



Online Brazilian Journal of Nursing
E-ISSN: 1676-4285
objn@enf.uff.br
Universidade Federal Fluminense
Brasil

de Souza Barbosa, Flávia; Nogueira do Valle, Ianê
Dor em recém nascidos: avaliação e tratamento não-farmacológico em uti neonatal
Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 75-84
Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972010>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais

Dor em recém nascidos: avaliação e tratamento não-farmacológico em uti neonatal

Flávia de Souza Barbosa,
Ianê Nogueira do Valle

RESUMO

Levando-se em conta os conhecimentos divulgados sobre a percepção da dor no recém-nascido e a dificuldade de avaliação e tratamento por parte dos profissionais, a proposta deste trabalho foi de identificar os conhecimentos, crenças e práticas dos profissionais enfermeiros e médicos, que trabalham na unidade de terapia intensiva neonatal de um Hospital Universitário do estado de São Paulo. A coleta dos dados foi feita através de um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o tema. Os entrevistados foram 27 Enfermeiros e 16 Médicos (docentes e contratados), equivalente a 86,0% dos profissionais que trabalham na unidade. Verificou-se que os profissionais entrevistados acreditam que o recém nascido sente dor e reconhecem a sua importância. O conhecimento dos sinais de dor por parte dos profissionais não mostra consistência. Quanto ao tratamento não-farmacológico e prevenção da dor, poucas medidas são efetivamente empregadas na prática diária.

Descritores: Dor, Recém-nascido, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Prática Profissional.

INTRODUÇÃO

Os conhecimentos atuais sobre a dor revelam que no recém-nascido, qualquer estímulo doloroso é gerado, interpretado e transmitido da mesma forma como em indivíduos adultos, pois ele apresenta todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos necessários à nociceção¹⁻⁵.

Acredita-se que ocorram 134 manuseios diários durante a fase mais crítica de internação, entre eles, diversos procedimentos dolorosos, além disso, sabemos que o recém-nascido é mais sensível a dor do que o adulto, isso ocorre devido à plena capacidade de percepção e a pouca capacidade de inibição da dor¹. Somando-se este fato ao subtratamento da dor no recém-nascido, alguns estudiosos foram levados a aprofundar os conhecimentos nesta área. Logo surgiu a necessidade da utilização de outros parâmetros, que não a comunicação verbal, para que o profissional de saúde pudesse interpretar quando o recém-nascido está vivenciando uma experiência dolorosa. Os indicadores fisiológicos que podem ser considerados sensíveis são: freqüência cardíaca, freqüência respiratória, pressão arterial e intracraniana, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e dióxido de carbono, tônus vagal, sudorese palmar e dosagens hormonais ligadas à resposta endócrino-metabólica do estresse. Obviamente a alteração desses indicadores não é específica para dor, mas seu acompanhamento longitudinal, após um estímulo nociceptivo, certamente representa uma resposta à dor^{3,6-8}.

Os indicadores comportamentais usados com maior freqüência na avaliação e mensuração da dor são: choro, mímica facial, alteração na tensão muscular, movimentos de membros e mudança de estado, podendo ficar irritado ou

mesmo desfalecido^{3,5,6}.

Baseado nesses indicadores foram desenvolvidos diversos instrumentos específicos para avaliar a dor no recém-nascido. Um desses instrumentos é o Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal – NFCS (Neonatal Facial Action Coding System). O NFCS, desenvolvido por GRUNAU & CRAIG permite ao profissional de saúde avaliar itens da mímica facial do recém-nascido, tais como fronte saliente, fenda palpebral estreitada, sulco naso-labial estreitado, boca aberta e/ou estirada, língua protusa e/ou tensa e tremor do queixo. “A análise da expressão facial fornece informações válidas, sensíveis e específicas a respeito da natureza e da intensidade da dor, permitindo uma comunicação eficaz entre o neonato e as pessoas envolvidas em seus cuidados”^{6,8,9}.

Outro método de avaliação de dor nos recém-nascidos é a Escala de Avaliação de Dor – NIPS (Neonatal Infant Pain Scale), desenvolvida em 1989 por LAWRENCE & MCGRATH que possibilitou a união dos aspectos comportamentais e fisiológico. A NIPS consiste da avaliação de seis variáveis, sendo cinco comportamentais e um fisiológico, são elas: expressão facial, choro, respiração, movimento de braços, movimentos de pernas e estado de consciência^{3,6,9}.

Para os neonatos prematuros, foi desenvolvida uma escala de dor específica, já que eles apresentam uma dificuldade maior em expressar a dor. É o Perfil de Dor do Prematuro – PIPPS (Premature Infant Pain Profile), onde se avalia estado de alerta, freqüência cardíaca, saturação de oxigênio, testa franzida, olhos espremidos e sulco naso-labial. Esses itens são avaliados e a pontuação é feita de acordo com a idade gestacional da criança, que por sua vez influencia nos sinais comportamentais de dor^{6,8}.

Outra medida muito utilizada nos Estados Unidos, é o Escore para Avaliação da dor Pós-Operatória do Recém-nascido – CRIES (Crying,

Requires O₂ of saturation above 90%, Increased vital signs, Expression, and Sleeplessness). Esta tabela avalia parâmetros: frequência cardíaca ou pressão arterial (comparadas aos valores do pré-operatório), saturação de oxigênio, choro, expressão facial e sono^{6,8}.

Quanto ao alívio da dor nos neonatos, sabemos que hoje existem ao nosso alcance o tratamento farmacológico e o não-farmacológico.

O tratamento farmacológico inclui o uso de analgésicos antiinflamatórios não esteroidais, opióides, que hoje pode ser considerado o mais importante no tratamento da dor de neonatos criticamente doentes, anestésicos locais e sedativos^{2,4,6,8,10}.

O tratamento não-farmacológico engloba a sucção não-nutritiva e a água glicosada. Além, é claro, de proporcionar ao recém-nascido um ambiente tranquilo, com pouca luz, movimentação e ruídos^{1,6}.

A sucção não nutritiva é capaz de atenuar a hiperatividade e o desconforto do neonato, servindo apenas como coadjuvante no tratamento da dor^{1,6,8}. O uso da água glicosada antes de submeter o recém-nascido a um procedimento doloroso é demonstrado em diversos estudos, a concentração varia de 12% a 24% e o volume de 0,05 ml a 2 ml, a solução deve ser oferecida cerca de 2 minutos antes do procedimento e seu efeito dura cerca de 5 minutos¹¹⁻¹⁴. Este recurso é reconhecidamente eficaz e seguro e é indicado em 14 dos 15 procedimentos listados pelo Consenso de Prevenção e Manejo da dor do Recém-Nascido do “International Evidence-Based Group for Neonatal Pain”¹².

Faz parte deste tratamento não farmacológico, a prevenção da dor onde se procura manter um período de sono à criança sem interferências, diminuir a quantidade de agressões à criança, por exemplo, agrupando as coletas de sangue em um só momento, reduzindo o uso de adesivos na pele do neonato e também promo-

vendo sempre que possível o contato dos pais com o recém-nascido¹.

Além desses métodos pode-se lançar mão de massagear, embalar e acariciar o bebê para deixá-lo mais tranquilo^{1,6}.

Apesar da existência hoje de várias formas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos, diversos estudos demonstram que infelizmente o subtratamento ainda é presente, seja por dificuldade ou falta de conhecimento da avaliação, seja por uso de terapias inadequadas¹⁵⁻²⁰.

Diante dos conhecimentos acima descritos, este estudo teve como proposta descrever o conhecimento e as práticas de profissionais médicos e enfermeiros que trabalham em uma UTI neonatal de um hospital escola do Estado de São Paulo, sobre a identificação da dor no recém-nascido e o uso de medidas não farmacológicas para alívio da mesma.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Estudar os conhecimentos, práticas e crenças existentes entre profissionais enfermeiros e médicos que trabalham em uma UTI neonatal de um hospital escola do Estado de São Paulo sobre a dor e tratamentos não farmacológicos da dor no recém-nascido internado.

Objetivos Específicos

Identificar as crenças existentes entre profissionais enfermeiros e médicos sobre a dor em recém-nascidos internados em uma UTI neonatal.

Identificar se os profissionais adotam alguma forma de avaliação da dor nos recém-nascidos que cuidam.

Identificar quais sinais fisiológicos e comportamentais são reconhecidos como manifestações de dor pelos profissionais.

Identificar quais medidas de tratamento não farmacológico da dor e ações preventivas são utilizadas pelos profissionais.

Identificar se dados sócio-demográficos e educacionais dos entrevistados influenciam na avaliação e tratamento da dor no neonato.

Comparar entre enfermeiros e médicos a prática de avaliação da dor adotada por eles.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo e exploratório, realizado na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital Universitário do Estado de São Paulo, durante os meses de outubro e novembro de 2002. Através de um questionário (Anexo 1) com perguntas abertas e fechadas sobre o tema, foram entrevistados enfermeiros e médicos que trabalham na unidade. Todos os respondentes assinaram o Termo de Consentimento Livre Escrarecido e a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital em questão.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram lançados em um banco de dados (Microsoft Access) e então obtida a freqüência de ocorrência de cada variável. Para análise dos resultados foram feitos testes estatísticos (coeficiente de Kappa, Qui-quadrado e exato de Fisher) para verificar associações e concordância entre as respostas.

RESULTADOS

Foram entrevistados 26 enfermeiros e 17 médicos, equivalente a 86,0% dos profissionais destas categorias que trabalham nesta unidade. As características sócio-demográficas e educacionais dos enfermeiros e médicos são descritas na Tabela 1.

Tabela 1 - Descrição dos participantes quanto às características sócio-demográficas

Características	N	%
Categoría profissional		
Enfermeiro	26	60,5
Médico	17	39,5
Total	43	100,0
Sexo		
Masculino	7	16,3
Feminino	36	83,7
Total	43	100,0
Turno de trabalho		
Manhã	10	23,3
Tarde	6	13,9
Noite	10	23,3
Não se aplica	17	39,5
Total	43	100,0
Filhos		
Sim	22	51,2
Não	21	48,8
Total	43	100,0
Pós-Graduação		
Sim	14	32,6
Não	29	67,4
Total	43	100,0
Tempo de Formado		
<= 60 meses	7	16,3
> 60 e < 120 meses	14	32,5
>= 120 meses	22	51,2
Total	43	100,0

Com o objetivo de identificar crenças existentes entre os profissionais enfermeiros e médicos sobre a dor em recém-nascidos, os mesmos foram convidados a reconhecer a veracidade ou não de assertivas sobre o tema. Pelas respostas, reconhecem que o recém-nascido sente tanta dor quanto um adulto,creditam que a imaturidade do sistema nervoso central não é impeditiva para sentir dor, e que é importante considerar a dor do RN mesmo diante de situações graves, conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Opinião dos Profissionais quanto a dor do recém-nascido

Sentenças	Verdadeiro		Falso	
	N	%	N	%
O Recém-nascido (RN) não pode se lembrar da dor	4	9,30	39	90,70
A imaturidade do Sistema Nervoso Central do RN é impedidiva para sentir a dor	1	2,3	42	97,7
RNs são incapazes de incorporar à cognição a experiência da dor	2	4,7	41	95,3
RNs sentem menos dor que adultos	0	0	43	100,0
Se o bebê estiver dormindo aparentemente tranqüilo, é sinal de que não está sentindo dor.	23	53,5	20	46,5
No RN grave, o menos importante é a sua dor	2	4,7	41	95,3

Os participantes foram unânimes em dizer que avaliam a dor no recém-nascido. Dos respondentes 26 (60,5%) declararam que o fa-

zem muitas vezes, 12 (27,9%) todas as vezes e 5 (11,6%) às vezes (Gráfico 1). Apenas 1 (2,3%) entrevistado relatou fazer uso de alguma escala para esta avaliação.

Gráfico 1 Frequência em que os profissionais referem avaliar a dor no neonato



Sinais fisiológicos e comportamentais da dor

Foram feitas perguntas abertas e fechadas para identificar os sinais fisiológicos e comportamentais da dor em recém-nascidos. Observamos que nas respostas às perguntas fechadas, aumentou-se consideravelmente o reconhecimento dos sinais de dor, contrapondo-se às respostas das perguntas abertas. O choro foi o único sinal referido por 100% dos profissionais nas respostas fechadas e 83,7% nas respostas abertas.

Avaliando estes resultados do ponto de vista estatístico, verificamos que não houve concordância (coef. Kappa < 0,40) entre as respostas abertas e fechadas, e isso nos leva a questionar sobre a segurança dos profissionais acerca dos critérios utilizados para avaliação da dor em neonatos (Tabela 3).

Tabela 3 – Sinais fisiológicos e comportamentais da dor que os profissionais reconheceram em perguntas fechadas e abertas

	Fechada	Aberta	Coef. Kappa
Taquicardia	97,7%	76,7%	0,146
Aumento da Pressão Arterial	90,7%	16,3%	0,039
Taquipnéia	88,4%	44,2%	0,103
Queda de Saturação de O2	79,1%	18,6%	0,114
Sudorese Palmar	58,1%	25,6%	0,224
Bradicardia	37,2%	7%	0,225
Relaxamento Muscular	11,6%	9,3%	0,380
Apatia	30,2%	7%	0,295
Aumento da Tensão Muscular	88,4%	7%	0,020
Movimento de Membros	88,4%	20,9%	0,003
Ciclo Sono/Vigília Alterado	88,4%	2,3%	0,006
Mímica Facial	95,3%	58,1%	0,127
Irritabilidade	97,7%	83,7%	0,218

Quando avaliados separadamente quanto à categoria profissional, nas respostas dos médicos, houve concordância em não considerar a bradicardia e o relaxamento muscular, como possíveis sinais de dor em recém-nascidos (Coef. Kappa de 0,478 pa-

ra bradicardia e 0,448 para relaxamento muscular).

Quando avaliamos as respostas fechadas de acordo com a categoria profissional, observamos prevalência dos médicos em reconhecer os sinais de dor (Tabela 4).

Tabela 4 – Sinais fisiológicos e comportamentais da dor que os profissionais reconheceram em perguntas fechadas, separados de acordo com a categoria profissional.

	Enfermeiros %	Médicos %
Choro	100	100
Taquicardia	96,3	100
Irritabilidade	96,3	100
Mímica Facial	92,59	100
Aumento da tensão muscular	92,59	81,25
Aumento da Pressão Arterial	88,89	93,75
Ciclo sono/vigília alterado	88,89	87,5
Taquipnéia	85,19	93,75
Queda de Saturação de Oxigênio	74,07	87,5
Sudorese Palmar	70,37	37,5
Bradicardia	40,74	31,25
Apatia	25,93	37,5
Relaxamento Muscular	14,81	6,25

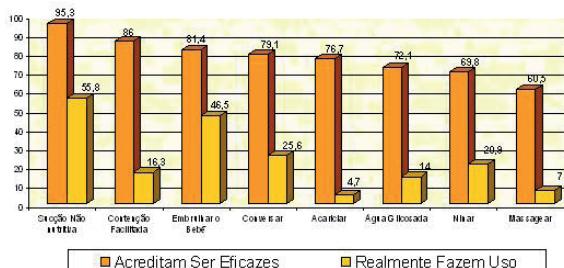
Tratamento não farmacológico da dor

Quanto ao tratamento não-farmacológico da dor, os profissionais foram inicialmente questionados sobre o quais medidas fazem uso no seu dia-a-dia. Na seqüência foram listadas algumas medidas não-farmacológicas da dor e solicitado aos profissionais que identificassem quais delas são eficazes.

O gráfico abaixo demonstra que as medidas não-farmacológicas de prevenção e tratamento da dor são bem conhecidas pelos profissionais. No entanto, verifica-se que a utilização destas medidas na práticas, fica bem aquém do conhecimento referido.

Dentre as medidas realmente utilizadas pelos profissionais, as mais citadas foram “sucção não-nutritiva” e “embrulhar o bebê”. Mesmo assim a utilização desta prática atinge pouco mais da metade dos entrevistados.

Gráfico 2 Medidas não farmacológicas de tratamento da dor ou preventivas, que os profissionais acreditam ser eficazes e as que realmente fazem uso em seu trabalho



CONCLUSÕES

Os profissionais entrevistados reconhecem que o Recém-nascido sente dor, e referem saber da importância disso.

Apesar de 60% dos profissionais referirem fazer avaliação da dor nos RNs com muita frequência, apenas um referiu utilizar uma escala de avaliação da dor.

De uma forma geral, houve deficiência nas respostas espontâneas sobre os sinais de dor nos recém-nascidos, quando comparadas às respostas fechadas, o que sugere uma inconsistência no conhecimento da temática.

Quanto à categoria profissional, este estudo indica que os médicos têm mais conhecimento que os enfermeiros no que diz respeito à avaliação da dor nos recém-nascidos.

Apesar dos profissionais, enfermeiros e médicos, acreditarem na eficácia de medidas não farmacológicas para tratamento e prevenção da dor, a utilização destas medidas nas suas práticas diárias é muito pequena. Não houve relação entre os dados sócio-demográficos dos entrevistados e as variáveis da pesquisa.

Refletindo sobre as respostas deste trabalho, concordamos com Cestari²¹ sobre a necessidade de se refletir sobre os padrões de conhecimento presentes na formação dos enfermeiros e porque não dos próprios médicos. Neste breve estudo sobre a dor em recém-nascidos internados e sujeitos a intervenções invasivas, percebe-se certa inconsistência entre o saber e as práticas em direção à identificação, tratamento e prevenção da dor, tanto entre os profissionais médicos como entre os enfermeiros da instituição na época da pesquisa. Percebemos a necessidade de mais estudos, assim como o desenvolvimento de protocolos relacionados à tão importante e atual assunto.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru: manual do curso. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
2. Guinsburg R, Kopelman BI, Almeida MFB, Miyoshi MH. A Dor no Recém-nascido Prematuro Submetido à Ventilação Mecânica Através de Cânula Traqueal. J Pediatr 1994; 70(2): 82-90.

3. Guinsburg R. A Linguagem da Dor no Recém-nascido. *Diagn Tratamento* 1996; 1(2): 37-44.
4. Mitchell A, Brooks S, Roane D. The Premature Infant and Painful Procedures. *Pain Manag Nurs* 2000; 1(2): 58-65.
5. Gaiva MAM. Dor no Recém-nascido: Práticas e Conhecimentos Atuais. *Pediatr Mod* 2001; XXXVII(5): 155-168.
6. Jorgensen KM. Pain Assessment and Management in the Newborn Infant. *J Perianesth Nurs* 1999; 14(6): 349-356.
7. Pereira ALAST. Avaliação da Dor Aguda no Recém-nascido a Termo Através de Parâmetros Fisiológicos e Comportamentais. [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina; 1998.
8. Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. *J Pediatr* 1999; 75(3): 149-160.
9. Guinsburg R, Balda RCX, Berenguel RC, Almeida MFB, Tonellotto J, Santos AMN, et al. Aplicação das escalas comportamentais para avaliação da dor em recém nascidos. *J Pediatr* 1997; 73(6): 411-418.
10. Anand KJS, Phill D. International Evidence-Based Group For Neonatal Pain: Consensus Statement for the Prevention and Management of Pain in the Newborn. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001; 155: 173-180.
11. Mitchell A, Stevens B, Mungan N, Johnson W, Lober S, Boss B. Analgesic Effects of Oral Sucrose and Pacifier during Eye Examinations for Retinopathy of Prematurity. *Pain Manag Nurs* 2004; 5(4): 160-168.
12. Mitchell A, Waltman PA. Oral Sucrose and Pain Relief for Preterm Infants. *Pain Manag Nurs* 2003; 4(2): 62-69.
13. Carbajal R, Chauvet X, Couderc S, Olivier-Martin M. Randomised Trial of Analgesic Effects of Sucrose, Glucose, and Pacifiers in Term Neonates. *BMJ* 1999; 319: 1393-1397.
14. 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. *Nurs Res* 2002; 51(6): 375-382.
15. Balda RCX. Adultos são Capazes de Reconhecer a Expressão Facial de Dor no Recém-nascido a Termo? [tese]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Pediatria da Escola Paulista de Medicina; 1999.
16. Chermont AC, Guinsburg R, Balda RCX, Kopelman BJ. O que os Pediatras Conhecem sobre Avaliação e Tratamento da Dor no Recém-Nascido. *J Pediatr* 2003; 79(3): 265-272.
17. Christoffel MM, Santos RS. A Dor no Recém-Nascido e na Criança. *Rev Bras Enfermagem* 2001; 54(1): 27-33.
18. Gaiva MAM, Dias NS. Dor no Recém-Nascido: Percepção de Profissionais de Saúde de um Hospital Universitário. *Rev Paul Enfermagem* 2002; 23(3): 234-239.
19. Porter FL, Wolf CM, Gold J, Lotsoff D, Miller P. Pain and Management in Newborn Infants: A Survey of Physicians and Nurses. *Pediatrics* 1997; 100(4): 626-632.
20. Rivorôdo CRSF. Por Uma História de Uma Dor: Mentalidades Médicas, Neonatologistas e a Dor em Recém-nascidos. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciência Médicas; 1996.
21. Cestari, M. Nursing knowledge patterns in textual academic production - documental analyses. *Online Braz J Nurs [Online]*. 2005; 4(3). [Acesso em: 27 de junho de 2006]. Disponível:<http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=32>.

Anexo 1 - Instrumento de Coleta de Dados

Pesquisa: Estudo das Práticas de Avaliação e Tratamento Não-farmacológico da Dor em Recém-nascidos Internados em UTI Neonatal

Pesquisadores: Flávia de Souza Barbosa e Ianê Nogueira do Valle

Sexo: Feminino Masculino

Tempo de formado: _____ anos

Categoria Profissional: Enfermeiro Médico

Curso de pós graduação: _____

Turno de trabalho: () Manhã () Tarde () Noite (só para enfermeiros)

Número de filhos () Não tem Nº Filhos: _____

Marque as afirmações que considerar verdadeiras:

- () Um recém-nascido não se lembra da dor
() A imaturidade do Sistema Nervoso Central do neonato impede-o de sentir dor
() A criança é incapaz de incorporar ao sistema cognitivo experiência da dor
() Crianças sentem menos dor que adultos
() O comportamento do bebê sempre reflete sua dor. Se estiver dormindo, aparentemente tranqüilo, é sinal de que não está sentindo dor
() Os recém-nascidos não são capazes de descrever ou localizar a dor
() No recém-nascido grave, o que é menos importante no momento é a sua dor
() Todas são verdadeiras
() Todas são falsas

O recém-nascido pode apresentar sinais fisiológicos quando sente dor? Quais?

De acordo com sua experiência profissional, quais são os comportamentos do recém-nascido quando sente dor?

Em sua atividade profissional você avalia a dor no recém-nascido com que freqüência?

()nunca ()às vezes ()muitas vezes ()todas as vezes

Na avaliação rotineira do recém-nascido grave qual a importância que você dá para a avaliação da dor, diante das outras avaliações que faz?

Ao submeter um recém nascido a um procedimento sabidamente doloroso você utiliza medidas de prevenção da dor?

()sim ()não Qual (is)

Existe algum instrumento de avaliação da dor utilizado neste serviço?

()sim ()não

Particularmente, você utiliza algum instrumento de avaliação da dor (escala)? Qual?

Relate alguma(s) medida(s) não farmacológica(s) que possa(m) ser utilizada(s) como tratamento da dor ou como medida coadjuvante.

Das medidas não-farmacológicas de tratamento da dor, quais você faz uso rotineiramente em seu serviço?

Você acredita que sinais fisiológicos, quando alterados, podem ser usadas como indicadores de dor?

Qual(is) destes sinais você acha que pode(m) indicar dor no neonato?

- () Taquicardia
() Bradicardia
() Apnéia
() Taquipnéia
() Bradipnéia
() Saturação de Oxigênio Diminuída
() Pressão Intracraniana Aumentada
() Pressão intacraniana Diminuída
() Sudorese Palmar
() Temperatura
() Aumento da Pressão Arterial
() Diminuição da Pressão Arterial
() Aumento da Pressão Venosa Central
() Diminuição da Pressão Venosa Central
() Outro: _____

Na sua opinião, dos comportamentos citados abaixo, quais deles podem ser aceitos como indicadores de dor no recém-nascido?

- () Choro
() Mímica Facial
() Tensão Muscular Aumentada

() Movimentos de Membros

() Apatia

() Relaxamento Muscular

() Ciclo Sono/Vigília Alterado

() Irritabilidade

Dentre os procedimentos abaixo relacionados, indique aqueles que na sua opinião podem ser utilizados como tratamento não-farmacológico ou coadjuvante no tratamento e prevenção da dor em neonatos:

() Oferecer Sucção Não Nutritiva

() Oferecer Água Glicosada

() Favorecer Ambiente Tranquilo

() Massagear

() "Ninar" (toque embalador)

() Acariciar

() Conversar com o neonato

() Nenhum

Das medidas citadas abaixo, qual(is) você realmente acredita que podem diminuir ou prevenir a dor em recém-nascidos.

() Planejamento dos Procedimentos Agressivos

() Pouca Luz

() Pouca Movimentação

() Nível Baixo de Ruidos

() Período de Sono Sem Interferências – 3 hs

() Ambiente Tranquilo

() Redução dos Produtos Adesivos

() Contato com os Pai

() Nenhum

() Outro: _____