado en parte. En el análisis se verificó que todos los enfermeros que participaron de la investigación afirman que los recién nacidos sienten dolor; esa señal se evalúa a través de alteraciones fisiológicas y de comportamiento, pero sólo uno afirma hacer uso de escalas multidimensionales. Cuando el dolor es notado realizan intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. El estudio actual permitió conocer mejor el fenómeno del dolor en el recién nacido, de modo que los profesionales de la salud puedan promover acciones en su cuidado que alivien el dolor, garantizando mejor calidad de vida a los recién nacidos.

DESCRIPTORES: Recién Nacido; Dolor; Enfermería Pediátrica; Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

¹ Enfermeira, especialista em saúde da criança, mestranda em enfermagem/ UNIFESP, vinculada a Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Rua Engenheiro Mário de Gusmão, 113/201, Ponta Verde, Maceió, Alagoas, Brasil. E-mail: rpresbytero@terra.com.br

² Enfermeira, especialista em neonatologia, vinculada a Universidade Federal de Alagoas. Endereço para correspondência: Rua prefeito Abdon Arroxelas, 680, apt 804, Ponta Verde, Maceió, Alagoas. Brasil.CEP 57035-380. mercialisieux@hotmail.com

³ Enfermeira, especialista em terapia intensiva, mestranda em enfermagem/UNIFESP, vinculada a Universidade Federal de Alagoas. Endereço para correspondência: Av. Lourival melo Mota, s/n, BR 101 norte, Tabuleiro dos Martins, Maceió, Brasil. CEP: 57072-970 salesregina@gmail.com

INTRODUÇÃO

Acreditava-se até meados da década de 1970 que o recém-nascido (RN) era incapaz de sentir dor, devido à imaturidade neurológica, falta de mielinização ou ausência de memória da dor. Porém, estudos recentes mostram que 75% dos impulsos noceptivos são carreados por meio de fibras periféricas não mielinizadas⁽¹⁾ e que o RN apresenta todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção, transmissão do estímulo doloroso^(2,3).

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é definida, como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal dano⁽⁴⁾.

Verifica-se que nas unidades neonatais os RN's são normalmente expostos a vários procedimentos estressantes e/ou doloroso, porém estes não verbalizam a dor que sentem, demonstrando através de uma linguagem própria, o que dificulta sua avaliação e mensuração, sendo estes os maiores obstáculos na assistência, tendo em vista que o estímulo doloroso pode ter repercussões orgânicas e emocionais⁽⁵⁾ com impacto pontencial na qualidade de vida futura desses pacientes⁽⁶⁾.

Calcula-se que cada RN internado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) recebe em torno de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia e que pacientes abaixo de 1000g sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo de sua internação^(6,7).

Os enfermeiros exercem papel de extrema importância no manejo da dor, devido ao fato de permanecer mais tempo ao lado do paciente que os outros profissionais de saúde com a possibilidade de avaliar, planejar e realizar manobras para o alívio da dor⁽⁸⁾. Para isso, nós precisamos compreender a base fisiológica da dor, as consequências fisiológicas e psicológicas e os métodos utilizados para tratá-los. Exigindo, assim, um conhecimento científico e sensibilidade⁽¹⁾.

Dessa forma compreende-se que a utilização de estratégias para avaliação da dor é necessária para um tratamento adequado e garantia de uma assistência mais humanizada. Essas estratégias consistem na observação de respostas comportamentais (choro, expressão facial, agitação, irritabilidade e alterações do sono)⁽³⁾, metabólicas (liberação de hormônios do crescimento, corticosteróide, aldosterona, glucagon, adrenalina, noradrenalina e diminuição da produção de insulina)⁽⁹⁾, e fisiológicas (aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão arterial sistólica, diminuição da saturação de oxigênio⁽¹⁰⁾).

As medidas utilizadas para avaliação da dor nas respostas metabólicas requerem coleta de amostra biológica para dosagem e tempo para realização da técnica laboratorial não estando o resultado disponível no momento necessário^(5,6).

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^(5,7).

O reconhecimento dos sinais de dor ou desconforto não é claro. 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⁽¹¹⁾.

Considerando o fato de que a dor apresenta valor biológico fundamental de alerta sobre a ocorrência de lesão orgânica instalada ou em vias de instalar-se, e pelo fato da dor ser uma experiência de difícil percepção em pacientes não verbais, foram desenvolvidas escalas que facilitam sua avaliação nessas condições, dando-se maior atenção aos estímulos nocivos que podem ser provocados por uma equipe multidisciplinar⁽¹²⁾.

Atualmente, existem escalas que auxiliam os profissionais de saúde na avaliação do estímulo doloroso, avaliando parâmetros fisiológicos e comportamentais isolados ou associados, ajudando a determinar a necessidade de intervenção específica.

Dentre as várias escalas descritas para avaliação da dor no RN, as mais estudadas são: *Neonatal Facial Coding System* (NFCS – Sistema de Codificação Facial Neonatal), que avalia a ausência ou presença de dor por observação de oito movimentos faciais (fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, boca aberta, boca estirada (horizontal ou vertical), Língua tensa, protusão da língua, tremor de queixo), cada item presente é atribuído um ponto; considera a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação⁽¹³⁾; *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS – Escala de Avaliação da Dor no Recém-Nascido), composta por cinco parâmetros comportamentais e um fisiológico, que avalia os seguintes parâmetros (a expressão facial, choro, respiração, posição dos braços e das pernas, estado de consciência⁽⁷⁾); *Premature Infant Pain Profile* (PIPP – Perfil de Dor do Prematuro), desenvolvida especialmente para avaliar a dor aguda de RN prematuros e de termos e consta da avaliação do estado de alerta, variação da frequência cardíaca (FC), saturação de oxigênio (SatO₂) e três parâmetros de mímica facial (testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial aprofundado)⁽⁵⁾; *Neonatal Pain Assessment Scale* (NPAS) que foi desenvolvida a partir da escala ATTIA, sendo modificada para o período neonatal e avalia sono, choro, expressão facial, atividade motora espontânea, tônus, consalabilidade, FC, pressão arterial (PA), respiração e SatO₂⁽⁹⁾; *Crying, Requires O₂ for saturation above 90%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness* (CRIES – Escore para Avaliação da Dor Pós-operatória do Recém-nascido) avaliando choro, frequência inspiratória de oxigênio (FiO₂) necessária para SatO₂ > 95%, FC e/ou PA comparada ao pré-operatório, expressão facial e sono^(7,13).

Estas alterações podem ser observadas em resposta a estímulos dolorosos rotineiros na unidade neonatal, como punção venosa, aspiração gástrica, sondagem gástrica e ventilação mecânica⁽⁶⁾.

Ao se realizar um procedimento invasivo doloroso a dor é esperada e por se tratar de uma condição

que se prevê deve-se procurar amenizar o desconforto. O conhecimento sobre procedimentos dolorosos e a atenção dos profissionais de enfermagem determinam a adoção de medidas de alívio da dor, como a analgesia, antes de sua realização⁽⁶⁾, através de intervenções farmacológicas e/ou não-farmacológicas.

As intervenções farmacológicas têm o objetivo de aliviar a dor através de analgésicos opióides, não opióides e sedativos. Já as intervenções não-farmacológicas têm o objetivo de reduzir os estímulos agressivos do ambiente, diminuir o estresse, prevenir alterações fisiológicas e comportamentais⁽⁹⁾.

Portanto, a decisão em pesquisar sobre este assunto, veio da necessidade de responder a pergunta, qual a atitude dos enfermeiros frente ao RN com dor? A fim de contribuir para melhorar a assistência de enfermagem prestada ao RN nas unidades neonatais.

Nesse contexto, o presente estudo teve como objetivo verificar o conhecimento dos enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI) da Maternidade Escola Santa Mônica (MESM) de Maceió (AL) sobre a dor no recém-nascido; Identificar quais as condutas realizadas pelos enfermeiros frente ao recém-nascido com dor e descrever como os enfermeiros avaliam a dor no recém-nascido.

METODOLOGIA

Caracteriza-se por uma pesquisa quantitativa, por ser mais adequada para atingir aos objetivos propostos, quantificando a opinião da amostra sobre o tema, e exploratória porque busca descrever a realidade das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros em sua existência prestada ao cliente neonatal

Realizou-se na unidade neonatal da Maternidade Escola Santa Mônica, localizado na cidade de Maceió-AL que, dispõe de 32 leitos para Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCI NEO) e 11 leitos para Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI NEO), a maternidade atende prioritariamente, gestante de alto

risco e recém-nascidos procedentes do próprio hospital (centro cirúrgico, centro obstétrico, alojamento conjunto, enfermaria canguru) e de outros serviços da capital e do interior do Estado. Os recém-nascidos internados na unidade são principalmente prematuros e de baixo peso. A UCI e UTI NEO dispõem de 22 enfermeiras, onde 18 enfermeiras trabalham diretamente com assistência aos neonatos.

Fizeram parte deste estudo os enfermeiros que trabalham diretamente com a assistência a recém-nascidos internados na UTI NEO da Maternidade Escola Santa Mônica de Maceió-AL, sendo excluídos os enfermeiros que trabalham com administração do setor.

Para realização da pesquisa foi aplicado 01 (um) questionário contendo questões objetivas e subjetivas, com dados de identificação dos profissionais como: nome, idade, sexo, tempo de formação profissional, tempo de atuação na área neonatal e local de formação acadêmica e questões norteadoras como: 1. Você acha que o recém-nascido sente dor? 2. Quais condutas realiza frente ao recém-nascido com dor? 3. Você utiliza algum tipo de escala para avaliar a dor no recém-nascido? 4. Como você sabe que o RN está com dor?. Sendo positiva a resposta ao questionamento 1, a entrevistada responderia a pergunta 2 e a condição necessária para responder o questionamento 4, seria uma negação ao questionamento 3.

O instrumento de coleta de dados foi distribuído à população escolhida, após o esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa e após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes, durante o mês de fevereiro de 2007.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas através do processo 015215/2006-70, conforme as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

Participaram da pesquisa 15 (68%) dos 18 enfermeiros que trabalham diretamente com a assistência a recém-nascidos internados na UCI e UTI neonatal da Maternidade Escola Santa Mônica de Maceió-AL, onde se realizou o estudo.

Todas as entrevistadas são do sexo feminino, com idade mínima de 24 anos e máxima de 42 anos, sendo a média de idade de 32 anos (gráfico 1), com tempo de formação variando de 02 a 20 anos (gráfico 2).

Gráfico 1. Distribuição dos enfermeiros segundo idade. Maceió, 2007.

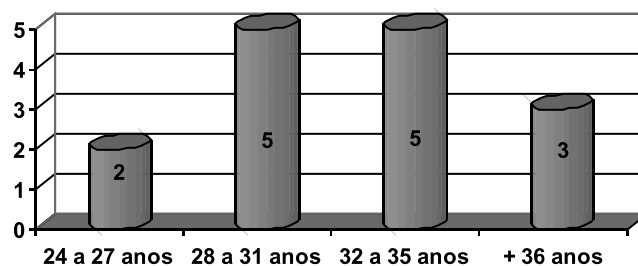
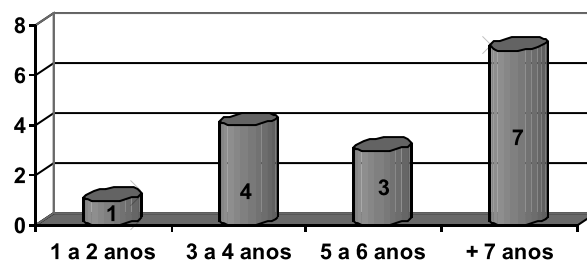
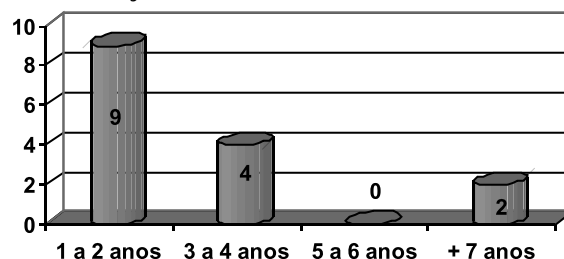


Gráfico 2. Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de formação acadêmica. Maceió, 2007.



Já quanto ao tempo de experiência na área neonatal variou de 01 ano a 16 anos, estando em maior número de participantes com tempo de 01 a 02 anos, no total de 60% (09) dos enfermeiros do setor (gráfico 3).

Gráfico 3. Distribuição dos enfermeiros segundo tempo de atuação na área neonatal. Maceió, 2007.



Onze entrevistados (73%) concluíram o curso de enfermagem na Universidade Federal de Alagoas (UFAL), 02 (13%) na Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças da Universidade de Pernambuco (FENSG/UPE), 01 (7%) no Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC) e 01 (7%) na Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Quando questionados se o RN é capaz de sentir dor, foi observado que 100% das enfermeiras afirmaram que o RN é capaz de sentir dor. Sobre a postura deste enfermeiro frente ao recém-nascido com dor a tabela 1 descreve as condutas realizadas pelos entrevistados relacionando condutas farmacológicas e não-farmacológicas. Como podemos observar 33% dos enfermeiros realizam apenas condutas não-farmacológicas e 67% fazem uso das duas condutas.

Tabela 1- Distribuição das condutas realizadas pelos enfermeiros frente ao recém-nascido com dor. Maceió, 2007

| Condutas frente ao RN com dor | Enfermeiros | % |
|-------------------------------------|-------------|-----|
| Farmacológicas | - | - |
| Não-farmacológicas | 05 | 33 |
| Farmacológicas e não-farmacológicas | 10 | 67 |
| Total | 15 | 100 |

As intervenções não-farmacológicas citadas pelas entrevistadas foram: conforto, buscar a causa da dor, retirar a causa, exame físico detalhado, massagem, diminuir manipulação, cantarolar, aconchego da mãe, posicionamento, realizar mudança de decúbito, proteger da luz, diminuir o barulho, realizar sucção não-nutritiva, administrar sacarose, realizar acolhimento, minimizar a dor, acalmar, manter o recém-nascido aquecido, colocar no colo, pedir ajuda de outro profissional para realização de procedimentos invasivos.

Com relação ao tipo de escala utilizada para avaliar a dor no RN, apenas 01 entrevistada (7%) afirma fazer uso de escala para avaliação da dor. Conforme a tabela 2, 93% das enfermeiras avaliam a dor no RN através de alterações comportamentais apresentados no momento do estímulo doloroso e apenas 7% avalia

as respostas ao estímulo doloroso através de alterações fisiológicas e comportamentais.

Tabela 2 – Distribuição dos parâmetros de avaliação utilizados pelos enfermeiros para avaliar a dor no recém-nascido. Maceió, 2007.

| Parâmetros de avaliação da dor no RN | Enfermeiros | % |
|--------------------------------------|-------------|-----|
| Fisiológicas | - | - |
| Comportamentais | 13 | 93 |
| Metabólicas | - | - |
| Fisiológicas e comportamentais | 01 | 7 |
| Total | 14 | 100 |

O parâmetro fisiológico citado foi queda da saturação de oxigênio, já os comportamentais foram choro, irritabilidade, hiperextensão dos membros, expressão de face e gemido a manipulação.

DISCUSSÃO

As intervenções não-farmacológicas têm como objetivo intervir na dor branda e aumentar a eficácia dos medicamentos administrados ao paciente com dor moderada a intensa. As intervenções farmacológicas são realizadas quando a dor da criança é classificada como moderada ou de alta intensidade⁽¹⁰⁾.

As entrevistadas relataram fazer uso de várias condutas percebidas por estas como intervenções não-farmacológicas, entre elas o uso de sucção não-nutritiva, uso de soluções glicosada, o posicionamento do recém-nascido no leito, além da redução de barulhos ou luminosidade excessiva.

De acordo com a literatura consultada o uso de soluções glicosadas libera endorfinas endógenas diminuindo o tempo de choro e atenuando a mímica facial da dor⁽¹³⁾, devendo ser oferecido 01 ml de glicose a 25% ou 02ml de glicose a 12,5%, por via oral, administrada na porção anterior da língua, cerca de 1 a 2 minutos antes da pequenos procedimentos^(7,13).

A sucção não-nutritiva não ajuda a diminuir a dor, mas inibe a hiperatividade e ajuda o RN a se organizar^(7,13). O ambiente pode ser adaptado para diminuir o efeito nocivo ao recém-nascido, como a diminuição do excesso de luz estabelecendo o ciclo

dia-noite. Redução do excesso de ruídos, redução de manipulação e agrupamento dos cuidados e envolvimento da família nos cuidados⁽³⁾.

Existe a indicação de contenção do recém-nascido em um ninho improvisado, feito de lençóis que facilitam extremidades em flexão, aproximam as mãos da boca, melhorando tônus e postura⁽¹⁾.

Realizar mudança de decúbito a cada 2 ou 3 horas evitando úlceras de decúbito, acúmulo de secreção, deformidades da cabeça, proporcionando um melhor desenvolvimento neurossensorial e psicomotor aliviando o RN que permaneceu por muito tempo na mesma posição⁽¹³⁾.

O toque e o contato físico também acalmam. A estimulação sensorial poderá ser útil como, por exemplo, o uso da música, a fala suave, as massagens e o estímulo visual⁽¹⁴⁾. O contato físico entre mãe e filho durante procedimentos agudos tem-se mostrado eficaz para diminuir a dor do RN, quando se estuda a mímica facial de dor e o choro, especialmente após punções capilares⁽⁶⁾.

Nas condutas farmacológicas foi citada a administração analgésica conforme prescrição médica. Quanto à intervenção farmacológica são utilizados analgésicos não opióides, opióides e sedativos.

Para o uso de condutas farmacológicas como também das condutas não-farmacológicas, existe necessidade de uma avaliação mais acurada da presença e intensidade da dor. Para tanto, muitos profissionais se embasam em instrumentos escalonados de avaliação da dor.

Como apenas 01 enfermeira afirma fazer uso de escala para avaliação da dor, pode-se perceber que avaliação da dor no RN tem sido utilizada de forma pessoal, através de observação individual, fazendo uso de critérios particulares, sem padronização, o que impossibilita um tratamento adequado.

Para que se possa atuar terapêuticamente diante de situações possivelmente dolorosa, 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 desenvolvidos métodos multidimensionais de avaliação da dor que tentam analisar os parâmetros comportamentais associados a algumas respostas fisiológicas a dor⁽⁵⁾.

Esta condição interfere diretamente no processo de enfermagem, pois como a avaliação da dor faz parte da primeira fase do processo de enfermagem, todas as demais fases deste processo podem ser comprometidas, desde a formulação dos diagnósticos de enfermagem a avaliação de enfermagem. Uma avaliação acurada da presença e graduação de intensidade da dor pode interferir na qualidade do cuidado de enfermagem prestado a este recém-nascido.

Esta limitação de uso de instrumentos que facilitem a detecção e graduem a intensidade da dor pode estar atribuído ao grande percentual de enfermeiras com pouco tempo de atuação na área neonatal, já que 60% dos enfermeiros possuem apenas 1 a 2 anos de experiência em unidade de terapia neonatal. Associado a isto a ausência de protocolo de avaliação da dor no neonato também dificulta a adoção deste tipo de instrumento durante a fase de coleta de dados do processo de enfermagem.

Os enfermeiros entrevistados referem detectar a dor do recém-nascido através de parâmetros apenas comportamentais ou comportamentais associados aos fisiológicos. Quando utilizado o parâmetro fisiológico, foi citado queda da saturação de oxigênio. Sabe-se que como outras variáveis fisiológicas, ela é inespecífica, uma vez que se altera diante de qualquer estímulo desagradável. Em consequência só deve ser utilizada como instrumento de avaliação de dor no contexto em que se encontra o paciente⁽¹⁵⁾. Quanto aos comportamentais foram choro, irritabilidade, hiperextensão dos membros, expressão de face e gemido a manipulação.

A expressão facial permite informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor, já o choro, quando isolado não fornece informações suficientes, pois pode indicar fome

e desconforto^(6,15), no movimento corporal, método sensível na avaliação da dor, o RN pode apresentar rigidez de tórax e movimento de flexão e extensão das extremidades^(5,6).

Também é importante preservar esses recém-nascidos das experiências dolorosas causadas por procedimentos necessários e inerentes à internação, deve ser preocupação constante da equipe multiprofissional. Assim sendo, urge a incorporação de práticas para a prevenção e o alívio da dor em neonatos de baixo risco. Métodos não farmacológicos constituem um caminho promissor para o controle da dor resultante de procedimentos dolorosos e merecem ser alvo de investigação, principalmente pela equipe de enfermagem⁽¹⁶⁾.

A humanização da assistência à criança e seus familiares é uma estratégia que busca minimizar os traumas decorrentes da hospitalização, no entanto requer um preparo e engajamento de uma equipe multiprofissional. Como parte integrante da equipe de saúde, a equipe de enfermagem exerce papel de extrema importância na adoção de medidas que venham prevenir as consequências traumáticas da hospitalização⁽¹⁷⁾, visto que despendem mais tempo de cuidado ao paciente do que os outros profissionais de saúde.

Entende-se que a qualidade da atenção ao neonato passa pela qualificação dos recursos humanos, aquisição e manutenção de materiais e equipamentos, mudanças na cultura organizacional das instituições, envolvimento e participação dos usuários no processo assistencial e também de avaliação, de forma a construir serviços que atendem as necessidades da população neonatal e de sua família⁽¹⁸⁾.

A organização do serviço através da criação de protocolos de avaliação e intervenção junto a dor do recém-nascido associado à sistematização da assistência de enfermagem podem acarretar na melhora da conduta adotada pelos profissionais que atuam junto a esta situação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de todas as enfermeiras acreditarem que os RN's sentem dor, não existe um protocolo de avaliação e tratamento da dor em uso nesse hospital. Para que se possa atuar terapêuticamente diante de situações possivelmente dolorosas, não basta saber que o RN tem maneiras de expressar a dor. É necessário, também, dispor de instrumentos que decodifiquem a linguagem da dor.

A dor é avaliada através de alterações fisiológicas, comportamentais e emocionais, porém apenas 7% dos entrevistados cita o uso de escala de avaliação. Ao observar a dor, as enfermeiras realizam condutas farmacológicas conforme prescrição médica e não-farmacológicas, que previnem a desorganização e agitação desnecessária, medidas tão importantes quanto às farmacológicas, além de baixo custo. Conclui-se que apesar de identificar e promover medidas terapêuticas que amenizam a dor no recém-nascido, o enfermeiro ainda não foi despertado em relação ao seu envolvimento, permanece avaliando a dor no RN através de critérios particulares, sem basear suas condutas nas evidências científicas.

REFERÊNCIAS

1. Gasparly IV, Rocha I. Intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascidos prematuros (RNPT). *Nursing*. 2004; 79(7):47-50.
2. Guinsburg R, Kolpeman BI, Almeida MFB, Miyoshi MH. A dor do recém-nascido prematuro submetido à ventilação mecânica através de cânula traqueal. *J Pediatr* 1994; 70(2): 82-90.
3. Gaiva MAM, Dias NS. Dor no recém-nascido: percepção de profissionais de saúde de um hospital universitário. *Rev Paul Enferm*. 2002; 21(3):234-9.
4. International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. *Pain*. 1979; 6:249-52.

5. Guinsburg R. A Linguagem da dor no recém-nascido. Documento científico do departamento de neonatologia, Sociedade Brasileira de Pediatria [online]. 2006 [citado 2008 out 29]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_linguagem_bebes.pdf
6. Guinsburg R. Dor no recém-nascido. In: Prociainoy RS, Leone CR. Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN) / Organizado pela Sociedade de Pediatria. Ciclo 3. Módulo 3. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2004. p. 9-46.
7. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr (Rio Janeiro). 1999; 75(3):149-60.
8. Bernardo CLE. Dor na criança em terapia intensiva. In: Castelli M, Lacerda DPD. Enfermagem no CTIP. São Paulo: Roca; 1998. p.15-25.
9. Gouveia PMC, Santos AS, Neman FA. A enfermeira e a percepção da dor em recém-nascido. Nursing. 2003; 63(6):33-6.
10. Rocha PK, Prado ML, Sebold LE. A enfermagem e o manejo da dor em crianças. In: Kalinowski CE, Oliveira ME, Ribeiro NRR. Programas de Atualização em Enfermagem: saúde da criança e do adolescente (PROENF). Porto Alegre: Artmed Panamericana 2006. p 79-110.
11. Crescêncio EP, Zanelato S, Leventhal LC. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. Rev Eletr Enferm. 2009; 11(1):64-9.
12. Reis CG, Correa VR. Interpretação da dor no recém-nascido [resumo]. Fisioter Pediátr. (São Paulo) 2005; 1(1):8.
13. Zaconeta CM, Siqueira APR, Siqueira FR, Ramos EC, Margotto PR. Neonatologia, a terceira onda. [online]. 2001 [citado 2008 out 29]. Disponível em: www.paulomargotto.com.br/documentos/neo_04022004.doc
14. Calasans MTA, Kraychette DC. Dor do recém-nascido – um desafio. [online]. [citado 2009 maio 25]. Disponível em: <http://www.iacat.com/Revista/recreate/recreate04/Seccion6/Dolor%20de%20Recien%20Nacido.pdf>
15. Pereira ALST, Guinsburg R, Almeida MFB, Monteiro AC, Santos AMN, Kopelman BI. Validade de parâmetros comportamentais e fisiológicos para a avaliação da dor aguda de recém-nascidos a termo [online]. [citado 2009 maio 25]. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/jun99/A099012.html>
16. Bueno M, Silva A. Procedimentos dolorosos em recém-nascidos de baixo risco. REME Rev Min Enferm. 2007 11(3):238-41.
17. Cruz DSM, Costa SFG, Nóbrega MML. Assistência humanizada à criança hospitalizada. Rev Rene 2006; 7(3):98-104.
18. Rosa MKO, Gaiva MAM. Qualidade na atenção hospitalar ao recém-nascido. Rev Rene. 2009; 10(1):159-65.

RECEBIDO: 03/11/2008

ACEITO: 20/01/2010