



ARTIGO ORIGINAL

SINAIS SUGESTIVOS DE DOR DURANTE A PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA EM PREMATUROS
SIGNS SUGGESTIVE OF PAIN DURING THE VENOUS PUNCTURE IN PRETERM NEWBORNS
SEÑALES SUGESTIVAS DE DOLOR DURANTE LA PUNCIÓN VENOSA PERIFÉRICA EN
PREMATUROS

Luciano Marques dos Santos¹
Taisa Pereira Cruz Costa Silva²
Rosana Castelo Branco de Santana³
Khésia Kelly Cardoso Matos⁴

RESUMO: Objetivo: identificar os sinais sugestivos de dor em recém-nascidos prematuros de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do interior da Bahia durante a punção venosa periférica através da aplicação da escala de Neonatal Infant Pain Score. **Método:** estudo descritivo e quantitativo, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do interior da Bahia e realizado com 29 recém-nascidos. **Resultados:** a idade gestacional média foi de 31,9 semanas e o peso médio ao nascer, de 1.718 g. 93,1% dos recém-nascidos eram do sexo feminino. Os dados apontaram que 69% apresentaram sinais sugestivos de ausência de dor. Os sinais sugestivos de dor foram face contraída, choro, braços e pernas fletidos e padrão respiratório alterado. **Conclusões:** a avaliação e o manejo da dor no recém-nascido necessitam ser vistos como um foco do cuidado integral da enfermagem.

Descritores: Enfermagem neonatal; Dor; Prematuro; Cateterismo periférico.

ABSTRACT: Objective: to identify the suggestive signs of pain in preterm newborns in a Neonatal Intensive Care Unit of Bahia's Countryside during venous puncture by applying the NIPS scale. **Method:** this is a descriptive and quantitative study that was made in a Neonatal Intensive Care Unit, with 29 newborns. **Results:** the average gestational age was 31.9 weeks and the average birth weight was 1,718 g. 93.1% of newborns were female. 69% of newborns suggested no signs of pain. The suggestive signs of pain were contracted face, crying, arms and legs flexed and changed breathing pattern. **Conclusions:** the care nursing should focus on the assessment and management of pain in the newborn.

Descriptors: Neonatal nursing; Pain; Infant, Premature; Peripheral catheterization.

RESUMEN: Objetivo: identificar las señales sugestivas de dolor en prematuros de una Unidad de Terapia Intensiva Neonatal del interior de Bahía durante la punción venosa periférica a través de la aplicación de la escala de NIPS. **Método:** estudio descriptivo y cuantitativo, realizado con veintinueve recién nacidos. **Resultados:** la edad gestacional media fue de 31,9 semanas y el peso medio al nacer de 1.718g. El 93,1% de los recién nacidos eran del sexo femenino. Los datos apuntaron que el 69% presentaron señales sugestivas de ausencia de dolor. Las señales sugestivas de dolor fueron cara

¹ Enfermeiro. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Professor Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). Membro do Grupo de Estudos Interdisciplinar sobre Desigualdades em Saúde (NUDES-UEFS). Bahia, Brasil. E-mail: lucmaxenfo@yahoo.com.br

² Enfermeira. Prefeitura de Jacobina. Bahia, Brasil. E-mail: taisapccs@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da EEUFBA. Bahia, Brasil. E-mail: rosanacastelo@hotmail.com

⁴ Estudante. Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco. Petrolina, Pernambuco. E-mail: keumatos3@hotmail.com



contraída, lloro, brazos y piernas flexionadas y padrón respiratorio modificado. **Conclusiones:** la evaluación y el manejo del dolor en el recién nacido necesitan ser vistos como un foco del cuidado integral de la enfermería.

Descriptores: Enfermería neonatal; Dolor; Prematuro; Cateterismo periférico.

INTRODUÇÃO

Até recentemente, a dor e o seu manejo no recém-nascido (RN) receberam pouca atenção na prática clínica, pois a mielinização completa do nervo era uma condição necessária para função completa do trato nervoso. Sendo assim, justificaram-se por muitos anos procedimentos como cirurgias, circuncisão, dissecação de veia dentre outros, sem anestesia e analgesia, por terem sido difundidos por muito tempo.^{1,2}

Nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), o processo de trabalho é dinâmico e necessita de procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos, que possuem grande impacto no crescimento e desenvolvimento do neonato em situação crítica. Assim, a identificação da dor em neonatologia vem se configurando no cenário das práticas dos profissionais de saúde como um desafio, por estar relacionada à subjetividade do outro, transformando-se em um processo complexo, devido ao fato de os pacientes neonatais não serem capazes de se manifestarem verbalmente.

A própria definição da dor pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain - IASP*) demonstra a evidência da necessidade de verbalização para a expressão deste fenômeno, conceituando-a como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, potencial ou descrita nos termos dessa lesão. Desta maneira, a dor é sempre subjetiva.³

Nesse contexto, a dor nos indivíduos que são incapazes de expressar-se por meio de palavras torna-se um desafio a ser vencido na prática clínica dos trabalhadores da saúde, tendo em vista a dificuldade para a sua identificação e ausência de intervenções para o alívio deste processo pelos profissionais da saúde.

Algumas razões podem explicar o sub-tratamento relacionado à dor na criança, tais como os mitos de que o RN não sente dor ou que a sentem em menor intensidade que o adulto, as limitações de conhecimento sobre dor por parte dos profissionais e as confusões entre os conceitos de tolerância.³

Ademais, é importante ressaltar que durante a hospitalização o RN é submetido a vários procedimentos, potencialmente dolorosos, sendo a venopunção um dos mais comumente realizados pela enfermagem e, muitas vezes, causadores de estresse e dor nesse cliente.⁴

Entretanto, nos últimos anos, importantes avanços ocorreram em relação à avaliação da dor com a validação de critérios objetivos, que hoje podem ser utilizados em diferentes contextos da prática clínica. Foi de especial importância a padronização da dor como quinto sinal vital, pela Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). Esta comissão passou a considerar prioritárias a avaliação, a intervenção e a reavaliação da dor no processo de qualificação hospitalar. Para a JCAHO, a avaliação da dor inclui a localização, a intensidade da dor baseada em escalas comportamentais, parâmetros fisiológicos, entre outras.⁵

Estas escalas servem de instrumentos para percepção da dor, principalmente, em recém-nascidos que não podem expressar verbalmente o que sentem, nem tão pouco a intensidade. Estes instrumentos facilitam a interação e comunicação entre os membros da equipe de saúde, que passam a atender e a perceber a evolução da dor em cada paciente e verificar a resposta frente à terapia.⁵

A equipe de enfermagem, pela maior proximidade do paciente no desempenho de suas atividades assistenciais, tem se destacado na utilização de medidas de prevenção, redução ou

eliminação do desconforto produzido por estímulos indesejáveis em unidades neonatais, principalmente quando se trata de procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos.⁶

Este estudo teve como objeto os sinais sugestivos de dor em recém-nascidos prematuros na UTIN, durante punção venosa periférica.

Diante disso, questionou-se: o recém-nascido prematuro na UTIN apresenta sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica? Quais são os sinais sugestivos da dor evidenciados na escala de Neonatal Infant Pain Score (NIPS) pelos recém-nascidos submetidos à punção venosa periférica? Objetivou-se identificar os sinais sugestivos de dor em recém-nascidos prematuros de uma UTIN do interior da Bahia durante a punção venosa periférica através da aplicação da escala de NIPS.

Este estudo poderá contribuir com a equipe de enfermagem no que se refere à avaliação da prática da punção venosa em recém-nascidos prematuros, com vistas à reformulação do processo de trabalho.

Por outro lado, os dados poderão estimular a realização de novas investigações empíricas, além de contribuir na diminuição das lacunas do conhecimento relativas ao fenômeno investigado. Isso se deve à escassa publicação científica em periódicos de circulação nacional relacionada à verificação da ocorrência de dor durante procedimentos invasivos no período neonatal. Os estudos encontrados buscam a compreensão da dor na percepção dos trabalhadores da saúde ou a avaliação/análise dos cuidados adotados diante da ocorrência do fenômeno doloroso.

MÉTODO

Este estudo foi do tipo descritivo e quantitativo. A pesquisa descritiva registra, analisa, classifica e interpreta os fatos observados, muitas vezes estabelecendo relações entre eles.⁷ O estudo descritivo exige do investigador, para que a pesquisa tenha certo grau de validade científica, uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientarão a coleta e interpretação de dados.⁸

Foi realizado no município de Feira de Santana - Bahia. Esta é a segunda maior cidade do Estado da Bahia. O campo empírico deste estudo foi um hospital público, mais especificamente a UTIN, a qual contém seis leitos destinados a recém-nascidos críticos, em sua maioria, prematuros.

A amostra do estudo foi composta por 29 recém-nascidos prematuros (RNPT) hospitalizados na UTIN, selecionados através dos seguintes critérios de inclusão: necessidade de punção venosa periférica, sem suporte ventilatório mecânico, idade gestacional inferior a 36 semanas, sem diagnóstico de asfixia neonatal grave, sem instabilidade clínica do ponto de vista respiratório, cardiovascular ou neurológico, filhos de mães que não usaram medicações sedativas ou analgésicas antes do parto ou neonatos que não receberam opióides antes da coleta dos dados.

O tamanho desta amostra foi definido por conveniência, sendo que no período em que se deu a coleta dos dados, de dezembro de 2009 a abril de 2010, foram admitidos na UTIN 64 recém-nascidos. Destes, 41 foram classificados como prematuros, sendo excluídos da amostra 12 recém-nascidos, por não atender a todos os critérios de inclusão: necessidade de suporte ventilatório mecânico (cinco) por desconforto respiratório grave, diagnóstico de asfixia neonatal grave (três), filhos de mães que usaram medicações sedativas antes do parto (dois) e neonatos que receberam opióides antes da coleta dos dados (dois).

Os dados foram coletados através de um formulário que foi dividido em duas partes. A primeira continha informações relacionadas ao peso do recém-nascido, idade gestacional e número de tentativas de venopunção periférica.

Na segunda parte deste formulário estavam dispostos os sinais sugestivos de dor, conforme itens adaptados da escala NIPS: expressão facial (0 ou 1 ponto); choro (0 ou 1 ou 2 pontos); posição das pernas (0 ou 1 ponto); respiração (0 ou 1 ponto); posição dos braços

(0 ou 1 ponto). A pontuação desta escala varia de zero a sete pontos, sendo as pontuações superiores a três estados sugestivos de dor.⁹

Esta escala é recomendada para a identificação do processo doloroso em situações agudas, tais como, punção de calcâneo, entubação traqueal, aspiração gástrica, aspiração de tubo traqueal, inserção de cateter intravenoso periférico e central e controle da dor no pós-operatório, sendo uma das escalas mais recomendadas para utilização na prática clínica, pois os seus itens são fáceis de pontuação.^{10,11}

A aplicação do formulário foi realizada após 24 horas de vida do recém-nascido prematuro, durante a realização da venopunção periférica, realizada pela equipe de enfermagem da unidade em estudo.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de ética em Pesquisa da Faculdade de Tecnologia e Ciências, campus Salvador, Bahia para sua apreciação, sendo aprovado sob o parecer número 01.4592009.

Para atender aos critérios éticos foram seguidas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.¹² Para tanto, foi necessária a criação de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinatura dos responsáveis pelo recém-nascido, autorizando a reprodução e divulgação das informações colhidas, salvaguardando-se sua identificação.

Ao se constatar a necessidade de punção venosa no recém-nascido, as mães foram convidadas a comparecerem à UTIN para que fosse lido o TCLE. Após o aceite e assinatura, prosseguiu-se o estudo com a observação do procedimento.

Foram investigadas neste estudo as seguintes variáveis: sexo, número de tentativas de venopunção periférica, ocorrência e sinais sugestivos de dor, conforme itens adaptados da escala NIPS.

Os dados presentes no instrumento receberam códigos específicos e foram transportados para uma planilha do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0, para a plataforma Windows. As variáveis deste estudo foram representadas por frequências absolutas e relativas, sendo organizadas em tabelas.

No cruzamento das variáveis, para a análise estatística, foi utilizado o teste do Qui-quadrado de Pearson, e quando este não estava adequado à variável foi utilizado o Teste Exato de Fisher, sendo consideradas significativas as variáveis que permaneceram com um nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao perfil dos recém-nascidos que participaram deste estudo ($n=29$), 93,1% (27) eram do sexo feminino e 6,9% (02) masculino. Foram encontrados RNs com idade gestacional máxima de 36 semanas e mínima de 25 semanas, sendo a média 31,9 semanas. Com relação ao peso ao nascer, o valor máximo foi de 3.225 g, e o valor mínimo foi de 760 g, sendo a média de 1.718 g.

No que se refere ao número de tentativas de venopunções periféricas, 72,4% (21) foram submetidos a uma tentativa, sendo que 28,6% foram submetidos a mais de uma punção venosa. Dentre estes, 24,1% (7) foram submetidos a duas punções, enquanto que 3,5% (1), a três tentativas.

Tabela 1: Distribuição do número de tentativas de venopunções periféricas e ocorrência de dor nos recém-nascidos prematuros. Feira de Santana/BA, 2010.

Variáveis	n (29)
Nº de tentativas	
1	21 (72,4)
2	7 (24,1)
3	1 (3,5)
Avaliação da ocorrência da dor	
Não sente dor	20 (69)
Sente dor	9 (31)

Quanto à avaliação da ocorrência da dor, ainda conforme tabela 1, constatou-se que em 69% (20) das venopunções realizadas, os RNPT não apresentaram sinais sugestivos de dor, enquanto que 31% (9) os manifestaram.

Mesmo com o sucesso na primeira tentativa de venopunção periférica, os recém-nascidos deste estudo foram submetidos a mais de uma tentativa de garantia de uma via venosa. Por isso, considera-se que o maior número de tentativas de venopunções periféricas poderá expor o recém-nascido ao fenômeno da dor ou mesmo ao estresse decorrente deste procedimento.

O ambiente da UTIN se apresenta sobrecarregado de estímulos estressores tais como luz, barulho e manuseio intensos do recém-nascido para realização de procedimentos dolorosos ou não, os quais dificultam a permanência do mesmo em estado de sono profundo, ideal para seu melhor desenvolvimento.¹³

Em um estudo que objetivou verificar qual dos procedimentos, punção venosa ou punção de calcâneo para coletas de amostras sanguíneas, é mais doloroso no RN a termo foi o objetivo da revisão sistemática. A análise de seis pesquisas, resultando em uma amostra total de 478 neonatos estudados, permitiu concluir que as punções venosas, realizadas por profissionais experientes, são menos dolorosas que punções de calcâneo para coletas de sangue em RN a termo.¹⁴

Outro estudo que teve o mesmo objetivo da pesquisa anteriormente referida, realizado com 100 recém-nascidos a termo que foram randomizados em quatro grupos e avaliados pelo Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal (NFCS), demonstrou maiores escores de dor nas punções de calcâneo com relação às venosas. Este estudo concluiu que a punção venosa é menos dolorosa que a de calcâneo.

A estimulação sensorial extra-útero e o efeito da dor no neonato durante a internação na UTIN têm consequências importantes que afetam o desenvolvimento do sistema nervoso, a mortalidade e a morbidade neste período.¹⁵

Desta forma, os dados relacionados à ocorrência de dor durante a realização de punções venosas periféricas em recém-nascidos, mesmo não sendo encontradas evidências nacionais ou internacionais que estudaram este procedimento em RNPT, estão de acordo com aqueles que testaram a punção venosa em RN a termo.

No que se refere aos indicadores da Escala NIPS e sua associação com a ocorrência de dor, notou-se, conforme a tabela 2, que referente à expressão facial dos recém-nascidos sem sinais sugestivos deste fenômeno, 90% (18) apresentaram a expressão facial relaxada durante a punção venosa, enquanto que 10% (2) dos recém-nascidos apresentaram-se com face contraída. Dentre os neonatos que evidenciaram sinais sugestivos de dor, de acordo com a escala NIPS, 77,8% (7) apresentaram face contraída. Esta associação foi estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), denotando a importância da expressão facial como um indicador sugestivo de dor.

Tabela 2: Distribuição dos parâmetros da escala NIPS. Feira de Santana/BA, 2010.

Variáveis	Avaliação da ocorrência da dor		p
	Não sente dor n (20)	Sente dor n (09)	
Expressão facial			
Músculos relaxados	18(90)	02 (22,12)	0,001*
Contraída	02 (10)	07 (77,8)	
Choro			
Ausente	06 (30)	01 (11,1)	0,005**
Resmungo	14 (70)	04 (44,4)	
Choro vigoroso	00 (00)	04 (44,4)	
Movimento dos braços			
Relaxados	19 (95)	04 (44,4)	0,005*
Fletidos ou estendidos	01 (5)	05 (55,6)	
Movimento das pernas			
Relaxados	16 (80)	01 (11,1)	0,001*
Fletidos ou estendidos	04 (20)	08 (88,9)	
Padrão respiratório			
Relaxada	18 (90)	01 (11,1)	0,000*
Diferente do basal	02 (10)	08 (88,9)	
Estado de consciência			
Acordado	20 (100)	05 (55,6)	0,005*
Inconsolável	00 (0)	04 (44,4)	

* Teste Exato de Fisher; ** Qui-quadrado de Pearson.

Um estudo que analisou 87 prematuros com idade gestacional corrigida de 32 semanas, que foram submetidos ao capilar punção, mostrou que para os nascidos antes de 28 semanas, mas não para os nascidos em 29 a 32 semanas, houve uma correlação entre anterior o número de procedimentos dolorosos e a dolorosos e a atenuação da resposta movimento facial ao estímulo doloroso.¹⁶

Mesmo sabendo que as alterações da mímica facial não trazem informações fidedignas no que diz respeito à qualidade ou a intensidade da dor, sabe-se que há alterações aos estímulos dolorosos agudos, mas não se conhece o que ocorre diante de um estímulo prolongado ou repetitivo.¹⁷

No que se refere ao padrão do choro, constatou-se, conforme tabela 2, que dos RNPT com sinais sugestivos de ausência de dor, 70% (14) apresentaram resmungos, enquanto que 30% (6) dos recém-nascidos apresentaram-se com choro ausente durante a venopunção periférica. Dos recém-nascidos que evidenciaram sinais sugestivos de dor, para este parâmetro, ainda de acordo com a tabela 3, 44,4% (4) apresentaram resmungos e 44,4% (4) choro do tipo vigoroso, sendo a associação entre o padrão de choro e a ocorrência da avaliação da dor um dado significativo do ponto de vista estatístico ($p \leq 0,05$).

O choro é uma das manifestações que o recém-nascidos utiliza para comunicar sua dor. A emissão de dor dos recém-nascidos é tensa e estridente, com frequência fundamental aguda e variações encontradas no traçado espectrográfico, como quebras, bitonalidade e frequência hiperaguda. Tais características tornam o choro de dor peculiar, auxiliando na avaliação de dor durante um procedimento e na consequente opção por diferentes técnicas e procedimentos, a fim de aliviar o processo doloroso do RN.¹⁸

Ao ser avaliado o parâmetro movimento dos braços com a ocorrência de dor, foi encontrada uma associação estatisticamente significativa ($p \leq 0,05$), conforme dados da tabela 2. Dos recém-nascidos com sinais sugestivos de ausência de dor, 95% (19) mantiveram os braços relaxados durante a venopunção periférica, enquanto que 5% (1) apresentou braços

fletidos ou estendidos durante o procedimento. Dos recém-nascidos que evidenciaram sinais sugestivos de dor, em 55,6% (5) os braços permaneceram fletidos ou estendidos.

No parâmetro movimento das pernas, constatou-se conforme tabela 2, associação estatisticamente significativa com a avaliação da dor ($p \leq 0,05$), sendo que dos recém-nascidos com sinais sugestivos de ausência de dor, 80% (16) apresentaram membros inferiores relaxados, enquanto que 20% (04) apresentaram estas extremidades fletidas ou estendidas. Dos recém-nascidos que evidenciaram sinais sugestivos de dor, para este parâmetro, 88,9% (08) apresentaram flexão dos membros inferiores.

Diante de um estímulo doloroso, os recém-nascidos apresentam flexão e extensão dos membros. Assim, durante a punção capilar no calcanhar em 0,3 segundos o paciente retira a perna não puncionada, em 0,4 segundos retira a perna puncionada e em 1,8 segundos ele chora. Essa resposta milimetricamente organizada parece estar presente mesmo nos prematuros, comprovando que existe uma linguagem corporal em resposta ao estímulo de dor nos recém-nascidos, porém que não deve ser utilizada isoladamente como parâmetro para avaliação de dor.¹⁷

Conforme pode ser observado ainda na tabela 2, ao ser avaliado o parâmetro padrão respiratório, constata-se que dentre os recém-nascidos com sinais sugestivos de ausência de dor, 90% (18) mantiveram-se relaxados durante a venopunção periférica, enquanto que 10% (2) apresentaram modificação dos valores da frequência respiratória. Dos recém-nascidos que evidenciaram sinais sugestivos de dor, 88,9% (8) permaneceram com padrão respiratório diferente do valor basal. Percebeu-se relação estatisticamente significativa ao ser associado o padrão respiratório com a ocorrência ou não de dor ($p \leq 0,05$).

A dor ativa mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo e, dessa forma, produz respostas que incluem alterações das frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, vasoconstrição periférica, sudorese, dilatação de pupila e aumento da liberação de catecolaminas e hormônios adrenocorticosteróides.¹⁹

Porém, a variação desses parâmetros pode não estar relacionada, especificamente, com um estímulo doloroso, podendo ocorrer devido a eventos adversos como fome, choro, algum tipo de desconforto, ansiedade ou alterações causadas pela própria doença de base. Devido aos mecanismos de acomodação e adaptação que ocorrem com as respostas fisiológicas, essas variações têm sido mais úteis no exame de experiências dolorosas associadas apenas a procedimentos de curta duração.¹⁹

Na variável estado de consciência, observou-se associação estatisticamente significativa com a ocorrência de dor ($p \leq 0,05$), de acordo com a tabela 2. Todos os recém-nascidos com sinais sugestivos de ausência de dor (20) permaneceram acordados. Porém, dentre os que evidenciaram sinais sugestivos de dor, 44,4% (4) permaneceram inconsoláveis após a venopunção periférica.

O estado comportamental do neonato no momento que antecede o estímulo doloroso afeta a intensidade da resposta. Recém-nascidos em sono profundo demonstram menos dor quando são analisadas as alterações de mímica facial em relação àqueles que estão em estado de alerta. O meio ambiente também interfere na intensidade da resposta ao estímulo doloroso. Por isso, o ambiente deve ser tranquilo, sem muitos ruídos, com baixa luminosidade, promovendo o máximo de conforto possível.¹⁹

Dentre os procedimentos invasivos realizados durante a internação nas unidades neonatais, destaca-se a punção com cateter vascular periférico curto, a qual constitui-se muitas vezes, em um advento penoso, iatrogênico e estressante, tanto ao prematuro quanto à equipe que o assiste, principalmente devido às características vesicantes da maioria dos componentes de suporte vital utilizados.²⁰

Por isso, o uso de escalas de dor à beira do leito do RN, durante procedimentos dolorosos, pode ser um passo fundamental para se instalarem no Serviço de Neonatologia



medidas habituais não farmacológicas, pois estes instrumentos do cuidar comprovam a existência da dor e, assim, favorecem ao RN o recebimento de intervenções adequadas.²¹

Diante destes achados, é imprescindível a prevenção do processo doloroso no RNPT durante a realização da punção venosa periférica e o adequado alívio da dor, sendo estes prioritários no planejamento do cuidado.

CONCLUSÕES

Ao analisar os sinais sugestivos de dor no RN prematuro durante a punção venosa periférica através da aplicação da escala NIPS, notou-se que um percentual de 31% dos neonatos apresentaram este processo. Destes, a face contraída (77,8%), o choro vigoroso e o resmungo (44,4%), os braços fletidos ou estendidos (55,6%), as pernas fletidas ou estendidas (88,9%) e o padrão respiratório diferente do basal (88,9%) foram os principais sinais sugestivos do fenômeno doloroso, sendo as associações estatisticamente significantes.

Desta forma, a avaliação e o manejo da dor no RN prematuro necessitam ser vistos como um foco do cuidado integral da enfermagem a serem utilizados durante a realização de procedimentos de menor ou maior complexidade, além de valorizar este processo como um sinal vital de importância clínica.

Por isso, o cuidado de enfermagem deverá focalizar medidas que possam reduzir as iatrogenias e o impacto que o processo doloroso provoca no neonato em cuidados intensivos, utilizando evidências científicas que fortaleçam as condutas adotadas, vislumbrando uma prática segura e de excelência.

É necessária a realização de novas investigações relacionadas à ocorrência de dor durante a realização de punções venosas periféricas, para novas indagações que contribuirão para o aprimoramento da prática clínica e a consequente melhoria da qualidade, excelência e humanização do cuidado ao neonato prematuro.

REFERÊNCIAS

1. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
2. Bueno M, Kimura AF, Diniz CSG. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. *Acta paul enferm.* 2009;22(6):828-32.
3. Rossato LM. Abordagem da dor na criança e no adolescente. In: Almeida FA, Sabatés AL. *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital.* São Paulo: Manole; 2008.
4. Fonseca EFR, Christoffel MM, Rosa PAN. Ações de enfermagem na punção venosa: minimizando a dor do recém-nascido. *Rev pesqui cuid fundam* [internet]. 2010 [acesso em 2011 fev 12];2(2):947-57. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/578/pdf_29.
5. Viana DL, Dupas G, Pedreira MLG. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na Unidade de Terapia Intensiva. *Pediatria (São Paulo).* 2006;28(4):251-61.
6. Oliveira RM, Silva AVS, Silva LMS, Silva APAD, Chaves EMC, Bezerra SC. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2011;15(2):277-83.
7. Gonçalves HA. Manual de projetos de pesquisa científica. São Paulo: Avercamp; 2003.
8. Trivinos ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 2006.



9. Balda RCX, Guinsburg R. Avaliação da dor no período neonatal. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, Almeida MFB, Miyoshi MH. Diagnóstico e tratamento em neonatologia. São Paulo: Atheneu; 2004.
10. Silva TP, Silva LJ. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido: revisão sistemática. *Acta Med Port.* 2010;23(3):437-54.
11. Suraseranivongse S, Kaosaard R, Intakong P, Pornsiriprasert S, Karnchana Y, Kaopinpruck J, et al. A comparison of postoperative pain scales in neonates. *Br J Anesth.* 2006;97:540-4.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
13. Gasparido CM. Dor em neonatos pré-termo em Unidade de Terapia Intensiva neonatal: avaliação e intervenção com sacarose. Ribeirão Preto (SP): [s.n.]; 2006. 167 p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2006.
14. Shah V, Ohlsson A. Venepuncture versus heel lance for blood sampling in term neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Oct 5;(10). CD001452. [Review]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21975734>
15. Tamez RN. Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro, UTI neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009.
16. Grunau RE, Holsti L, Haley DW, et al. Neonatal procedural pain exposure predicts lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. *Pain.* 2005;113(3):293-300.
17. Guinsburg R. A Linguagem da dor no recém-nascido. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria; 2000.
18. Branco A, Fekete SMW, Rugolo LMSS, Rehder MI. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. *Rev CEFAC [São Paulo].* 2006;8(4):529-35.
19. Silva YP, Gomez RS, Maximo TA, Silva AC. Avaliação da dor em neonatologia. *Rev bras anesthesiol.* [internet]. 2007 [acesso em 2010 jan 8];57(5):565-74. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-70942007000500012&script=sci_arttext
20. Costa P, Camargo PP, Bueno M, Kimura AF. Dimensionamento da dor durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. *Acta paul enferm.* 2010;23(1):35-40.
21. Silva TM, Chaves EMC, Cardoso MVLM. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção arterial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13(4):726-32.

Data de recebimento: 05/08/2011

Data de aceite: 09/01/2012

Contato com autor responsável: Luciano Marques dos Santos

Endereço postal: Universidade Estadual de Feira de Santana. Departamento de Saúde. Colegiado de Enfermagem. Módulo VI. Avenida Transnordestina S/N, bairro Novo Horizonte, CEP: 44036-900. Feira de Santana, Bahia.

E-mail: lucmarxenfo@yahoo.com.br