

# Percepções das enfermeiras frente à dor dos recém-nascidos hospitalizados na UTI neonatal

Marialda Moreira Christoffel

Leila Rangel da Silva

## Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza quanti-qualitativa, realizado durante o curso de especialização em enfermagem neonatal e pediátrica e teve por objetivo conhecer a percepção das enfermeiras frente à dor do recém-nascido hospitalizado na UTI neonatal. No período de 1999 a 2002, 47 enfermeiras de três Universidades do Rio de Janeiro responderam ao questionário sobre dor antes do curso "Manejo Comportamental da Dor no Recém-Nascido e na Criança" ser ministrado. Os resultados evidenciaram que 87,2% das enfermeiras não receberam treinamento específico para reconhecer ou avaliar a dor do recém-nascido. Porém, 97,9% sabiam identificar e reconhecer a dor, no seu cotidiano de assistência, durante a realização de procedimentos invasivos ou intervenções de enfermagem. É importante que as Escolas de Enfermagem em nível de graduação incluam em seus currículos a temática dor, e principalmente discutam as medidas comportamentais que ainda é um grande desafio para a enfermagem.

*Palavras-chaves:* Neonato. Dor. Humanização. Ensino de Enfermagem.

## Introdução

Aspectos importantes como a dor do recém-nascido e da criança hospitalizada é uma das grandes preocupações dos profissionais da área da saúde contribuindo para uma mudança de paradigma. De acordo com Patrício (1992), a prática do cuidado caracteriza-se como uma prática educativa fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de idéias, centrado na reflexão, a partir dos saberes que compõem os universos culturais do profissional e do cliente/família, o que tem possibilitado a transformação dos sujeitos envolvidos.

Na década de 70 a dor era estudada segundo a perspectiva do adulto, porém a partir da década de 80 passa a ser analisada sobre o ponto de vista das crianças, com a criação de instrumentos para indicar os níveis de dor (ROSS & ROSS,1988).

A dor é definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP,1979), como uma sensação desagradável e uma experiência emocional associada com o atual ou potencial dano tissular ou descrito em termo de tal dano. A definição da IASP, também afirma que a dor é sempre subjetiva

e ela é apreendida através de experiências relacionadas a lesões ocorridas na primeira fase da vida. A questão é que essa definição revela o caráter verbal do fenômeno doloroso, ou seja necessita da linguagem verbal para expressar a experiência nociceptiva para o seu reconhecimento.

No Brasil, na década de 90 enfermeiras e docentes que atuam na área da criança, têm realizado trabalhos para a construção do conhecimento da dor, tais como: Claro (1993), Rossato (1997), Dias (2000), Rossetto (2000), Christoffel (2002). Este período foi chamado da "década do cérebro" pois, cada vez mais prematuros menores têm sobrevivido nas unidades de terapia intensiva neonatais. Os profissionais de saúde se voltam para a qualidade de vida nestas unidades, e também para o atendimento de Follow-up<sup>1</sup>. Pesquisas atuais revelam que a criança desde o nascimento, mesmo sendo prematuro está apto a sentir dor, além disso, demonstram também os efeitos da dor a longo prazo. (ANAND et al, 1995).

Novas tecnologias estão sendo discutidas pelos profissionais de enfermagem nesta área visando a melhora da qualidade de vida das crianças,

principalmente para os prematuros. Inicia-se uma valorização dos efeitos das reações fisiológicas e comportamentais da dor da criança hospitalizada e suas repercussões para o seu desenvolvimento. No Brasil, marcos importantes ocorreram contribuindo para a humanização do atendimento das crianças hospitalizadas. Em 13 de julho de 1990 foi criada a Lei nº 8069 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA;1993), que em seu Título II, Capítulo I, art. 7º trata do Direito à Vida e à Saúde. Em 1993, com a implantação do Programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru pelo Ministério da Saúde, surge uma preocupação com o recém-nascido e sua família para uma assistência humanizada.

Em 1995, após a publicação da Resolução nº 41, Artigo 7º, que trata dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizado que reforça o direito do recém-nascido e da criança em não sentir dor, quando existam meios para evita-la (BRASIL, 1995).

Em 2000, foi implantado o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, do Ministério da Saúde, a fim de aprimorar as relações entre profissionais de saúde e usuários, valorizando a dimensão humana e subjetiva que existe em toda a estrutura hospitalar, principalmente o atendimento hospitalar humanizado da criança e sua família.

O presente estudo tem como finalidade conhecer as percepções das enfermeiras que atuam em unidades neonatais e pediátricas na cidade do Rio de Janeiro. Este estudo foi desenvolvido em dois momentos. No primeiro, somente as enfermeiras que atuam na UTI neonatal e que estavam cursando a especialização na área ou participando de Curso de Atualização do Manejo Comportamental da Dor do Recém-Nascido responderam ao questionário.

## Material e Método

O presente estudo teve como objetivos descrever as percepções das enfermeiras matriculadas nos cursos de especialização de enfermagem neonatal e de atualização sobre a dor do recém-nascido antes de iniciar a aula teórica e determinar se as percepções interferem nas atitudes do cuidado de

enfermagem prestado ao recém-nascido na UTI neonatal.

Fizeram parte do estudo 47 enfermeiras que atuam na área de neonatologia e pediatria em diferentes instituições da rede pública e privada do município do Rio de Janeiro. Antes de serem incluídas na amostra, as enfermeiras foram consultadas em participar do estudo assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 196/96. Para a coleta de dados, foi aplicado um questionário com questões abertas e fechadas, contendo a identificação do profissional e o conhecimento sobre a dor no recém-nascido.

Escolhemos a pesquisa de natureza quanti-qualitativa, porque assegura os dados numéricos numa informação que permite uma interpretação mais ampla. Segundo Minayo (1998), “o conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia.” Para Leopardi et al (2001), “quando se utiliza dados e análises quantitativos e qualitativos, se o problema sugere a necessidade de ambos, neste caso, parte dele será esclarecido na perspectiva quantitativa, enquanto a outra parte na perspectiva qualitativa.”

## Resultados e Discussões

O perfil das enfermeiras depoentes contemplou a qualificação profissional, idade e o tempo de atuação na área da criança. Do total das entrevistadas (47), 42,5% (20) estavam cursando a pós-graduação *lato sensu*, 46,8% (22) têm de 30 a 40 anos de idade, 65,9% (31) atuam na área neonatal e pediátrica há mais de 06 anos. Podemos observar que existe uma procura da enfermeira assistencial em se qualificar na área de neonatologia e pediatria como uma forma de atualização da sua prática.

Os resultados apresentados nas tabelas abaixo, permitem-nos refletir sobre a aproximação das enfermeiras com a temática da dor e a sua intervenção na sua práxis do cotidiano da UTI neonatal.

**Tabela 1 – Contato com o tema dor do recém-nascido.**

| <b>Tema dor</b>         | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|-------------------------|-----------|------------|
| Periódicos              | 06        | 12,8       |
| Livro didático          | 18        | 38,3       |
| Internet                | 05        | 10,6       |
| Curso método canguru    | 10        | 21,3       |
| Não teve acesso ao tema | 08        | 17,0       |
| <b>Total</b>            | <b>47</b> | <b>100</b> |

Na tabela 1 podemos observar que 38,3% dos enfermeiros tiveram contato com a temática dor em livros didáticos, seguidos da temática inserida no curso de método canguru (21,3%), periódicos (12,8%) e internet (10,6%). Os resultados evidenciaram que os livros-textos utilizados por enfermeiros na área de neonatologia e pediatria, a partir de década de 90 incluíram a dor em seu conteúdo, sendo crescente sua produção em artigos científicos, dissertações, teses e resumos em Anais de Congressos de Enfermagem

(TORRITESI & VENDRÚSCULO, 1998; CLARO, 1993; ROSSATO, 1997; DIAS & TANAKA, 1999; ROSSATO & RESENDE, 1997; TAMEZ & SILVA, 2002).

O acesso à internet, apesar de incipiente, está sendo incorporado pela enfermagem como mais um recurso instrumental para a informação globalizada e a pesquisa. Vale ressaltar que 17,0% (n=08) dos enfermeiros não tiveram acesso a temática, demonstrando valorização e aplicação do conhecimento sobre o assunto.

**Tabelas 2 - Conhecimento de que os recém-nascidos a termo (RNT) e pré-termo (RNPT) são capazes de sentir dor.**

| <b>RN sente dor antes, durante, após nascimento</b> |           |            | <b>RN a termo (RNT) sente dor comparado ao RN pré-termo (RNPT)</b> |           |            |
|---|-----------|------------|--|-----------|------------|
|   | <b>N</b>  | <b>%</b>   |  | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
| Antes do nascimento                                 | 29        | 61,7       | RNPT sente mais dor que o RNT                                      | 19        | 40,4       |
| Ao nascimento                                       | 10        | 21,3       | RNPT sente dor com a mesma intensidade do RNT                      | 20        | 42,6       |
| Alguns dias/semanas após o nascimento               | 08        | 17,0       | RNPT sente menos dor que o RNT                                     | 08        | 17,0       |
| <b>Total</b>  | <b>47</b> | <b>100</b> | <b>Total</b>   | <b>47</b> | <b>100</b> |

A tabela 2 evidencia que 61,7% das entrevistadas acreditam que o recém-nascido é capaz de sentir dor antes do nascimento, enquanto que 17,0% referem que o recém-nascido sente dor alguns dias ou semanas após o nascimento. Muitos são os mitos de que o recém-nascido não sente dor em decorrência da imaturidade do seu sistema nervoso central, especialmente pela falta de mielinização e ausência de memória para a dor. Atualmente, sabe-se que desde a 24ª semana de gestação, o feto é capaz de sentir dor (ANAND, 1999).

Além disso, demonstrou que 42,6% das entre-

vistadas acreditam que o recém-nascido pré-termo sente dor com a mesma intensidade do recém-nascido à termo, enquanto que 17,0% acreditam que o pré-termo sente menos dor que o recém-nascido a termo. Estudos de Howard & Thruber (1998) e da Academia Americana de Pediatria (2000) evidenciam que as respostas a dor do recém-nascido a termo e no pré-termo são similares, embora o recém-nascido a termo tenha características físicas diferentes do recém-nascido pré-termo e aquelas observadas em crianças maiores e adultos.

**Tabelas 3. Treinamento específico para reconhecer, avaliar e registrar a dor no recém-nascido.**

|              | Treinamento para reconhecer /avaliar a dor no RN |            | Identifica e reconhece os sinais sugestivos de dor no RN |           | Registra os sinais de dor no prontuário do RN |     |           |            |
|--------------|--|------------|--|-----------|---|-----|-----------|------------|
|              | N  | %          | N  | %         | N   | %   |           |            |
| Sim          | 06   | 12,8       | Experiência adquirida no dia a dia                       | 46        | 97,9  | Sim | 45        | 95,7       |
| Não          | 41   | 87,2       | Não reconhece ou identifica a dor                        | 01        | 2,1   | Não | 02        | 4,3        |
| <b>Total</b> | <b>47</b>  | <b>100</b> |  | <b>47</b> | <b>100</b>                                    |     | <b>47</b> | <b>100</b> |

A Tabela 3 evidencia que 87,2% das enfermeiras não receberam treinamento específico para reconhecer ou avaliar a dor do recém-nascido, e que 97,9% identificam e reconhecem a dor no seu cotidiano. Sabemos que a avaliação da dor do recém-nascido é influenciada pelas atitudes, crenças, e conhecimentos da equipe de enfermagem. Existe toda uma mudança na maneira de cuidar de uma criança que sente dor e a prática em reconhecer e aliviá-la.

Segundo Anand & Craig (1996) a percepção da dor é uma qualidade inerente de vida que surge precocemente no desenvolvimento para servir como um sinalizador de lesão tissular existente. Esta

sinalização inclui as respostas comportamentais fisiológicas, não somente do auto-relato, mas de manifestações pré-verbais, não-verbais ou de indivíduos cognitivamente prejudicados que estejam experienciando a dor e que poderão se beneficiar da avaliação objetiva da dor.

Quanto ao registro nos prontuários, 95,7% referem que realizam anotações das reações de dor do recém-nascido. Para Iver et al 1993, os registros da equipe de enfermagem devem ser feitos de modo objetivo porém a informação subjetiva, as reações, as informações fornecidas pela família ou por outros membros da equipe devem ser incluídas.

**Tabela 4. Os três principais procedimentos considerados mais dolorosos para o RN**

| Procedimentos dolorosos         |    |      | Sinais indicativos de dor |    |      |
|---------------------------------|----|------|---------------------------|----|------|
|                                 | N  | %    |                           | N  | %    |
| Punção venosa                   | 26 | 55,3 | Alterações faciais        | 21 | 44,6 |
| Aspiração TOT/CPAP              | 08 | 17,0 | Choro                     | 20 | 42,5 |
| Punção arterial                 | 07 | 14,8 | Alterações fisiológicas   | 12 | 25,5 |
| Punção calcâneo e lombar        | 06 | 12,7 | Agitação e inquietação    | 12 | 25,5 |
| Drenagem torácica               | 04 | 8,5  | Contração muscular        | 06 | 12,7 |
| Retirada esparadrapos           |    |      | Sudorese                  | 02 | 4,2  |
| /fixações/micropores            | 04 | 8,5  |                           |    |      |
| Cateter vesical e intramuscular | 04 | 8,5  | Irritabilidade            | 02 | 4,2  |
| Passagem SOG                    | 03 | 6,3  | Outros                    | 09 | 19,5 |

Dentre os três procedimentos considerados dolorosos para as enfermeiras a punção venosa (55,3%), a aspiração oro-traqueal (17 %) e a punção arterial (14,8%) foram considerados os principais.

Sabemos que os recém-nascidos que precisam ser submetidas a procedimentos médicos e de enfermagem na unidade de terapia intensiva deparam-se com experiências complexas como: punção lombar, drenagem de tórax, punção de calcâneo, punção suprapúbica, punção arterial, inserção/remoção de cateter arterial ou venoso, inserção ou aspiração e remoção do tubo orotraqueal, inserção da sonda gástrica, retirada de adesivos e esparadrapos da pele, injeções subcutâneas e intramusculares (ANAND et al, 2001). Além disso, outros fatores que podem causar dor ao recém-nascido são as síndromes de enfermagem, como por exemplo, as lesões na pele, resultantes de quei-

madura por sensores, extravasamentos de líquidos endovenoso como por exemplo no trabalho de Nascimento (1996).

Os três sinais indicativos de dor do recém-nascido reconhecidos pelos entrevistados, foram: alterações faciais (44,6%) , choro (42,5%) e as alterações fisiológicas (22,5%). Sabemos que a dor é um estressor que ativa os mecanismos compensatórios do sistema nervoso autônomo, a estimulação do simpático inclui alterações fisiológicas. Segundo McGrath (1990) a dor deve ser analisada através de medidas multidimensionais, com a combinação de variáveis objetivas e subjetivas, somadas ao contexto ambiental em que se encontra o recém-nascido, a fim de permitir uma avaliação da presença da dor, englobando os seus aspectos sensoriais e emocionais.

**Tabela 5. Fatores ambientais que provocam a dor no RN**

| Fatores ambientais que provocam dor |    |      | Fatores ambientais que causem dor no RN |    |      |
|-------------------------------------|----|------|---|----|------|
|                                     | N  | %    |   | N  | %    |
| Sim                                 | 20 | 42,6 | Sons (alarmes/rádio)                    | 25 | 53,2 |
| Não                                 | 27 | 57,4 | Luminosidade                            | 13 | 27,6 |
|                                     |    |      | Outros                                  | 09 | 19,2 |
| Total                               | 47 | 100  |   | 47 | 100  |

Na tabela 5, dos enfermeiros entrevistados, 57,4% consideram que os fatores ambientais não provocam dor no recém-nascido, enquanto que 42,6% consideram que os fatores ambientais como os sons (53,2%) provocados pelos ruídos de alarmes e rádio, a luminosidade (27,6%), provoquem dor no recém-nascido. A unidade de terapia intensiva neonatal está repleta de toda uma tecnologia para salvar a vida do recém-nascido, causando muitas vezes iatrogenias. Os enfermeiros devem assistir de uma forma individualizada, minimizando os efeitos negativos do ambiente, favorecendo seu desenvolvimento, respeitando a criança e sua família. Os fatores ambientais e os cuidados prestados na UTI podem ser causadores de dor ou desconforto para as crianças. Várias pesquisas revelam que fatores como ruído, iluminação e outros podem ter efeitos no desenvolvimento do neonato. Gottfried,

(1985) Wolke, (1987), Als et al (1994), Franck e Lawhon, (1998).

Vale ressaltar que na tabela 1, as enfermeiras (21,3%), tiveram contato com o tema dor no curso do Método canguru, no qual as medidas acima são recomendadas. Acreditamos que cada vez mais as escolas de enfermagem devam inserir em seus currículos disciplinas sobre o manejo comportamental da dor do recém-nascido e criança, pois através de uma prática humanizada podemos transformar a realidade, e multiplicar todas estas ações no profissional enquanto aluno. A ausência da educação acerca da dor na formação da enfermagem e médica é a maior causa da existência de mitos e preconceitos que impedem uma avaliação apropriada e controle da dor em crianças. (STEVENS et al, 2000)

**Tabela 6. Intervenção do enfermeiro quando se identifica a dor no RN**

| <b>Intervenção do enfermeiro</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
|----------------------------------|-----------|------------|
| Sucção não nutritiva             | 10        | 21,3       |
| Contenção e Posicionamento       | 10        | 21,3       |
| Verificar/solicitar analgésico   | 10        | 21,3       |
| Interromper o procedimento       | 09        | 19,1       |
| Identificar a causa              | 07        | 14,9       |
| Aconchego/toque                  | 01        | 2,1        |
| <b>Total</b>                     | <b>47</b> | <b>100</b> |

A Tabela 6 demonstra que a maioria dos enfermeiros ao identificar ou reconhecer um recém-nascido com dor, utiliza medidas não-farmacológicas como a sucção não nutritiva (21,3%), o posicionamento (21,3%), o aconchego/toque (2,1%) além de verificar no prontuário ou solicitar ao médico de plantão o uso de medidas farmacológicas. Sabemos que as intervenções comportamentais do manejo da dor, possui a finalidade de prevenir ou reduzir a intensidade de um procedimento doloroso. As estratégias de con-

tenção e posicionamento são importantes para conter movimentos de extensão excessiva, limitando o recém-nascido, além de mante-lo em posição fletida, e proporcionar maior aproximação dos membros à linha média, a fim de minimizar a dor. Para Schechter (1999), quando o prematuro está envolvido e contido durante estímulos dolorosos, ele chora menos tempo e estabiliza o ciclo sono-acordado.

A sucção não nutritiva torna-se uma medida terapêutica quando realizada em punções venosas, ou

procedimentos realizados pela equipe de enfermagem em seu cotidiano. Para Guinsburg (1999) a sucção não nutritiva inibe a hiperatividade e a intensidade do desconforto, minimizando as repercussões fisiológicas e comportamentais, ajudando o recém-nascido a se organizar após estímulo doloroso. Medidas como enrolamento, contenção facilitada, contato pele-a-pele, uso de sacarose, sucção não-nutritiva também são recomendadas pelo programa de atenção humanizada

ao recém-nascido de baixo peso (BRASIL, 2000).

As intervenções farmacológicas têm como principal objetivo aliviar a dor da criança quando submetidas a procedimentos dolorosos ou invasivos. Para Schechter (1999) o controle da dor em crianças sofreu uma revolução nos últimos 15 anos, e o emprego de uma abordagem preventiva é de primordial importância para a criança, principalmente nos casos em que ela pode ser prevista como cirurgias, doença crônica.

**Tabela 7. Preparo da família do RN sobre os procedimentos dolorosos**

| <b>Prepara a família do RN para procedimentos dolorosos</b> | <b>N</b>  | <b>%</b>      |
|---|-----------|---------------|
| Sim   | 44        | 93,6          |
| Não   | 03        | 6,4           |
| <b>Total</b>  | <b>47</b> | <b>100,00</b> |

Na tabela 7, dos enfermeiros entrevistados 93,6% referem preparar a família do recém-nascido sobre os procedimentos dolorosos. Antigamente acreditava-se que os pais não queriam ser envolvidos no controle da dor dos seus filhos. Porém os pais querem estar envolvidos no controle da dor de seus filhos e podem ajudar na avaliação da dor e nas medidas de alívio da dor.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a característica maior do trabalho de acolhimento

à família em unidade de terapia intensiva neonatal, refere-se a uma ação profilática em relação ao desenvolvimento das relações deste grupo familiar, além de minimizar o sofrimento daqueles que têm o recém-nascido internado. A família encontra na UTIN um ambiente desconhecido e que precisam de apoio da equipe de saúde. Schechter (1999) reforça ainda que os pais devem estar, se possível, presentes durante os procedimentos dolorosos e prestar sua ajuda.

**Tabela 8. Uso de narcóticos no RN e o poder de influência nas decisões da equipe, sobre o manejo comportamental da dor no RN**

| <b>RN dependente de narcótico</b> |           |            | <b>Enfermeiros exercem influência na dor do RN</b> |           |            |
|-----------------------------------|-----------|------------|--|-----------|------------|
|                                   | <b>N</b>  | <b>%</b>   |  | <b>N</b>  | <b>%</b>   |
| Sim                               | 09        | 19,7       | Sim  | 08        | 17,0       |
| Não                               | 38        | 80,3       | Não  | 39        | 83,0       |
| <b>Total</b>                      | <b>47</b> | <b>100</b> | <b>Total</b>                                       | <b>47</b> | <b>100</b> |

Na tabela 8, dos enfermeiros depoentes, 80,3% não consideram que o recém-nascido se torne dependente do uso de narcóticos. Segundo Anand (1999), em unidades de terapia intensiva, a se-dação da dor é muitas vezes ignorada ou colocada em segundo plano, devido ao temor de que recém-nascidos possam não tolerar os efeitos de analgésicos e anestésicos se tornando dependente. Ensaio clínico de caráter aleatório nos quais era investigado o uso de potentes analgésicos e anestésicos demonstraram reduções significativas nas respostas fisiológicas e nas complicações pós-operatórias em lactentes que receberam anestesia adequada.

Segundo Garcia et al (1997), estudos relatam que quando os médicos decidem tratar recém-nascido com dor, eles raramente prescrevem analgésicos potentes (opióides) ou doses adequadas, devido aos mitos de que a criança possa ser dependente das drogas. Enfermeiros são orientados a ser cautelosos em relação às ordens médicas e também às solicitações dos pacientes. Muitas vezes, a prescrição mais comum para analgésicos "se necessário", tornou-se igual a usar tão infreqüentemente quanto possível.

Na tabela 8, as enfermeiras entrevistadas 83,0% revelam não poder exercer influência importante nas decisões sobre o manejo da dor. Acreditamos que os enfermeiros não tenham uma consciência crítica do seu papel sobre o manejo da dor em crianças. Bernardo (2000) reforça ainda que os enfermeiros ainda não têm uma definição clara sobre a sua atuação no manejo da dor da criança, muitas vezes comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes que sofrem de dor. E propõe um programa de educação para enfermeiros quanto ao conhecimento de teorias e conceitos sobre a dor, anatomia e fisiologia dos trajetos da dor na medula espinhal, métodos de avaliação e mensuração da dor; posicionamentos e remoção de cateteres peridural para analgesia, manejo não-farmacológico e farmacológico, prevenção e manejo das complicações.

## Conclusão

A dor em recém-nascidos se constitui em um problema da maior gravidade, tendo em vista que os novos conhecimentos a respeito do fenômeno fisiopatológico ainda não são adotados em sua plenitude, fazendo com que acabe sendo subtratado ou não-tratado pela falta de conhecimento dos profissionais de saúde pela temática.

Para a sistematização de uma assistência de enfermagem humanizada é necessário que os enfermeiros conheçam a temática da dor em toda a sua plenitude. A hospitalização é constituída de medo, ansiedade por ser um ambiente estranho cercado de processos dolorosos e invasivos além da separação da família e de rotinas pré-estabelecidas quanto ao horário de higiene, sono e repouso. Compreender todas as reações comportamentais do recém-nascido nesta situação é garantir o cuidado humanizado. Portanto, é imprescindível que a enfermeira seja hábil na comunicação com a criança e a família e passe a utilizá-la como instrumento básico no processo de hospitalização (CHRISTOFFEL, 2002; SILVA, 1995).

Precisamos refletir sobre as atitudes durante as intervenções ou procedimentos dolorosos realizados pela enfermagem na utilização de medidas comportamentais para minimizar o desconforto e a dor dos recém-nascidos hospitalizados, já que um simples banho, troca de fralda pode causar estresse.

Nós enfermeiras e docentes de neonatologia precisamos melhor conhecer sobre a dor, pois o recém-nascido não fala, mas se comunica através de sua mímica facial, do seu choro, do seu corpo. Termos como desconforto, incomodo, agitação, estresse são utilizados para descrever a dor que geralmente é demonstrado pelo recém-nascido. Enquanto profissionais, precisamos estar atentos a toda subjetividade da dor durante o cuidado prestado a estes neonatos.

O alívio da dor é um direito do recém-nascido de não sentir dor, porém muitas vezes a equipe de enfermagem que permanece vinte e quatro horas relega a dor em detrimento da mecanização de toda uma rotina hospitalar. Concepções importantes



deven ser reconhecidas pelos enfermeiros para que sejam capazes não somente de reconhecer e avaliar a dor, mas de buscar medidas para seu alívio.

É importante que as Escolas de Enfermagem, em nível de graduação, incluam em seus currículos

a temática DOR. O manejo comportamental do recém-nascido ainda é um desafio para a enfermagem, que requer conhecimentos da fisiologia, da avaliação e de medidas para minimizar a dor e o estresse.

## **Nurses' perceptions front the pain of the newly born hospitalized in the Intensive Care Unity**

### **Abstract**

The objective of this study was to know the perception of the nurses front the pain of the newly born hospitalized in the Intensive Care Unity. This is a descriptive, exploratory study, of quanti-qualitative nature, performed during the specialization nurse course in newly born and pediatric. The research subjectis were 47 nurses that answered to the questionnaire about the thematic pain before being supplied by the authors of the course – Handle Comportment of the Pain of the Newly born and in the Child, in the period from 1999 to 2002, in three universities in Rio de Janeiro. The results evidenced that 87.2% of the nurses did not receive specifical training to recognized or to evaluate the pain of the newly born. However, 97.9% identified and recognized the pain in their quotidian during the accomplishment of procedures invasions or nurse interventions. It is important that the Nurses Schools, at a graduation level include in their curriculuns the thematic pain, and mainly discuss the procedures that are a great challenge for the nurses at present.

*Key words:* Neonato. Pain. Humanization. Nurses teaching.

## **Percepciones de enfermeras ante el dolor de los recién-nacidos hospitalizados en la UTI neonatal**

### **Resumen**

El objetivo de ésta investigación fué conocer las percepciones de las enfermeras ante el dolor del recién-nacido hospitalizado en la UTI neonatal. Estudio descriptivo, exploratório de naturaleza cuanti-cualitativa, realizado durante el curso de especialización en enfermaría neonatal y pediátrica. Los sujetos de la investigación fueron 47 enfermeras que respondieran al cuestionario sobre la temática dolor antes de ser ministrado por las autoras del curso – Manejo Comportamental del Dolor en el Recién-Nacido y en los Niños, en el período de 1999 a 2002, en tres universidades en Rio de Janeiro. Los resultados evidenciaron que 87,2% de las enfermeras no recibieron entrenamiento específico para conocer la evolución del dolor del recién-nacido. Pero, 97,9% identifican e conocen el dolor en su cotidiano durante la realización de procedimientos invasivos o intervenciones de las enfermeras. Es importante que las Escuelas de Enfermería a nivel de pré-grado incluyan en sus curriculos la temática dolor, y principalmente discutan las medidas comportamentales lo que todavía es un grande desafío para la enfermería.

*Palabras claves:* Neonato. Dolor. Humanización. Enseñanza en enfermería.

## Referências

- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA E SOCIEDADE CANADENSE DE PEDIATRIA. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**. Evanston, vol.105, n. 02, page. 454-461, 2000 feb.
- ALS,H. ET AL. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. **Journal of the American Medical Association**,v.272, page 853-858, 1994.
- ANAND. K.J. S. A fisiologia da dor em lactentes e crianças. In **A dor na infância**. Anais Nestlé. São Paulo: Nestlé, 1999.
- ANAND,K.J.S.E CRAIG, K. D. New perspectives on the definition of pain. **Pain**.1996. v.67, p3-6.
- ANAND, K. J.S. EL AL Long-term effects of pain in infants. **Journal Development and Behavioral Pediatrics**, v.20, nº4, 1995 august.
- BERNARDO. C.L.E. O papel da enfermagem. In DRUMMON, J. P. **Dor aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da criança e do Adolescente Hospitalizado. Resolução nº 41 de Outubro de 1995. **Diário oficial da União**. Brasília (DF). Publicando em 17 de outubro de 1995.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. (Guia do instrutor). Brasília, 2000
- BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Disponível: <http://www.humaniza.org.br>. (capturado em 04 de Abril de 2002).
- CHRISTOFFEL, M.M., **O mundo imaginal da equipe de enfermagem frente às reações do recém-nascido submetido a um procedimento doloroso na UTI neonatal**. Orientadora: Rosângela da Silva Santos. 2002. Tese (Doutorado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 173p. 2002.
- CLARO, M. T. **Escala de faces para avaliação da dor em crianças: etapas preliminar**. 1993. Dissertação (Mestrado). – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 1993
- DIAS,G.C. **A dor no câncer infantil: a percepção de quem a vive**. 2000 Dissertação (Mestrado). São Paulo: Universidade Federal de São Paulo 97p. 2000
- DIAS, C. G.; TANAKA, C. Controle da dor: dificuldades e perspectivas. In:CHAUD, M. N: et al. **O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica**. São Paulo: Atheneu.1999. p.167-172
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**. Fundo Social de Solidarieda. São Paulo,1993. 40p
- FRANCK. L.S., LAWHON, G. Environmental and behavioral strategies to prevent and manage neonatal pain. **Seminars in Perinatology**. V.22, n.5, p.434-443, 1998
- GARCIA,PC.; ROGERS,M. C. MULLER, H. Dor e analgesia na UTIP. In Piva, J. P.; Carvalho, P.; Garcia, P. C. **Terapia Intensiva em pediatria**, 4. Ed. Porto alegre: Medsi, 1997.
- GUINSBURG. R.. A dor no recém-nascido. In: Prado, FC, Ramos. J, Valle J. R. **Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento**. 19 ed.. São Paulo: Artes Médicas. 1999, p.1094-6.
- GOTTFRIED, A .W.; Environmental neonatology:implications for the intervention. **American journal of occupation therapy**, v.48, n.6, p.256-257, 1985.
- HOWARD, V. A ., THURBER, F. W. The interpretation of infant pain: physiological and behavioral indicators used by NICU nurses. **J. Ped. Nurs**. v.13, n.3, page164-74.1998.
- IASP. INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. **Pain**. v.6, page 249-52. 1979.
- IVER, P.W., TAPTICH, B.J, BERNOCCHI-LOSEY, D. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 197p.
- LEOPARDI. M. T. ET AL. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001, 344p.
- MINAYO.M.C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed. São Paulo.Hucitec-Abrasco, 1998. 269p.

- MCGRATH, P.A . **Pain in children: nature, assessment, and treatment.** Nova York: Guilford, 1990.
- NASCIMENTO, M.A . de L. **A síndrome da criança com membro superior imobilizado para infusão venosa:uma contribuição da semiologia para o cuidado de enfermagem.** 1996. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 140f. 1996.
- PATRICIO,Z.M. Promovendo a cidadania através do conceito de cuidado. **Texto e Contexto**, Florianópolis,v.1, n.1, p.89-106, jan./jun.1992.
- ROSSD.M., ROSS.S. A. **Childhood pain:** Baltimore:Urban e Schawarzenberg,1988. p1-33
- ROSSATO, L. **Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso.**1997. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo. 1997.
- ROSSETO, E. D. **Dor recorrente em escolares na cidade de Londrina: prevalência, caracterização e impacto das atividades diárias.** Dissertação (Mestrado) 2000. São Paulo: Universidade de São Paulo. 191p.2000.
- SILVA, L.R. **Proposta de um modelo de orientação destinado a criança em idade escolar que necessita ser submetida a cirurgia cardíaca.** 1995. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro. UNIRIO.1995. 250p.
- SCHECHTER. N.L. Controle da dor. In : **A dor na infância.** Anais Nestlé. São Paulo, 1999.
- STEVENS, B. STURIA,L. GREENBERG, S. Pain assessment in infants and children. **Pediatrics Clinics of North America.** v.47, n.3, 2000 June.
- TAMEZ. R. N., SILVA. M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
- TORRITESI, P; VENDRUSCULO, D. M. S. A dor na criança com câncer: modelos de avaliação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.6, n.4, p.49-55, out.1998
- WOLKE,D. Environmental and developmental neonatology. **Journal of reproductive and infant psychology**, v.5, page17-24, 1987.

### **Sobre as autoras**

Marialda Moreira Christoffel

Doutora em enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Departamento Materno-Infantil. Coordenadora do Curso de Especialização Enfermagem Neonatal.

Leila Rangel da Silva

Doutoranda da EEAN/UFRJ. Professora Assistente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO.

## **Notas**

- 1 Seguimento do recém-nascido após a alta hospitalar em unidades ambulatoriais.

### **Sobre as autoras**

#### **Marialda Moreira Christoffel**

Doutora em enfermagem. Professora Adjunta da Faculdade de Enfermagem da UERJ. Departamento Materno-Infantil. Coordenadora do Curso de Especialização Enfermagem Neonatal.

#### **Leila Rangel da Silva**

Doutoranda da EEAN/UFRJ. Professora Assistente da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto/UNIRIO.