

**7º Simpósio de Ensino de Graduação****"O ENFERMEIRO FRENTE A DOR DO RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL"****Autor(es)**

VANESSA LOPES SENSSULINI

Orientador(es)

GLICÍNIA E. ROSILHO PEDROSO

1. Introdução

A dor em recém-nascidos (Rns) é um aspecto que vem sendo amplamente estudado, buscando oferecer aos profissionais fundamentos científicos que permitam perceber fontes causadoras de dor e stress, para assim, identificar, mensurar e tratar a dor no bebê.

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em função das terapêuticas desenvolvidas, diagnósticos e tratamentos para sobrevida dos Rns, estes acabam convivendo com inúmeros procedimentos dolorosos e estressantes (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Há evidências de que a UTIN é fator de morbidade neonatal. Pesquisas mostram que embora a prematuridade possa explicar o déficit cognitivo em Rn pré-termo em idade escolar, a dor e o estresse vêm sendo relacionados como importante fator potencializador desta deficiência (DITZ & DINIZ, 2006).

Um dos primeiros passos para que se possa realizar terapêutica adequada da dor é traduzir esta linguagem com objetividade. Neste aspecto, foram desenvolvidas escalas de avaliação de dor multidimensionais e unidimensionais, que procuram analisar este fenômeno ((SCOCHI, et al. 2006)

Mas é preciso ir além do aspecto técnico especializado, que pode negligenciar necessidades individuais. É preciso ver o bebê como todo buscando desenvolver a assistência fundamentada em ações que possam reduzir os fatores que geram sofrimento e desconforto, promovendo a sobrevivência com qualidade de vida e redução de seqüelas tardias, iatrogênicas relacionadas à assistência que salva vida.

A dor em recém-nascidos (Rns) é um aspecto que vem sendo amplamente estudado, buscando oferecer aos profissionais fundamentos científicos que permitam perceber fontes causadoras de dor e stress, para assim, identificar, mensurar e tratar a dor no bebê.

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), em função das terapêuticas desenvolvidas, diagnósticos e tratamentos para sobrevida dos Rns, estes acabam convivendo com inúmeros procedimentos dolorosos e estressantes (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999).

Há evidências de que a UTIN é fator de morbidade neonatal. Pesquisas mostram que embora a prematuridade possa explicar o déficit cognitivo em Rn pré-termo em idade escolar, a dor e o estresse vêm sendo relacionados como importante fator potencializador desta deficiência (AVERY; FLETCHER; MACDONALD, 1999). Outros estudos ainda revelam que apresentam escores significativamente baixos obtidos na avaliação comportamental, dificuldade na solução de problemas e cognição social e precisam de encorajamento e elogios para continuar fazendo as tarefas (DITZ & DINIZ, 2006).

Um dos primeiros passos para que se possa realizar terapêutica adequada da dor é traduzir esta linguagem com objetividade. Neste aspecto, foram desenvolvidas escalas de avaliação de dor multidimensionais e unidimensionais, que procuram analisar este fenômeno ((SCOCHI, et al. 2006)

Mas é preciso ir além do aspecto técnico especializado, que pode negligenciar necessidades individuais. É preciso ver o bebê como

todo buscando desenvolver a assistência fundamentada em ações que possam reduzir os fatores que geram sofrimento e desconforto, promovendo a sobrevivência com qualidade de vida e redução de seqüelas tardias, iatrogênias relacionadas à assistência que salva vida.

2. Objetivos

Identificar como as enfermeiras que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal reconhecem a dor no recém nascido e que tipos de intervenções são realizadas para reduzir e aliviar este sintoma.

3. Desenvolvimento

É um estudo descritivo qualitativo que narra à percepção, avaliação e intervenções que minimizem a dor nos Rns sob cuidado intensivo, sendo que para análise dos dados foi utilizado a Teoria Fundamentada nos Dados e como referencial teórico o Interacionismo Simbólico.

O estudo foi realizado com enfermeiras que atuam na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de dois hospitais de grande porte do interior do Estado de São Paulo, que atendem tanto clientes pertencentes ao Sistema Único de Saúde (SUS) como a categorias privadas -convênios e particulares.

Antes da realização da coleta dos dados, o trabalho, parte integrante do projeto “A assistência de enfermagem no Sistema Único de Saúde no município de Piracicaba” foi avaliado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Metodista de Piracicaba – UNIMEP, que consentiu formalmente na realização da pesquisa e após aprovação do Comitê de Ética de cada instituição hospitalar.

A coleta de dados foi realizada tipo inquérito por entrevistas, baseadas em instrumento de coleta, um questionário estruturado e pré-testado pela pesquisadora com uma enfermeira que atua em UTIN sendo que são perguntas abertas e fechadas, contendo: dados sócio-demográficos, formação profissional, e o sintoma da Dor em recém nascidos que nortearam as questões, sobre a percepção, avaliação e intervenções das enfermeiras. As entrevistas foram realizadas no período de setembro á outubro de 2008.

As entrevistadas foram identificadas pela letra E seguida de número de 1 a 7, garantido o sigilo absoluto e privacidade das mesmas. As identificações das falas das entrevistadas estão unificadas em categorias de elementos subjetivos quanto á percepção da dor nos Rns internados na UTIN e intervenções realizadas.

4. Resultado e Discussão

O grupo, formado por profissionais do sexo feminino, caracterizou-se por enfermeiras com idade entre 24 e 31 anos. O tempo de atuação em UTI neonatal variou de 4 meses a 5 anos e meio, e quanto à formação específica, 57,1% (05) são especialistas em Neonatologia.

Na perspectiva das enfermeiras, houve unanimidade quanto a afirmar e acreditar que o bebê sente dor. Estes aspectos vêm de encontro ao que é referido na literatura. Calasans; Kraychette, (2005) que avaliaram como os profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) que trabalham em neonatologia lidam com o sintoma “dor” de seus pacientes, concluindo que todos os entrevistados referiram acreditar que os Rns sentem dor. Esses resultados evidenciam a mudança na crença dos profissionais acerca da dor em recém nascidos.

Neste trabalho para as enfermeiras os recém-nascidos sentem dor desde o momento do seu nascimento, podendo esta dor ser provocada pela forma como é manipulado, tocado, pela necessidade de procedimentos invasivos, de drenos e sondas, pela retirada de adesivos colantes, em períodos pós-operatórios, entre outros. Ainda, o ambiente, relacionado à luminosidade, é comentado como agente que pode provocar desconforto ou dor.

“Olha, desde a hora que ele nasce a gente percebe pela fisionomia dele ‘né’? O choro dele... já, desde o nascimento é doloroso para ele. A manipulação quando ele não sabe de onde vem, dependendo do toque que a gente faz nele, ele identifica como dor... às vezes até numa troca de fralda dependendo do bebê.....” (E3)

Scochi, et al. (2006), em sua pesquisa identificaram que para enfermeiras os procedimentos invasivos e não-invasivos mais relacionados ao sentimento de dor no Rn são punção venosa, intubação traqueal, aspiração, drenagem torácica, passagem de sonda e CPAP nasal, além da manipulação excessiva, do toque brusco, da posição desconfortável e da retirada de esparadrapo.

As enfermeiras entrevistadas referiram não haver escala de dor para avaliação da dor nas unidades onde atuam. Para uma avaliação mais acurada da dor é preciso observar alterações dos parâmetros fisiológicos, comportamentais e neuro-endócrinos, sendo fundamental a utilização de escalas de avaliação de dor que possam decodificar estes sintomas, mensurando com mais clareza a dor (GUINSBURG, 1999).

Os enfermeiros entrevistados neste estudo identificam a dor durante os procedimentos realizados. A dor é identificada pela face de dor, alteração dos sinais vitais, movimentação dos membros, choro, irritação, agitação, quando está manhoso e hipoativo.

“Geralmente o neném ou pelo choro que fica bem estridente ou pelos sinais que ele da face mesmo, por exemplo um procedimento como uma punção venosa, uma passagem de cateter também de um pós cirúrgico, geralmente é o que a gente mais atenta ‘né’ porque pós cirúrgico passou por todo um estresse de cirurgia, incisão, dreno de tórax geralmente os nenês são bem agitados, você vê na face que o neném, você vai para fazer o curativo de dreno de tórax enrugua testa e você percebe que ele está sentindo dor ele até contorce um pouquinho tipo assim tira a mão daí ‘né’?”. E6

“Pela expressão facial, pelo choro, por parâmetros que a gente monitora como: saturação, frequência cardíaca e pela hipoatividade”. E4

Podemos observar na Tabela I, os aspectos que os enfermeiros entrevistados acreditam que são a causa de dor e como avaliam esta dor.

Assim como no trabalho de Bueno; Kimura; Pimenta (2007), o choro e a agitação são as manifestações comportamentais mais evidentes de dor, sendo freqüentemente registradas pela equipe de enfermagem.

Através da identificação da dor é possível fazer intervenções farmacológicas e não-farmacológicas, são ações necessárias para minimizar o sofrimento do neonato, sendo responsabilidade do enfermeiro avaliar e indicar as possíveis condutas.

As condutas farmacológicas são realizadas quando prescritas pelo médico. A prescrição “se necessário” destinada a sedativos e analgésicos, apesar de não ser algo que deva ser prescrito pela subjetividade da sua indicação, é algo que é relatado como freqüente. Quanto a estas condutas, evidenciamos que 86% das entrevistadas referiram o uso de analgésico prescrito e 29% optaram pela administração de sedativos prescritos pelo médico.

Condutas não-farmacológicas para reduzir a dor e o estresse no bebê são práticas que podem ser realizadas pelas enfermeiras sem haver a necessidade de autorização do médico. Oferecer soluções de glicose via oral, carregar o bebê no colo, oferecer sucção não-nutritiva, embrulhar o bebê com cueiro, conter e fazer ninho, são medidas relatadas pelas enfermeiras entrevistadas (Gráfico I).

“Para colher, por exemplo, o exame do pezinho que é um teste bem dolorido porque, é, precisa de uma punção quando a gente faz com o bebê na incubadora ele fica muito mais agitado, chora muito mais e se a gente pegar o neném no colo fica com ele dá a chupeta e a glicose fica segurando ele às vezes ele nem chora para colher fazer o teste”.E7

A maioria das entrevistadas refere utilizar a sucção não-nutritiva com medida de ajuda no alívio da dor. O uso da glicose é medida sugerida pelo Ministério da Saúde como método não-farmacológico para a redução da dor e estresse do recém nascido no atendimento humanizado ao prematuro, não é uma conduta comum às duas instituições pesquisadas (BRASIL, 2002).

Questionadas a este respeito, enfermeiros do hospital que não-utiliza a glicose enfatizaram a necessidade de haver um protocolo institucional que normatize o seu uso, pois o consumo de medicamentos exige padronização para que os convênios realizem o pagamento deste insumo.

Quanto aos relatos no prontuário, este é um aspecto bastante falho, sendo que somente as ações relacionadas ao uso das medidas farmacológicas são relatados e checadas na prescrição médica. As condutas não-farmacológicas não fazem parte das rotinas de anotação, e nem são prescritas pelo enfermeiro. Quanto à identificação de dor e sua avaliação, também não é algo que seja rotineiramente anotado. As enfermeiras entrevistadas evidenciam este fato como algo incompleto, cujas alterações descritas nas anotações/evoluções de enfermagem apenas citam o desconforto da criança, sendo que o bebê com dor tem em seus relatos de enfermagem apenas “bebê choroso e agitado”, sem outra referência a parâmetros que possam auxiliar a avaliação e mensuração de dor.

Sendo esta a função do enfermeiro podemos considerar que a identificação de dor no recém-nascido e as intervenções realizadas para minimizar esse achado, quando não anotados no prontuário perdem-se no espaço, e vão contra a legislação de enfermagem. (COREN, 2000).

5. Considerações Finais

Apesar do movimento do enfermeiro no sentido de não negligenciar a dor do RN. A avaliação da dor é algo bastante informal neste estudo e também evidenciada em outros, baseado na subjetividade das observações e nas crenças de cada um a cerca da dor.

A implantação de escalas de avaliação de dor pode contribuir para uma avaliação mais acurada e fidedigna.

A não utilização de um protocolo de dor também nos faz refletir já que os benefícios seriam relevantes no sentido de padronizar condutas transformando intervenções empíricas em cuidados fundamentados em princípios científicos o que garante autonomia pelo conhecimento do profissional. O que evidencia que ainda há uma grande lacuna entre o conhecimento teórico e conduta prática.

Tornar estas intervenções em ações baseadas em evidências é um trabalho a ser desenvolvido, reforçando que a enfermagem é uma ciência que se fundamenta na essência do conhecimento científico permeado pela arte do cuidar.

Referências Bibliográficas

AVERY, G. B; FLETCHER, M. A.; MACDONALD, M. G. **Neonatologia Fisiopatologia e Tratamento do Recém Nascido**. 4ª ed. Tradução: Novantino Alves Filho, J. Mariano S.Alves Junior, Oswaldo Trindade Filho.Minas Gerais: Medsi, 1999. p. 55, 80,81 e 1331

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretárias de Políticas da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém nascido de baixo peso: método mãe canguru**. 1ªed. Brasília, 2002.

BUENO, M. ; KIMURA, A. F.; PIMENTA, C. A. de M. Avaliação da dor em recém nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. **Acta Paulista de Enfermagem**. v.20 n.4 São Paulo, out/dez. 2007. Disponível em: . Acesso em: 15 jun. 2008.

CALASANS, M. T. A.; KRAYCHETTE, D. C. Dor do recém-nascido: um desafio.**Revista Recrearte**, Espanha, v.4, p.01-11, 2005. Disponível em: [www.iacat.com/ revista/recrearte /recrearte04/Seccion6/ Dolor%20de%20Recien%20Nacido.pdf](http://www.iacat.com/revista/recrearte/recrearte04/Seccion6/Dolor%20de%20Recien%20Nacido.pdf)>. Acesso em: 05 abr. 2008.

COREN-SP. “Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – nas Instituições de Saúde, no Âmbito do Estado de São Paulo”. In: **Decisão CORENSP/ DIR/008/99, publicada no Diário Oficial em 21 de janeiro de 2000** Disponível em:< <http://www.corensp.org.br/resolucoes/decisoes.html>>. Acesso: 5 nov. 2008

DITZ, E.; DINIZ, L. F. M. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. **Rev. Min. Enferm**. vol.10 no.3. Belo Horizonte Jul. 2006. Disponível em: .

GUINSBURG, R. A Linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo (SP): **Sociedade Brasileira de Pediatria**; 2000. Disponível em: . Acesso em: 23 mai. 2008

GUINSBURG R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal Ped** 1999; 75(3):149-52.

SCOCHI, C. G. S.; CARLETTI, M.; NUNES, R.; FURTADO, M. C. C.; LEITE, A. M. A dor na Unidade Neonatal sob perspectiva dos profissionais de Enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Bras. Enferm**. v. 59 n. 2 Brasília, mar. 2006.

TAMEZ,R. N.; SILVA, M..J. P. **Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto-risco**. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2002. 2ª ed., p.11, 45-49

Anexos



Gráfico I: Distribuição das condutas não farmacológicas realizadas pelas enfermeiras nas UTIN. Piracicaba, 2008.

	Nº Enfermeiras
Número de enfermeiros entrevistados	n=7
RN sente dor?	
Sim	7
Como avalia a dor?	
Sinais Vitais	2
Mímica facial	7
Choro	7
Movimentação de membros	3
Irritação	2
Hipoatividade	1
Agitação	3
Manhoso	1
Quando o bebê sente dor?	
Punção	7
Coleta de exame	5
Entubação	2
Tirar adesivo	2
Luminosidade	1
Pós cirúrgico	2
Dreno de tórax	1
Passagem de sonda	1
Aspiração	1
Manipulação	2
Ruído	2
Passagem de cateter	2
O que faz?	
Intervenção farmacológica (prescrito pelo médico)	6
Intervenção não farmacológica	7