



LITERATURE SYSTEMATIC REVIEW ARTICLE

MANAGEMENT OF PAIN IN THE NEWBORN: LITERATURE REVIEW

MANEJO DE DOR NO RECÉM-NASCIDO: REVISÃO DE LITERATURA

TRATAMIENTO DEL DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: REVISIÓN DE LITERATURA

Natália Romana Ferreira Lemos¹, Edilaine Assunção Caetano², Soraia Matilde Marques³, Denis da Silva Moreira⁴

ABSTRACT

Objective: to outline the evolution of concepts of pain in the newborn and measures for its control. **Methodology:** this is a descriptive literature study from the literature review type. The articles used were published in the last decade, from 1998 to 2008. Data collection took place between August and September 2008. To search the Virtual Health Library (VHL) and other sources were used descriptors: nursing, pain and newborn. Were considered thirty-five publications they are referred to the aim of this study. The texts were read, analyzed, organized and classified according to the following categories: concept and management of pain in infants. **Results:** the pain is discussed since the dawn of humanity and studied by several civilizations. At first it was believed that the newborn did not feel pain, today not only does the pain of the RN as something scientifically proven, but it also proposes measures for its control. These measures are pharmacological and nonpharmacological. **Conclusion:** Despite technological advances and studies, perceived that it is scarce literature on the subject and also there are few studies related to pain in neonatal nursing. Further studies are needed to further investigations and improvement of care in neonatology. **Descriptors:** nursing; pain; newborn; child health; neonatology.

RESUMO

Objetivo: descrever a evolução dos conceitos de dor no recém-nascido e as medidas para o seu controle. **Metodologia:** pesquisa bibliográfica descritiva do tipo revisão da literatura. Os artigos cotejados foram publicados na última década, entre 1998 e 2008. A coleta de dados aconteceu entre agosto e setembro de 2008. Para busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e demais fontes foram utilizados os descritores: enfermagem, dor e recém-nascido (RN). Foram apreciadas trinta e cinco publicações, sendo elas pertinentes ao objeto de estudo deste trabalho. Os textos foram lidos, analisados, organizados e classificados conforme as seguintes categorias: conceito e manejo da dor no RN. **Resultados:** a dor é abordada desde os primórdios da humanidade e estudada por diversas civilizações. No princípio acreditou-se que o RN não sentisse dor. Hoje não só se considera a dor do RN como algo cientificamente comprovado, como também se propõe medidas para seu controle. Tais medidas fazem uso de intervenções farmacológicas e não farmacológicas. **Conclusão:** apesar do avanço tecnológico e dos estudos, percebeu-se que é escassa a literatura nacional sobre o tema e também há poucos trabalhos relacionados à dor do RN na área da enfermagem. Outros estudos são necessários para novas indagações e melhoria da assistência em neonatologia. **Descritores:** enfermagem; dor; recém-nascido; saúde da criança; neonatologia.

RESUMEN

Objetivo: exponer la evolución de los conceptos de dolor en el recién nacido y las medidas para su control. **Metodología:** la literatura descriptiva, la revisión de la literatura. Los artículos utilizados fueron publicados en la última década, desde 1998 hasta 2008. La recopilación de datos tuvo lugar entre agosto y septiembre de 2008. Para buscar en la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y otras fuentes, se utilizaron los descriptores: enfermería, el dolor y el recién nacido. Se consideraron treinta y cinco publicaciones que se refieren al objeto de este estudio. Los textos fueron leídos, analizados, organizados y clasificados de acuerdo a las siguientes categorías: concepto y manejo del dolor en los bebés. **Resultados:** El dolor se trata desde los albores de la humanidad y es estudiado por varias civilizaciones. En principio se creía que los recién nacidos no sienten dolor, hoy en día no sólo se considera el dolor de la RN como algo científicamente demostrado, sino que también propone medidas para su control. Estas medidas son farmacológicas y no farmacológicas. **Conclusión:** a pesar de los avances tecnológicos y los estudios, la literatura es escasa sobre el tema y también hay pocos estudios relacionados con el dolor en la enfermería neonatal. Se necesitan más estudios para nuevas investigaciones y la mejora de la atención en neonatología. **Descriptores:** enfermería; dolor; recién nacido; salud del niño; neonatología.

^{1,2}Graduandas em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG. Bolsista do Programa de Educação Tutorial (PET/SESu). Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mails: nataliarflemos@gmail.com; dipatinga@hotmail.com; ³Enfermeira. Professora Assistente. Disciplinas de Pediatria e Neonatologia do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas/UNIFAL/MG. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: soraiaamm@terra.com.br; ⁴Enfermeiro. Professor Adjunto. Disciplinas de Pediatria e Neonatologia do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas - UNIFAL/MG. Alfenas, Minas Gerais, Brasil. E-mail: sined@unifal-mg.edu.br

INTRODUÇÃO

A dor é um fenômeno complexo que envolve estímulo, percepção e reação e, ao longo do tempo, variadas formas de abordagem foram empregadas para a sua compreensão.^{1,2} Além de ter um papel protetor, é hoje classificada como o quinto sinal vital descrito pela Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e pela Sociedade Americana de Dor, que recomendam que seu registro seja concomitante com os outros sinais vitais: temperatura, pulso, pressão arterial e respiração; entendendo que a experiência de sensibilidade dolorosa varia conforme muitos fatores, dentre eles a sensibilidade, a cultura, a religião e até a localização geográfica.^{3,4}

Deve-se ter em mente que a definição de dor é algo complexo; num conceito ampliado é entendida como uma sensação tanto orgânica quanto emocional. Portanto, em seu sentido orgânico, é uma sensação desagradável, que pode resultar de estimulações nervosas, tendo variações de intensidade e, muitas vezes, relacionada a prejuízos dos tecidos corporais.⁵

Contudo, estresse, depressão ou ansiedade podem ser somatizados, ou seja, motivos psicológicos podem manifestar dor orgânica com idêntico sofrimento.⁵ Deve-se ressaltar que em qualquer situação a dor é a que a pessoa descreve, jamais devendo ser confundida com o que o cuidador ou o profissional de saúde imaginam que ela sinta. Precisa ser considerada como uma experiência genuinamente subjetiva e pessoal. Por mais que tentemos quantificar e qualificar a dor por meio de escalas e outros métodos, ela será sempre subjetiva.^{3,6}

Assim, considerando-se a dor como um fenômeno subjetivo, há dificuldade de se pesquisar a resposta a ela e determinar sua presença no RN (a crença de que o neonato era incapaz de sentir dor prevaleceu por muito tempo); mas estudos recentes têm comprovado que o recém-nascido pode sentir mais dor do que clientes com idades mais avançadas, isto em especial nos RN que são submetidos a procedimentos dolorosos ou desagradáveis e repetitivos.⁶⁻⁸

O estudo da dor avançou muito nas últimas décadas, tornando a avaliação e a intervenção uma preocupação crescente entre os profissionais da saúde, tendo em vista a maior aceitação por eles da existência do fenômeno doloroso em neonatos. Assim, tem-se obtido dados cada vez mais acurados, determinando quais ações devem ser tomadas para amenizar

a dor ou mesmo extirpá-la e, ao mesmo tempo, avaliar a eficácia de tais ações.^{6,8}

Por sua vez, os estudos de avaliação da dor e métodos para minimizá-la em neonatos ainda são insatisfatórios, sendo seu controle feito de forma não padronizada, baseado em concepções individuais e mesmo empíricas.⁸ Além disso, estudar a dor em neonatologia é importante, por ela representar sofrimento e desconforto para os recém-nascidos, que, além de indefesos, são incapazes de verbalizar o que sentem. Assim, o alívio do sofrimento e o bem-estar do paciente envolvem questões éticas e humanitárias do profissional de saúde.^{9,10-2}

Apesar de a equipe de enfermagem não prescrever medicação é imprescindível o conhecimento na implementação de analgésicos prescritos e na discussão com outros profissionais das possíveis estratégias para melhora no controle da dor em neonatologia, pois esta é uma área ainda pouco estudada, com um número limitado de textos na literatura que respaldem o exercício profissional, e este estudo para tentar contribuir, agregando conhecimento e dando subsídios à prática de enfermagem neonatal.

OBJETIVO

- Descrever a evolução dos conceitos de dor no recém-nascido e as atuais medidas utilizadas para o seu controle.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica de natureza descritiva, baseada em revisão livre da literatura.^{8,13,14} Os artigos e textos utilizados foram publicados na última década, 1998 a 2008; o recorte temporal foi escolhido devido ao grande desenvolvimento da Neonatologia nos últimos anos.¹⁵ A coleta de dados aconteceu entre agosto e setembro de 2008. Os dados foram obtidos por meio da pesquisa em livros, artigos multidisciplinares, periódicos e textos divulgados por meios eletrônicos. Para busca na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram utilizados os descritores: enfermagem, dor e recém-nascido, de forma individual e coletiva, ou seja, com cruzamento entre os descritores citados. Foram checadas trinta e cinco obras referentes ao tema de estudo deste trabalho. As obras repetidas em bases de dados diferentes foram eliminadas, considerando-se seu primeiro registro. Como critério para seleção dos textos era necessário que os mesmos tivessem correlação com o objetivo proposto neste artigo, ou seja, tratassem de conceito e/ou manejo de dor em

Neonatologia. Foram excluídos resumos e trabalhos publicados em língua estrangeira, salvo dois artigos científicos, considerados de grande relevância para o presente estudo; ambos em língua inglesa.

Primeiramente eram lidos os resumos dos artigos, selecionados os de maior pertinência. Depois era realizada uma segunda leitura para melhor interpretação, dando especial atenção aos resultados e conclusões. Assim, prosseguimos à interpretação dos textos, sendo eles lidos, analisados, organizados e classificados conforme as seguintes categorias: conceito e manejo da dor no RN. Posteriormente foram destacados os pontos de maior pertinência, isto é, os que atendiam ao objetivo proposto para a construção do texto final.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

• Aspectos históricos da dor e seu controle

As inquietudes a respeito de dor são antigas, em todas as civilizações e em todos os períodos históricos. Procurou-se esclarecer o que causava o evento doloroso e os procedimentos destinados a sua melhora.⁸ Assim, desde os primórdios, conforme sugerem os registros gráficos pré-históricos e os vários documentos encontrados na literatura, a ocorrência da dor e os procedimentos destinados a seu controle receberam atenção especial da população leiga, de pesquisadores e de indivíduos envolvidos na assistência.^{1,2}

A interpretação das dimensões da dor variou de acordo com cada sociedade e com o momento histórico em que esta se encontrava.^{1,2}

Os povos primitivos e as muitas populações de diversas culturas basearam-se em modelos pré-lógicos, fundamentados na imaginação coletiva para justificar os mecanismos e os tratamentos da dor. Identificavam o homem e seu meio ambiente não diferenciando o interior do exterior e classificavam os fatos de acordo com idéias funcionais. Dor e inimigos eram nivelados por igual. A dor era considerada por alguns ataque à pessoa, punição para uma falta ou atenuação de demônios ou de deuses e, eventualmente, dos inimigos do homem.^{1,2}

Como durante os primórdios da Humanidade atribuiu-se a dor aos maus espíritos e às punições por faltas cometidas. A medicina era exercida por sacerdotes que, a serviço dos deuses, empregavam remédios naturais e acreditavam que as preces, os sacrifícios e os suplícios apresentassem efeitos

terapêuticos e, assim, os deuses concederiam o alívio.^{1,2}

Nos textos da Mesopotâmia e do Egito, nos documentos da Pérsia e da Grécia são expressas a ocorrência e a atenção para com as consequências nefastas da dor, como também no desenvolvimento de medidas visando o seu controle.^{1,2}

Aristóteles (320 a.C.) considerava a dor um estado da alma, interpretando-a como uma antítese ao prazer, alertando para uma sensação desagradável. O conceito religioso de dor é fundamentado na medicina clássica com Hipócrates: *Divinun est opus sedare dolorien* (Sedar a dor é obra divina).^{1,2,4}

Assim, até o século XII não se deu atenção à dor, apesar de sua presença cotidiana, pois ela era vista como castigo ou associada aos considerados fracos, como mulheres, crianças, velhos e doentes.⁵

Na cultura ocidental, o conceito de dor tem suas raízes relacionadas ao cristianismo, que encara como algo advindo de um Deus justo. A palavra *poiné*, do grego antigo, significava pagar e punir, e dela deriva *pain*, que no inglês significa dor e punição, tendo a palavra *pena* (do latim *poena*), em português, o mesmo sentido.⁵

Entretanto, na primeira metade do século XIII, emergiu uma nova compreensão de dor, não mais considerada como fraqueza ou castigo e sim uma dádiva, visando à salvação eterna.⁵

Progressivamente, com o avanço da medicina, o pensamento lógico anteriormente desenvolvido fundamentou-se em evidências mais concretas e procurou objetivar os fenômenos com achados comparáveis.^{1,2}

No final do século XIX admitiu-se a possibilidade de dois componentes de dor: a sensação e a reação; e considerou-se a possibilidade da presença de receptores e vias neuronais. Posteriormente, em 1900, a dor foi relacionada a um componente sensitivo e a um afetivo, reconhecendo-se desta forma o caráter duplo do fenômeno. Assim, após alguns anos, reafirmou-se a duplicidade, com uma sensação primária de dor acompanhada de um elemento psíquico.⁹

Nesta perspectiva, com o avanço dos estudos nessa área surgiu a necessidade de uma definição da dor e de termos a ela relacionados, bem como de uma classificação de síndromes dolorosas que pudessem minimizar a confusão até então existente na análise da dor, facilitando o entendimento e a comunicação com caráter universal. Hoje o conceito de dor mundialmente utilizado é o da Associação Internacional de Estudos da Dor

(IASP), que afirma ser a dor uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a dano presente ou potencial, ou descrita em termos de tal dano.^{5,6,10}

• Dor em neonatologia

Pelo fato de ser a dor uma sensação pessoal, torna-se impossível mensurar com exatidão a dor do outro.⁹ Nesse contexto, a dor dos indivíduos que não podem exprimi-la por meio de palavras torna-se um fenômeno ainda mais significativo.¹⁶

Deste modo, o fato de os lactentes não verbalizarem a dor que sentem agravava a crença que se tinha até meados da década de 1970, de que os recém-nascidos não eram capazes de sentir dor.¹⁶

O que se acreditava era que as vias nervosas dos recém-nascidos não eram suficientemente mielinizadas para transmitir os impulsos dolorosos, não havendo função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar as experiências dolorosas.^{9,16}

Contudo, os conhecimentos atuais revelam que no recém-nascido qualquer estímulo doloroso é gerado, interpretado e transmitido da mesma forma como nos indivíduos adultos, pois ele apresenta todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos necessários à nocicepção. Sabe-se também hoje que a mielinização incompleta é compensada pelo distanciamento interneuronal e neuromuscular menor, o que aumenta a velocidade média de condução nervosa.^{9,17}

A partir da sétima semana de gestação já se percebem receptores sensitivos cutâneos no feto e o sistema neurobiológico necessário à nocicepção encontra-se formado entre a 22^a e a 29^a semana de gestação.^{16,17} Assim, as estruturas periféricas e centrais necessárias à percepção da dor estão presentes e funcionais, mesmo nos pré-termos, já no nascimento, nos quais os sistemas neuroendócrinos do neonato estão suficientemente desenvolvidos para permitir a transmissão dos estímulos dolorosos.¹⁷⁻⁸

O desenvolvimento das vias de dor envolve o refinamento das conexões sensoriais com o sistema límbico e as áreas afetivas e associativas do córtex cerebral. As experiências dolorosas do RN podem determinar a arquitetura final do sistema de dor do adulto e provavelmente a variação individual das respostas à dor e a frequência dessas experiências pode levar à alteração na maturação desse sistema.^{17, 19}

A dor durante a hospitalização é frequente devido à gravidade da doença presente e os

procedimentos necessários ao tratamento. A abordagem diagnóstica e terapêutica de um paciente gravemente enfermo é quase sempre invasiva e agressiva, principalmente nos setores de emergência e de terapia intensiva.⁸ Alguns autores revelam que, embora a comunidade médico-científica aceite atualmente que o recém-nascido é capaz de sentir dor e do grande avanço tecnológico e farmacológico em Neonatologia, observa-se de maneira geral a pouca utilização de medidas no controle da dor e do estresse no neonato hospitalizado; ou essas vêm sendo feitas de forma inapropriada, sendo que a permanência do recém-nascido em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) envolve a necessidade de vários procedimentos terapêuticos dolorosos.^{17,20} Em uma UTIN, um recém-nascido pode ser submetido a vários procedimentos potencialmente dolorosos ao dia, entre os quais alguns estudos citam as punções venosas, arteriais e no calcânhar, intubação e ventilação mecânica, procedimentos cirúrgicos, drenagem de tórax, entre outros.^{9,17}

Nesse sentido, este lapso entre o conhecimento científico e a conduta na prática clínica se deve provavelmente à dificuldade de avaliação e mensuração da dor, pois o fato de se lidar com pacientes pré-verbais, em diferentes fases de desenvolvimento cognitivo, e que expressam suas reações aos mais variados estímulos de forma similar, pode levar a grandes dúvidas na interpretação e avaliação das respostas à dor, prejudicando um atendimento adequado àquela criança.²⁰

Deste modo, nota-se que a dor e o estresse potencializam a instabilidade clínica do RN, evidenciando a necessidade de se adotar medidas que minimizem esses quadros. Exames laboratoriais e observações clínicas sugerem que a dor neonatal não controlada pode resultar em efeitos colaterais à saúde e no prognóstico do desenvolvimento da criança a longo prazo.²¹ Assim, a exposição à dor é um dos fatores mais prejudiciais do ambiente extra-uterino, que pode alterar o desenvolvimento neurológico em muitos aspectos.¹⁸

De acordo com a Academia Americana de Pediatria (AAP), a exposição à dor intensa ou prolongada pode aumentar a morbidade neonatal e lactentes que sentiram dor durante o período neonatal respondem de maneira diferente aos eventos dolorosos subsequentes. Tendo em vista essas consequências, iniciaram-se estudos que visassem à melhora das estratégias de tratamento para prevenir e tratar a dor e o desconforto do RN.^{17,21}

Hoje existem vários instrumentos para a avaliação da dor no neonato. Porém, o que se percebe é que os profissionais não os conhecem ou não os utilizam. Desta forma, o tratamento baseia-se em parâmetros individuais, sem haver uma padronização dos serviços.⁹ Com o intuito de atenuar a subjetividade das medidas comportamentais de dor e facilitar o seu uso clínico, surgiram as escalas de dor. Essas escalas atribuem pontos a determinados parâmetros comportamentais de dor, descritos da maneira mais objetiva possível, resultando em uma pontuação final que pode ajudar o clínico a decidir se há necessidade de intervenção analgésica.¹⁰

Os parâmetros utilizados para identificar a dor neonatal são os físicos e comportamentais.^{16,20} As respostas fisiológicas dos RN são evidenciadas por alterações cardiorrespiratórias (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e diminuição da saturação de oxigênio), sudorese palmar, ampliação da pressão intracraniana e por alterações hormonais (liberação de catecolaminas, cortisol, glucagon, glicemia, dentre outros) e metabólicas (aumento do lactato, piruvato, corpos cetônicos e alguns ácidos graxos).²⁰ Essas medidas, embora objetivas, não são especificamente relacionadas à dor, pois podem ocorrer alterações similares após um estímulo nociceptivo, ou depois de um estímulo desagradável, mas não doloroso.¹⁰

Assim, os parâmetros fisiológicos são úteis para avaliar a dor na prática clínica, mas não podem ser usados de forma isolada.¹⁶ Utiliza-se também a avaliação comportamental do neonato frente a um procedimento para constatar se há dor ou não. Este tipo de avaliação fundamenta-se na modificação de determinadas expressões comportamentais, principalmente a resposta motora, amímica facial, e o choro.^{9,10,20}

Atribui-se importância crescente a essas medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica ao processo algico. Apesar disso, falham pela falta de objetividade do observador dos comportamentos mensurados, pois as respostas fisiológicas e comportamentais devem ser avaliadas em conjunto.¹⁶

Respostas motoras mais evidentes nos RN frente a um estímulo doloroso são a rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades. O que se questiona é que a movimentação corporal também pode ser obtida diante de outros estímulos que não sejam dolorosos. Embora os RN movimentem

tronco e membros frente à dor, esta constatação deve ser associada a outros estímulos, não servindo de parâmetro único na avaliação do fenômeno doloroso.^{16,22}

O choro é também considerado na prática como uma medida comportamental de avaliação da dor. É um alerta e pode ou não estar associado à presença do processo algico. Em caso de dor, o choro vai ter uma fase expiratória mais prolongada e uma duração aumentada. Contudo, em crianças intubadas, em processo de desmame ventilatório, ou fome e desconforto, aliados à falta de habilidade do profissional de saúde em distinguir o tipo de choro, podem dificultar sua avaliação.^{9,16}

As alterações da mímica facial têm sido uma das ferramentas mais utilizadas no estudo da dor do RN: fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial aprofundado, lábios entreabertos, boca estirada, tremor de queixo e língua tensa; 95-98% dos RN a termo apresentam pelo menos as três primeiras alterações citadas acima quando sentem dor, sendo que as mesmas alterações não são detectadas quando são submetidos a estímulos desagradáveis, porém não dolorosos.^{9,16}

Desta forma, a mímica facial parece ser um modo de linguagem da dor do RN mais facilmente entendida pelo adulto. Contudo, essas alterações não trazem informações a respeito da qualidade ou da intensidade do processo algico. Portanto, é difícil utilizar apenas a movimentação da face na tomada de decisões para intervenções.¹⁶

Outros efeitos da dor podem incluir aumento do estado de vigília, irritabilidade, vômitos, perda do apetite, alteração na sucção, interrupções no padrão de sono e alterações na interação mãe-filho.²³

Vários autores relatam a necessidade de intervenções para minimizar a dor e o estresse no paciente.^{8,10} Deste modo, abordagens farmacológicas e não-farmacológicas podem ser utilizadas e a maioria das revisões enfatiza o uso simultâneo de ambas.¹⁹

• Estratégias para o controle da dor no recém-nascido

Atualmente inúmeras estratégias de controle da dor são estabelecidas, podendo ser divididas em dois grandes grupos: controle da dor por meio farmacológico e não farmacológico.^{6,9,10,18,19}

As intervenções não farmacológicas são estratégias que objetivam principalmente prevenir a intensificação do processo doloroso, a desorganização do neonato, o estresse e a agitação, minimizando as

repercussões da dor. São eficientes na maioria das crianças, quando utilizadas individualmente nas dores de leve intensidade; porém deverão ser acrescidas as intervenções farmacológicas frente à dor moderada ou severa.²⁴⁻⁵

Algumas medidas podem favorecer o controle da dor, tais como a redução da luminosidade, do barulho e do manuseio do RN.²⁶ Deve-se também concentrar as atividades com o neonato de modo a permitir períodos mais prolongados de sono, favorecendo a prevenção e o controle da dor.

Certos autores indicam a contenção do recém-nascido em um ninho improvisado, para promover a sua organização comportamental. O toque e o contato físico também são benéficos. O emprego da sucção não nutritiva por meio da chupeta ainda é questionável em unidades neonatais, devido a possíveis prejuízos odontológicos posteriores, porém alguns autores defendem seu uso, por afirmarem que a mesma inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica e emocional do neonato após o fenômeno doloroso.^{9,23,26,27}

O uso da glicose por via oral no momento da realização da coleta sanguínea, da injeção subcutânea ou da imunização pode atenuar a expressão facial de dor e diminuir o tempo de choro, sendo esta uma medida muito utilizada na prática das UTI e UCI (Unidades de Cuidados Intermediários) neonatais. Novos estudos, porém, ainda são necessários para que sua eficácia seja comprovada e sejam estabelecidas doses e concentrações ideais na sua administração.^{9,27}

Quando se pretende controlar a dor advinda de procedimentos dolorosos e invasivos que culminam em dor severa e intensa, opta-se por utilizar métodos farmacológicos, ou seja, drogas analgésicas que têm por finalidade interromper o fenômeno doloroso.^{17,25}

A utilização de agentes farmacológicos deve ser considerada em todos os RN portadores de doenças potencialmente dolorosas e RN submetidos a procedimentos invasivos, cirúrgicos ou não.^{16,27} Os fármacos mais utilizados são os não-opioides e os opioides.⁹ Os não-opioides abrangem, principalmente, os antiinflamatórios não-hormonais, que agem inibindo a ciclooxigenase, diminuindo a síntese de prostaglandina e conseqüentemente o processo inflamatório. São recomendados para alívio temporário de dor mínima a moderada, desconforto e como antipirético.^{11,25,28-9}

Os analgésicos opioides atuam sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), medula e receptores periféricos e, por meio de receptores opioides espalhados pelo SNC, inibem a transmissão do estímulo nociceptivo aos centros superiores de processamento, inibindo assim a aferência da dor na medula espinhal, ativando as vias descendentes inibitórias, produzindo diferentes combinações de efeitos desejáveis (neste caso o bloqueio da dor) e indesejáveis (depressão respiratória, sedação, hipotensão, bradicardia, rigidez muscular, convulsões, constipação e retenção urinária). Esta classe medicamentosa é necessária quando detectada a presença de dor moderada até intensa.^{11,17,25,28-9}

Combinação entre analgésicos opioides e não-opioides promovem o controle da dor no recém-nascido em dois níveis: sistema nervoso central e periférico, proporcionando analgesia aumentada sem potencializar os efeitos colaterais.¹⁹

Diante disso, são necessárias intervenções farmacológicas, não-farmacológicas ou ambas associadas, a fim de se reduzir a dor neonatal, contribuindo para o suporte nos neonatos imaturos para que estes possam superar o estresse, diminuir a morbi-mortalidade e o tempo de internação.^{21,28-9}

• O papel da equipe de enfermagem no controle da dor em Neonatologia

A equipe de enfermagem atua com uma modalidade de cuidados denominada "cuidados integrais", ou seja, fica responsável pelo atendimento integral ao paciente em seu turno de trabalho. No que diz respeito ao controle da dor do recém-nascido em unidade de Neonatologia, a enfermagem trabalha diretamente com medidas não-farmacológicas, citadas anteriormente, e com a administração de fármacos prescritos (medidas farmacológicas). Importante referir que há serviços em que a prescrição de fármacos fica sob a responsabilidade do enfermeiro, mediante a existência de protocolos que conferem respaldo legal a este tipo de atividade.^{30,31}

O alívio da dor e o conforto do paciente envolvem questões éticas e humanitárias do profissional da saúde. A dor do RN deve ser reconhecida e tratada.^{10,12}

Cabe ressaltar que são poucos os trabalhos encontrados na literatura desenvolvidos por enfermeiros que destaquem a atuação da equipe de enfermagem na Neonatologia, principalmente, com relação à dor do RN.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu perceber que houve consideráveis mudanças no conceito e manejo da dor do RN ao longo do tempo, principalmente por ocasião dos inúmeros avanços tecnológicos em Neonatologia, não só no Brasil como no mundo. Este crescente desenvolvimento tecnológico proporcionou novos estudos e conhecimentos que foram progressivamente sendo agregados à prática profissional diária e interferindo significativamente na assistência prestada ao RN.

Porém, apesar dos progressos nota-se que ainda é escassa a literatura nacional sobre o tema e também há poucos trabalhos relacionados à dor do RN na área da enfermagem.

Entende-se que outros estudos são necessários para novas indagações que contribuirão para o aprimoramento da pesquisa e a conseqüente melhoria da qualidade da assistência em enfermagem neonatal, tornando-a cada vez menos empírica e mais humanizada.

REFERÊNCIAS

- Ojugas AC. A dor através da história e da arte. Barcelona: Atlas Medical Publishing; 1999.
- Teixeira MJ, Okada M. Dor: evolução histórica dos conhecimentos. In: Teixeira MJ. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Maio; 2003, p. 15-51.
- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latino-am Enfermagem. 2002 mai/jun; 10 (3): 446-7.
- Oliveira CC, Silva FCA, Dias FEJ, Parreira GS, Sérvulo JA, Maugin C. et al. A dor e o controle do sofrimento. Rev. de Psicofisiologia [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2007 Set 10]. Disponível em: www.icb.ufmg.br/lpf/revista/index_revista.htm.
- Kanashiro M. Em busca de um padrão de medida. Rev eletrônica de Jornalismo Científico (SBPC). 2007 Mai; (87).
- Maciel MGS. A dor crônica no contexto dos cuidados paliativos. Rev Prática Hospitalar [periódico na internet]. 2004 set/out [acesso em 2008 Jul 17]; 35. Disponível em: <http://www.praticahospitalar.com.br/pratica%2035/paginas/materia%2005-35.html>
- Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. Rev de Pediatria. 2006; 28 (4): 251-61.
- Pavani NJP. Dor no câncer. Rev da Sociedade Brasileira de Cancerologia [periódico na internet]. 2000 [acesso em 2008 Jul 17]; 12. Disponível em <http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/12artigo6.asp?nrev=N%C2%BA%C2%A012>
- Calasans MTA, Kraychette DC. Dor no recém nascido. Rev Recrearte [periódico na internet]. 2005 [acesso em 2007 Set 13]; 4:01-11. Disponível em: <http://www.iacat.comrevistarecrearte/recrearte04/Seccion6/Dolor%20de%Recien%20Nacido.pdf>.
- Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. Jornal de Pediatria. 1999; 75 (1): 149-60.
- Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Sedação e analgesia em neonatologia. Rev. Bras Anesthesiol. 2007; 57 (5): 575-87.
- Anand KJ. Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. Biol Neonate. 1998; 73: 1-9.
- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- Avanci BS, Avanci CMSS, Góes FGB, Silva JLL, Marins LR. Rescue of the notions of child in the history of the world and of the Brazil. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2009 Abr/Jun [acesso em 2009 Ago 20]; 3(2):165-72. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/306/302>
- Barbosa AP. Terapia intensiva neonatal e pediátrica no Brasil: o ideal, o real e o possível. Jornal de Pediatria. 2004;80(6):437-38.
- Guinsburg R. A linguagem da dor no recém nascido. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, 2000.
- Miyaki M. Manual de Neonatologia. 3ª ed. Paraná: Atuais; 2001.
- Gaspardo CM, Linhares MBM, Martinez FE. A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática de literatura. J de Pediatria. 2005; 81(6):435-42.
- Margotto PR, Rodrigues DN. Assistência ao recém-nascido de risco. 2ª ed. Brasília: Margotto; 2004.
- Pereira ALST, Guinsburg R, Almeida MFB de, Monteiro AC, Santos AMN dos, Kopelman, BI. Validade de parâmetros comportamentais e fisiológicos para a avaliação da dor aguda de recém nascido a termo. [acesso em 2007 Set 10]. Disponível em: <http://www.brazilpednews.org.br/jun99/ao99012.html>.

21. Cloherty JP, Stark AR, Eichenwald EC. Manual de Neonatologia. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
22. Zorzetto R. A face inocente da dor. [acesso em 2007 Set 19]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/comunicação/jpta/ed139/pesqui4.htm>.
23. Gaiva MAM. Dor no recém-nascido: prática e conhecimentos atuais. Rev Pediatría Moderna. 2001 Maio; 37(5):155-65.
24. Tamez RN, Silva MJP. Controle da dor e sedação no recém-nascido. In: Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
25. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
26. Rocha F de O, Cruz ICF. Revisão da literatura sobre dor neonatal. Clube de periódico do OBNJ. On line Jornal Brasileiro de Enfermagem[periódico na internet]. 2004; [acesso em 2007 Set 12]. 3(1):[aproximadamente 6 telas]. Disponível em: <http://www.uff.br/nepae/objn301rocha.htm>
27. Gibbins S, Stevens B, Hodnett E, Pinelli J, Ohlsson A, Darlington G. Efficacy and safety of sucrose for procedural pain relief in preterm and term neonates. Nursing Research. 2002 Nov; 51(6):375-81.
28. Veras ACR, Regueira MJS. Dor no recém-nascido. In: Manual de Neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
29. Barbosa SMM, Castellanos ALZ, Krebs VLJ, Okay Y. A dor no recém-nascido: prevenção e terapêutica. Rev Dor. 2000 Abr/Maio/Jun; 2(2):26-35.
30. Almeida JS. Saúde neonatal: enfermagem em Neonatologia. 2008. [acesso em 2008 Mar 22] Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/neonatologia.htm>.
31. Gaíva MAM, Scochi CGS. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(3): 469-76.

Sources of funding: Programa de Educação Tutorial (PET) MEC/SESu
Conflict of interest: None
Date of first submission: 2009/11/04
Last received: 2010/04/20
Accepted: 2010/04/20
Publishing: 2010/05/15

Address for correspondence

Soraia Matilde Marques
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700.
CEP: 37130-000 – Alfenas, Minas Gerais, Brasil