



**UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS -
UNIPAC
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE BARBACENA
FASAB**

CURSO DE ENFERMAGEM

**ANTONIA ANA DE OLIVEIRA
MERCIA ROSA RODRIGUES
MICHELE GALDINO CAMARA**

**TASSIANA MARIA VIEIRA PEREIRA
ORIENTADORA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA
DOR NO RECÉM-NASCIDO NA UTI**

**BARBACENA
2009**

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CONTROLE DA DOR NO RECÉM-NASCIDO NA UTI

ANTONIA ANA DE OLIVEIRA¹
MERCIA ROSA RODRIGUES¹
MICHELE GALDINO CAMARA¹

TASSIANA MARIA VIEIRA PEREIRA²
ORIENTADORA

RESUMO

Por muito tempo acreditava-se que o recém-nascido não sentia dor, somente com estudos nesta área constatou-se, que mesmo tendo o sistema nervoso imaturo o neonato responde aos estímulos dolorosos. Este artigo visa discutir a importância das condutas de enfermagem na redução da dor recém-nascido (RN) na unidade de terapia intensiva (UTI), bem como conhecer os procedimentos estressantes que causam dor e desconforto no RN, comentar as respostas comportamentais e fisiológicas da dor no bebê e proporcionar uma reflexão sobre as práticas humanizadoras na UTI. A metodologia utilizada foi revisão bibliográfica em sites científicos, revistas de enfermagem e livros de neonatologia. A enfermagem pode intervir na redução da dor com técnicas não-farmacológicas que incluem: posicionamento, sucção não-nutritiva, medidas ambientais e introdução das escalas de dor, além das técnicas humanizadoras. Observa-se que a principal intervenção para redução da dor no RN é a mudança de atitude dos profissionais de enfermagem e a percepção destes frente à dor e ao neonato como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Dor. Recém-nascido. Humanização. Assistência de Enfermagem.

¹ Alunas do 8º período do Curso de Enfermagem da UNIPAC – Barbacena/MG.

² Graduada e Licenciada em Enfermagem – Escola de Farmácia e odontologia de Alfenas (EFOA), Especialista em Saúde da Família - UFJF, Educação Profissional para área da Saúde – UFMG, Especialista em Saúde do Trabalhador – Fundacentro/UNIPAC. Professora de Saúde do Trabalhador e Clínica Médica do Curso de Enfermagem da UNIPAC - Barbacena/MG

1 INTRODUÇÃO

A Enfermagem tem como premissa básica o cuidado. Esse cuidado deve ser ainda mais atento com o recém-nascido (RN) no que compete a prevenção da dor e de sua evolução clínica dentro da unidade de terapia intensiva (UTI). A intervenção deve ser feita através de práticas humanistas, a fim de proporcionar o maior conforto para o bebê, minimizando o stress que o ambiente da UTI proporciona.

O presente estudo apresenta grande importância no que diz respeito ao esclarecimento e sensibilização da equipe de saúde no controle da dor do RN e quanto necessário se torna a percepção dos profissionais de enfermagem frente a este problema.

Por muito tempo, o RN foi visto como um ser que não sentia dor, com isto vários procedimentos dolorosos eram realizados sem analgesia; porém, estudos na área de neurofisiologia detectaram que o feto já responde aos estímulos dolorosos por volta de 24ª semana de gestação.

Apesar da comprovação da sensibilidade à dor do neonato, a prática clínica revela que os profissionais de saúde ainda não estão preparados para lidar com o cuidado humanizado, visto que não conseguem identificar quando eles sentem dor e sua intensidade.

Durante o período de internação em uma UTI, um bebê sofre vários procedimentos dolorosos e grande parte deste sofrimento poderia ser reduzida com práticas humanistas, mas frente à tecnologia avançada e a aparelhos sofisticados deixa-se de olhar para os clientes e fixa-se a atenção somente nos monitores. Embora uma das respostas fisiológicas da dor seja o aumento da frequência cardíaca, se fosse observada com mais atenção à expressão facial do RN seria possível nela identificar o quanto ele sofre e mudar a prática. Um dos maiores desafios da Enfermagem é fazer com que o recém-nato seja observado num todo; mesmo ele tendo alguns centímetros, seus problemas referentes à dor têm proporções gigantescas.

É preciso preocupar não só com a sobrevivência do recém-nascido, mas também com a sobrevivência que ele terá pós-UTI. A permanência na UTI pode salvar a vida de um neonato gravemente enfermo; contudo, a sobrevivência pode se tornar

dolorosa, com comprometimentos neurológicos, déficits psicomotor, problemas de audição e visão que podem ser resultantes não da enfermidade propriamente dita e sim do ambiente e dos procedimentos realizados na UTI.

O presente artigo tem como metodologia revisão bibliográfica, usando como principais descritores: dor no recém-nascido e humanização na UTI neonatal; em sites científicos como: Scielo, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Enfermagem, revista Nursing e livros de neonatologia e pediatria. Foi realizada uma leitura exploratória de forma a identificar os principais conceitos sobre o assunto.

Nesse contexto, o objetivo principal deste é comentar a importância das condutas de enfermagem na redução da dor do RN na UTI, a partir de uma postura humanizada; bem como conhecer os procedimentos estressantes que causam dor e desconforto no recém-nascido, comentar as respostas comportamentais e fisiológicas da dor no bebê e proporcionar uma reflexão sobre as práticas humanizadoras na UTI com vistas à diminuição do sofrimento do recém-nato.

É preciso refletir, também, como a enfermagem pode intervir junto ao recém-nascido de alto risco priorizando uma prática humanista, mesmo frente às diversas tecnologias e a mecanização da assistência.

2 A DOR NO RECÉM-NASCIDO

“A Associação Internacional para o Estudo da Dor, define dor como uma experiência sensorial, emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. Segundo a Associação, cada indivíduo aprende a aplicação da palavra dor por meio das experiências dolorosas vivenciadas no início da vida”. (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN SUBCOMMITTEE ON TAXONOMY PAIN, 1979, apud SETZ, 2001, P.55.).

A dor é de fato subjetiva, não se pode quantificá-la como se quantifica hipertensão ou hiperglicemia que tem parâmetros numéricos específicos. Cada indivíduo tem um limiar diferente, com isso identificá-la torna-se tão difícil, levando a um sub-tratamento ou a um tratamento ineficaz.

Para Tamez; Silva (2002), sempre que existe uma lesão no tecido a dor funciona como um protetor. A proteção que ela confere diz respeito principalmente

ao alerta que a mesma dá a quem sente, contudo o RN pode alertar essa dor? De que maneira?

Segundo Margotto (2001)³ a bainha de mielina encontra-se ao longo do axônio e os impulsos dolorosos são conduzidos de nodo a nodo pelo nervo mielinizado excitando um nodo após o outro. Este processo aumenta a velocidade de transmissão do estímulo doloroso. No RN há uma deficiência de mielina ao redor dos axônios fazendo com que a velocidade de transmissão da dor seja um pouco mais lenta do que no adulto.

Em contrapartida Rocha *et al* (2004)⁴, “relata a descoberta de dois tipos de receptores nociceptivos; os mecanoreceptores, moderadamente mielinizados e os polimodais não-mielinizados, afirmando que a transmissão é lenta na dor prolongada e rápida na aguda”.

Este pode ser um fator que minimize a percepção da dor do recém-nato na UTI. Com o passar dos dias de internação certos procedimentos como aspiração endotraqueal passam de agudos a crônicos gerando uma resposta a dor mais lenta ou inferiorizada, sem que isso signifique redução dos estímulos dolorosos.

Há evidências que os bebês têm um limiar mais alto de dor nas extremidades superiores em comparação com as extremidades inferiores, pois as fibras inibitórias descendentes alcançam primariamente as porções cervicais, dorsais e ainda tem que crescer para a porção lombar (MARGOTTO, 2001)³. Saliendo a importância de evitar os procedimentos em membros inferiores, e/ou adequando as técnicas que diminuam esse sofrimento.

Scochi, *et al* (2005)⁵ realizou uma pesquisa com profissionais de Enfermagem de um Hospital de Ribeirão Preto, acerca das situações dolorosas para o RN na UTI, as principais citadas foram: punção venosa, entubação, aspiração, drenagem torácica, cateterismo gástrico, ventilação não-invasiva, manipulação excessiva, toque brusco, posição desconfortável e retirada de esparadrapo.

Gaspar e Rocha (2004) citam que além dos procedimentos o próprio ambiente da UTI é estressante, com luzes fortes, barulhos contínuos, mudanças de temperatura e interrupção do sono.

³ www.paulomargotto.com.br/documentos/idna

⁴ www.spp.pt/userfiles/file/consensos_nacional_neonatologia

⁵ www.scielo.br/scielo

3 PRINCIPAIS RESPOSTAS COMPORTAMENTAIS E FISIOLÓGICAS À DOR

Dentre as principais respostas comportamentais a dor está à mímica facial, citado por vários autores. (GUINSBURG, 1996⁶; TAMEZ; SILVA, 2002; ROCHA, 2004; BRANCO, *et al*, 2006⁷) Segundo afirmam a face do recém-nascido demonstra a dor por meio de expressões; testa enrugada, sulco nasolabial, boca entreaberta, tremores de queixo.

Para Guinsburg (1996)⁶, a Escala Neonatal Facial Coding System (NFCS), é a mais utilizada devido sua fácil utilização, pois requer do examinador apenas observação. São observadas as expressões faciais, conforme quadro 1, dando um score, acima de três, considera-se que o neonato sinta dor e necessita intervenção.

QUADRO1

Escala de dor neonatal facial coding system (NFCS)

Movimento facial	O ponto	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Fonte: PEREIRA E SILVA, *et al*. 2007, p. 587⁸.

Guinsburg (1996)⁶ relata que a dor no RN pode ser vista de acordo com mudanças dos padrões comportamentais e físicos, dentre estes se destacam: frequência cardíaca e respiratória, pressão, hormônios, choro e mímica facial.

⁶ www.comciencia.br/comciencia

⁷ www.spsp.org.br/revista/24-36.pdf

⁸ <http://www.spsp.org.br/revista/24-36.pdf>

Contudo, os padrões fisiológicos não podem ser avaliados de forma isolada. As principais respostas comportamentais são as motoras, facial, sono e alerta.

Diante de um estímulo doloroso o bebê pode fazer rigidez de tórax, flexão ou extensão das extremidades, fronte saliente, tremor de queixo.

O RN realiza movimentos corporais não apenas quando sente dor, devendo ser avaliado em conjunto com outros parâmetros. Cada neonato reage de maneira individual, dependendo também da complexidade do procedimento doloroso e fatores emocionais que interferem no modo de agir do bebê. Como por exemplo, o sono após um procedimento doloroso que pode ser utilizado como fuga em resposta a dor.

Um sinal aparentemente pequeno tem muito a revelar a respeito da dor que o RN sente, mostra seu meio de comunicação, surgindo uma nova questão: a enfermagem deve aprender esta forma de comunicação visando reduzir tantos estímulos dolorosos.

Como foi dito anteriormente, as respostas fisiológicas não podem ser avaliadas separadamente, essas alterações podem ocorrer devido a diversas situações além dos estímulos dolorosos.

Dentre as principais respostas fisiológicas podemos destacar: redução do volume/minuto e da capacidade vital dos pulmões, com aumento do gás carbônico (CO_2) e das necessidades de oxigênio (O_2), aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, desbalanço do sistema endócrino, aumento ou diminuição da glicose sanguínea, hipotensão ou hipertensão arterial, aumento ou diminuição da temperatura corporal e apnéia (TAMEZ; SILVA, 2002). Podem ocorrer ainda: variação da pressão intracraniana, decréscimo do tônus vagal, sudorese, modificações na cor, diâmetro pupilar e alterações na motilidade do trato gastrointestinal, causando náuseas, vômitos e diarreia (BRANCO *et al*, 2006)⁷.

A dor pode causar uma elevação da pressão arterial, seu valor normal pode variar entre 62/48 a sistólica e 36/26 a diastólica conseqüentemente sua elevação provoca o aumento da pressão intracraniana (PIC) que no RN tem valores normais de 2-5 mmHg, esse efeito cascata pode levar a danos cerebrais irreversíveis, por rompimento de artérias cerebrais e isquemia (OLIVEIRA,2002).

Outro dado importante sobre a dor no neonato é que esta pode elevar o pH e aumento de CO_2 , com isto o nível de saturação pode ser reduzido. O pH do RN apresenta uma variação entre 7,35 e 7,50 e a saturação entre 87% a 92%. Sempre

que o recém-nato apresenta acidose, elevação de pressão arterial inicia-se o tratamento com medicações específicas como bicarbonato, diuréticos, contudo a dor como causa primária da descompensação não é levada em consideração na terapêutica (OLIVEIRA, 2002).

Um RN que sente dor pode levar mais tempo no desmame de O², provocando um maior tempo de internação e a uma maior exposição a eventos dolorosos.

Souza (2007)⁹ afirma que a dor acarreta importantes repercussões no RN, das quais podemos enfatizar o desenvolvimento cerebral prejudicado o que ameaça a sua estabilidade fisiológica e ocasionam reflexos negativos como problemas comportamentais que serão percebidos apenas na infância, levando a ansiedade, depressão e maior chance de esquizofrenia.

4 INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO MANEJO DA DOR

As principais ações de enfermagem para redução da dor no RN incluem medidas simples que requerem da equipe um cuidado especial e a percepção de quando utilizar esse cuidado.

Para Sellgman (2000), o tratamento da dor no neonato deve ter três tipos de abordagens: a humanização da assistência, as técnicas não-farmacológicas e as farmacológicas que não serão citadas nesta pesquisa.

Uma medida bastante utilizada é a sucção não-nutritiva que reduz drasticamente o choro e as expressões faciais. Recentemente médicos brasileiros comprovaram o efeito benéfico do açúcar e que este não se perde após a primeira dose, por isso pode ser usado repetido vezes para aliviar a dor antes dos procedimentos. Alerta-se que o açúcar utilizado na solução deve ser mais puro que o caseiro e deve ser prescrito pelo especialista, devendo ser utilizado dois minutos antes dos procedimentos dolorosos (LINHARES, 2005)¹⁰.

⁹ www.redalib.valmex.mx/redalib/pdf

¹⁰ www.scielo.br/scielo.php

Segundo Linhares (2005)¹⁰ tanto a sacarose como a glicose favorece a liberação de endorfinas, substâncias analgésicas produzidas pelo próprio corpo que geram a sensação de bem-estar.

Como essas soluções devem ser prescritas, cabe a enfermagem a observação rigorosa dos sinais de dor, destacando a importância da introdução e utilização das escalas de dor como rotina. Uma vez que a dor é subjetiva, essas escalas servem como parâmetros para que o enfermeiro possa intervir junto ao médico demonstrando a necessidade de uma intervenção.

Um feto dentro do útero materno encontra-se envolvido por todos os lados com líquido amniótico que o protege evitando atritos, com uma temperatura agradável e com o corpo todo fletido. Ao nascer se depara com um ambiente totalmente diferente, sente falta de ar, colocam um tubo na sua garganta, perde seu maior vínculo afetivo: é separado da sua mãe, colocado em uma caixa e esperam que isto seja suficiente para sentir-se bem. O posicionamento não é simplesmente arrumar o bebê dentro do berço ou incubadora, mas a tentativa de proporcionar ao RN uma segurança, como se os coxins fizessem o trabalho do útero. Fletir a perna e braços de forma que fique o mais próximo possível da posição que se encontrava antes de nascer, a posição fetal, que em conjunto com a sucção não-nutritiva e sacarose tem mostrado bons resultados no alívio da dor.

Talvez um dos maiores desafios do enfermeiro na UTI-neonatal se encontre em intervir no seu ambiente. Uma pesquisa realizada em um hospital Universitário de Ribeirão Preto constatou que o nível de ruído dentro da UTI ultrapassa os 80 decibéis (dB), sendo que é recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), um nível máximo de 40 dB para a área interna hospitalar (NEVES, 2006)¹¹.

Segundo Leite *et al*, (2005)¹² o cérebro do bebê prematuro encontra-se imaturo para processar e registrar as informações sensoriais, sendo extremamente sensível e incapaz de selecionar as informações recebidas devido à falta dos controles inibitórios.

Além disso, os prematuros são mais susceptíveis aos efeitos do ambiente, sendo que, quanto menor a idade gestacional, maior o comprometimento, pois o

¹¹ www.scielo.br/scielo.php

¹² www.eerp.usp.br/rlae

desenvolvimento cerebral, não estando completo, aumenta o risco de maturação cerebral anormal.

Os próprios equipamentos da UTI produzem ruídos excessivos, causando uma poluição sonora no ambiente. Estudos na área tecnológica poderiam ser desenvolvidos no sentido de reduzir o nível dos alarmes, como por exemplo, o uso de sensores com vibracall.

Enquanto não se dispõe dessa tecnologia cabe ressaltar a importância de conscientizar toda a equipe para que os alarmes fiquem no volume mais baixo e por tempo mínimo. O nível das conversas dentro das enfermarias deve ser reduzido promovendo um ambiente mais harmonioso e livre do estresse.

A luminosidade também é um fator que predispõe ao estresse já que as luzes ficam acesas 24 horas por dia, uma medida eficaz para reduzir a luminosidade é cobrir total ou parcialmente as incubadoras com blackout e o foco de luz para uso específico sobre o leito.

5 A HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA REDUÇÃO DA DOR NO RECÉM-NASCIDO

Humanizar não é uma técnica ou artifício, é um processo vivencial que permeia toda a atividade das pessoas que assistem o paciente procurando realizar e oferecer o tratamento que ele merece como pessoa humana, dentro das circunstâncias peculiares que se encontra em cada momento. (LIMA, 2004 apud REICHERT, 2007)¹³.

A partir deste conceito, torna-se importante o resgate de valores e condutas voltadas ao tema, para sensibilidade daqueles que prestam cuidados e zelam pelo seu semelhante, o “cuidador”, precisa estar e sentir-se cuidado, para então, desempenhar seu papel da melhor forma possível visualizando, compreendendo e cuidando de forma humanizada, pois sem esta perspectiva a qualidade do cuidado fica prejudicada. É importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem na UTI, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros. Neste estudo, entende-se que humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser completo. Além de envolver o cuidado ao paciente, a

¹³ www.fen.ufg.br/refista/v9/n1/v9n1a16.htm

humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente (GAIVA, 2006)¹⁴.

Os valores e condutas voltados à humanização têm sido discutidos e incorporados nos diversos segmentos da sociedade. No Brasil, o setor saúde tem se mobilizado por meio de propostas governamentais no sentido de atender os usuários de maneira mais humana e ética. Por outro lado, aquele que presta cuidado/zela pelo seu semelhante aqui denominado de “cuidador”, raramente tem sido lembrado como sujeito primário. Nas discussões acerca do cuidado e da qualidade do atendimento, a humanização é parte inerente desses temas, visto que compreende o ato de tornar humano, dar condição humana.

Segundo Silva (2002)¹⁵ quando se fala em humanização do atendimento busca-se uma forma mais inteira e coerente das dimensões da comunicação e do cuidar; e do dinamismo em entender que a habilidade da comunicação passa pela capacidade de relacionar-se com quem está em volta.

A enfermagem deve entender que o ambiente não precisa ser perfeito para ser humano, podendo buscar alternativas e meios para modificá-lo, tornando-o menos frio e impessoal.

Se considerarmos que o neonato é um sujeito e, como tal, possuidor de direitos dentre os quais o direito de não sentir dor, quando existem meios para evitá-la, conforme consta no item sete da resolução dos direitos da criança e do adolescente hospitalizados verifica-se a clara violação desse direito em muitas situações em UTI neonatal (GAIVA, 2006)¹⁴.

A equipe de enfermagem deve estar atenta à necessidade de compartilhar, compreender e ter uma visão humanizada para o neonato com dor. Além das tecnologias e tratamentos farmacológicos é necessária uma visão voltada para técnicas/procedimentos humanísticos que despertem no RN a sensação de bem estar, proteção e plena segurança; com o objetivo de diminuir o estresse e alívio do quadro doloroso através da utilização de Métodos como Mãe Canguru (MMC), a inserção da presença dos pais na UTI e o aleitamento materno.

O MMC se constitui em assistência neonatal que prevê o contato pele a pele entre a mãe/ pai/ familiar significativo e o recém-nascido prematuro e/ou de baixo

¹⁴ www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo

¹⁵ www.hu.ufsc.br/enfermagem/papel.pdf

peso. O contato deve ser crescente e pelo tempo que ambos sentirem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais ou responsáveis no cuidado ao RN (NEVES, 2006)¹¹.

A adoção do MMC estimula a formação dos laços afetivos, favorece a produção do leite materno, beneficiando assim a lactação e a amamentação; ajuda no desenvolvimento físico e emocional do bebê; reduz o estresse e o choro; estabiliza o batimento cardíaco, a oxigenação e a temperatura corporal; possibilita lembrar o som do coração e da voz materna, o que transmite calma e serenidade; desenvolve sentimentos de segurança e tranquilidade no RN; diminui riscos de infecção cruzada, reduz o número de abandono desses bebês e contribui para o apego entre mãe e filho (NEVES, 2006)¹¹.

Neste contexto, o enfermeiro atua no treinamento e acompanhamento dos pais, estimulando o vínculo afetivo entre ambos. A associação do tratamento terapêutico adequado e o MMC podem melhorar significativamente o desenvolvimento do RN acelerando sua recuperação e diminuição do tempo de internação na UTI.

De acordo com Reichert (2007)¹³, a UTI neonatal propicia um ambiente bastante adverso, uma vez que intra-útero tinha as condições necessárias para seu desenvolvimento. A preocupação do enfermeiro, portanto transcende a capacidade técnica, exigindo deste profissional sensibilidade e percepção para atender este cliente tão especial.

Cada vez mais fica evidente a importância dos pais na terapêutica do recém-nascido. Se por um lado a conversa em tom alto pode provocar estresse no neonato, a voz materna pode aliviar o nível de estresse, assim como o toque, se realizado de forma correta pode proporcionar conforto e segurança. A presença dos familiares só é benéfica a partir do momento que estão preparados para lidar com o novo mundo em que seu filho está inserido. Aos olhos de pessoas leigas, todos aqueles equipamentos, profissionais, correria, assustam criando uma barreira emocional. A orientação aos pais de forma clara, explicando o funcionamento e tudo que pode ocorrer ao neonato durante seu período de internação, pode ajudar no preparo dos familiares, para então introduzi-los no tratamento do RN.

Apesar da inclusão da família no tratamento do neonato, não se pode esquecer da fragilidade da mãe, isso implica em não impor sua participação em procedimentos que serão dolorosos para o binômio. O que não impede que após

esses procedimentos, haja um momento em que a mãe possa amamentar e acariciar seu bebê; sempre que for possível, acompanhá-lo em exames fora da UTI, encorajá-la a trocar a fralda, bem como ajudar na administração da dieta por sonda, na tentativa de aumentar o vínculo.

Para Leite (2006)¹² a amamentação constitui uma intervenção natural, sem custos adicionais, podendo ser facilmente aplicada em diversas situações de dor no RN, incluindo vantagens nutricionais, imunológicas, sociais e psicológicas.

Além de todas as vantagens citadas percebe-se a eficácia da amamentação na efetividade da relação mãe e filho, potencializada pelo contato pele a pele, sendo uma prática importante no alívio da dor do RN.

A musicoterapia e o toque são outras intervenções humanísticas a serem introduzidas na redução da dor.

Jaques; Eler (2006)¹⁶ afirmam que a musicoterapia tem efeitos não só na redução da dor, mas também na insônia e serve como relaxamento. Segundo ele, a música auxilia tanto na dor aguda quanto na crônica. Estudo com crianças em pós-operatório revelou que após uma sessão de 30 minutos de musicoterapia com música erudita observou-se melhora dos sinais vitais e diminuição da mímica facial através das escalas de dor. Embora a musicoterapia seja benéfica, ainda não há estudos que revelam o momento adequado para introdução dessa técnica.

Margotto (2001)³ afirma que atualmente preconiza-se na UTI neonatal o toque ou manipulação mínima, onde a equipe multiprofissional realiza os procedimentos em conjunto, sempre que possível, reduzindo a manipulação excessiva, por conseguinte o estresse do neonato. Podemos destacar entre as medidas humanizadoras o toque terapêutico. Segundo Jaques; Eler (2006)¹⁶ o toque terapêutico caracteriza-se pela imposição das mãos, com intencionalidade estimulando fibras sensitivas superficiais da pele, gerando relaxamento muscular.

O toque gera dúvidas sobre a melhor terapêutica a ser adotada, quando tocar e quando não tocar? Até que ponto o toque no RN pode ser benéfico? Ou como saber a hora exata que ele necessita do toque? Descobrir o momento exato que o neonato necessita do toque é um cuidado, que requer sensibilidade. Depois de procedimentos dolorosos o toque pode trazer inúmeros benefícios, tornando sua

¹⁶ www.revistas.unipar.br/saude/article

estabilização mais rápida, evitando as inúmeras complicações que a dor provoca. E em momentos que ele necessita de repouso, o toque que deveria ser terapêutico, pode causar uma sensação de desconforto e irritabilidade. Perceber o momento oportuno para usar essa e outras medidas terapêuticas, é fundamental para o sucesso do alívio da dor no neonato.

6 CONCLUSÃO

Refletir sobre a dor no recém-nascido é por em prática os princípios éticos e uma assistência humanizada, pois não há como se pensar em reduzir a dor, sem uma melhor qualidade de vida.

A tecnologia dentro da UTI é fundamental para salvar a vida do neonato, sem esta a transformação de um bebê de 600 gramas em um adulto, não seria possível. Todo esse aparato tecnológico e procedimentos realizados trazem consigo além da busca pelo fio da vida, a dor.

É justamente na dor, que o enfermeiro passa a ser o protagonista da história de vários recém-nascidos, seu papel é o de incessantemente excluir ou reduzir sempre que possível a dor, através das várias técnicas, intervenções e humanização. Destacando sempre que o RN é um indivíduo que precisa do alimento, oxigênio, mas também da família e tudo que a acompanha: afeto, segurança, atenção.

O profissional de enfermagem deve ter um amplo conhecimento científico; contudo, este deve vir acrescido de dedicação, carinho e amor. A percepção do RN transcende a competência técnica, pois requer do profissional um olhar humano.

Observa-se que a principal intervenção para redução da dor no RN é a mudança de atitude dos profissionais de Enfermagem e a sensibilidade destes frente à dor e ao recém-nascido como um todo.

O modelo único de cuidados para todos os pacientes deve ser substituído por uma atenção individualizada, salientando a importância de aprender como observar o comportamento do RN e usar essas observações para oferecer-lhes cuidados individualizados. A passagem do cuidado do bebê para os cuidados com o bebê.

NURSING OPERATION FOR ACHE CONTROLLING FOR NEWBORINGS IN NICU

ABSTRACT

Long time opinions defend newborns don't suffer aches, only after investigations in this area was detected, that even the immature nervous system of neonates respond to pain stimulations. This article focus to discuss the importance of nursing behavior for reducing pain of newborns in the neonate intensive-care unit (NICU), even as to met procedures of stress causing pain and discomfort in a newborn, to comment the behavioral and physiological responses of babies pain and provide reflections about humanization of practices in the NICU. Applied methods were bibliographical revisions in scientific sites, nursing magazines and neonatology publications. Nursing can intervene reducing pain, with non-pharmacological methods, including: positioning, non nutritive suction, ambient measures and introduction of pain scales, furthermore humanizing methods. Observing the main intervention for reducing pain of newborns is changing attitudes of the nursing professionals and their perceptions up to the pain of a neonate in general.

Key words: Pain. Neonate. Humanizing. Nursing assistance.

REFERÊNCIAS

BRANCO, Anete, *et al.* **O choro como forma de comunicação da dor do recém-nascido: uma revisão.** São Paulo: Revista Paulista de Pediatria. 2006. Disponível em: <<http://www.spsp.org.br/revista/24-36.pdf>>. Acesso em: 15 mar.2009.

GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. **O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado.** Curitiba: Portal Revista de Enfermagem. 2006. Disponível em: <[http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sciv.11 n.1](http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sciv.11%20n.1) Curitiba 2006>. Acesso em: 15 maio. 2009.

GASPARY, Lisiane Valdez; ROCHA, Ivi. **Intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascido prematuro.** Revista Nursing. São Paulo, v.7, n. 7, p. 47- 50, 2004.

GUINSBUIRG, Ruth. **A linguagem da dor no recém-nascido.** São Paulo: 1996. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/comciencia>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

JAKUES, André Estevam; ELER, Gabrielle Jacklin. **O Enfermeiro e as terapias complementares para o alívio da dor.** Arquivo Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v.10, n. 3, p. 185 – 190, set./dez. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.unipar.br/saude/article/viewFile/624/541>>. Acesso em: 20 maio. 2009.

LEITE, Adriana Moraes, *et al.* **O Ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem.** São Paulo: Revista Latino-americana de Enfermagem. Jan/fev.2005, p.79-85. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 10 maio. 2009.

LEITE, Adriana Moraes, *et al.* **Pode a amamentação provocar o alívio da dor aguda em recém-nascidos?** São Paulo: Revista Brasileira de Enfermagem. Jul/Ago. 2006, p. 539. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

LINHARES, Maria Beatriz, *et al.* **A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura.** Porto Alegre:Jornal de Pediatria. v. 81, n. 6, nov/dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000800005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 mar. 2009.

MARGOTTO, Paulo Roberto. **Importância da dor neonatal.** Brasília: XVII Congresso de Perinatologia, 2001. Disponível em: <<http://www.paulomargotto.com.br/documentos/idna>>. Acesso em: 10/mar. 2009.

NEVES, Fabricia Adriana Mazzo, *et AL.* **Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário.** São Paulo: Acta paulista de Enfermagem, v.19, n. 3, jul/set. 2006. p.349-353. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002006000300016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr.2009.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes. **Black book, Manual de Referência de Pediatria.** 2. ed. Belo Horizonte: 2002. P.42.

PEREIRA E SILVA, *et al*, **Avaliação da dor em neonatologia.** Revista Brasileira de Neonatologia, Belo Horizonte, v 10. n 3. set/out. 2007, p. 587. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n5/12.pdf>>. Acesso em: 13 jun.2009.

REICHERT, *et al.* **Humanização do cuidado da UTI neonatal.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/refista/v9/n1/v9n1a16.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2009.

ROCHA, Gustavo, *et al.* **Analgesia e sedação.** São Paulo: Consensos em Neonatologia, 2004. Disponível em: <http://www.spp.pt/userfiles/file/consensos_nacional_neonatologia>. Acesso em: 09 maio. 2009.

SCOCHI, Carmem Gracinda Silvan; GAIVA, Maria Aparecida Munhoz. **A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal.** Brasília: Revista Brasileira de Enfermagem, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034>>. Acesso em: 14 mai. 2009.

SELLGMAN, Miriam. **Dor no recém-nascido: técnicas não farmacológicas do controle da dor.** São Paulo: Medicina perioperatória, 2000. cap.139, p.1236.

SETZ, Vanessa, *et al.* **Avaliação e intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada.** Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, V.14, n. 2, p. 55, 2001.

SILVA, Maria Julia Paes. **O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde.** São Paulo: revista de bioética. São Paulo, v. 10, n. 2, p. 73-88, 2002. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/enfermagem/papel.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2009.

SOUZA, Bruna, *et al.* **Avaliação da dor como instrumento para o cuidar do recém-nascido pré-termo.** Florianópolis: Texto Contexto Enfermagem, 2007. Disponível em: <<http://www.redalib.valmex.mx/redalib/pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2009.

TAMEZ, Raquel Nascimento; SILVA, Maria Jones Pantoja. **Assistência ao recém-nascido de alto risco: Controle da dor do Recém-nascido.** 2.ed.São Paulo: Editora Guanabara Koogan .2002. cap. 6, p. 45-49.