

DOR NO RECÉM-NASCIDO: PERCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM¹

Márcia Elaine Pulter^{*}
Valéria Silvana Faganello Madureira^{**}

RESUMO

Trata-se da apresentação dos resultados de uma pesquisa quantiquantitativa realizada com profissionais de enfermagem que trabalham em uma UTI neonatológica com o objetivo de verificar o conhecimento dos mesmos sobre a dor no recém-nascido. Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas abertas e fechadas, no mês de agosto de 2002. Na análise dos dados, constatou-se que todos os participantes são do sexo feminino, o maior percentual de entrevistados está na faixa etária de 20 a 29 anos, a categoria profissional de maior frequência é a de auxiliar de enfermagem e um grande número de profissionais atua na profissão há mais de 3 anos. Muitos destes acreditam que os recém-nascidos sentem dor com a mesma intensidade que os adultos. Para as participantes, o choro é o melhor parâmetro para identificar a presença da dor nos recém-nascidos, e a maioria delas tenta amenizá-la com toque, seguido pela administração de analgésicos. Os resultados indicam pouco conhecimento sobre a influência do meio ambiente na dor. Todas as participantes acreditam que a preocupação com a dor deva ser a máxima e enfatizam os procedimentos técnicos da equipe como causadores de dor. Reconhecem a dor quando já instalada, sabem o que fazer para amenizá-la, mas não têm certeza sobre o que, além dos procedimentos técnicos, pode estar envolvido na determinação da dor.

Palavras-chave: Enfermagem. Dor. Recém-nascido.

INTRODUÇÃO

Conforme Giuffrè (2000), a dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou potencial ao tecido que incapacita e causa ansiedade. As mesmas autoras referem que muitas teorias tentaram explicar as bases neurológicas da dor; entretanto, nenhuma explicou como a dor é transmitida ou percebida, nem explicou a complexidade das vias que afetam a transmissão dos impulsos dolorosos, a sensação dolorosa e as diferenças individuais desta sensação.

Durante muito tempo acreditou-se que os recém-nascidos não sentem dor, fato justificado pela crença de que seu sistema nervoso, por imaturo, lhes proporcionaria uma prolongada insensibilidade à dor.

Conforme Annequin (2002), a partir da vigésima sexta semana de gestação, o feto

percebe a dor, e ao longo dos três primeiros meses de existência, os recém-nascidos atravessam um período de hipersensibilidade a dor

Um recém-nascido nunca nos dirá que está sentindo dor, mas baseados em expressões faciais e em um conjunto de comportamentos, podemos avaliar, se não a intensidade, pelo menos a presença da dor. Dessa forma, é possível saber se os bebês necessitam de analgésico ou outro medicamento. Foi com base nas considerações acima que se decidiu desenvolver um estudo com o objetivo de verificar o conhecimento de profissionais atuantes em uma UTI neonatológica sobre a dor no recém-nascido.

REVISÃO DE LITERATURA

¹ Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Enfermagem da UnC Concórdia em 2002.

^{*} Enfermeira, egressa do curso de Enfermagem da UnC Concórdia, concluinte em 2002. Autora do trabalho.

^{**} Enfermeira, docente do curso de Enfermagem da UnC Concórdia, aluna do doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, orientadora do trabalho. Bolsista CNPq.

Ferreira, Claro e Souza (1997, p. 31), dizem que:

a Associação Internacional para o Estudo da Dor a define como uma experiência sensorial e emocional desagradável, aliada a situação de lesão tecidual. Portanto, no âmbito fisiológico, a dor altera a homeostase do organismo e ocorre quando as terminações nervosas são estimuladas por fatores químicos, físicos ou térmicos.

A dor se inicia com a vida e influi profundamente em seu desenvolvimento. É um dos sentimentos mais antigos descritos pelo homem e tem sido objeto de estudo de várias ciências.

No âmbito da enfermagem, Horta (1976, p. 1) dizia que, “Embora seja útil e necessária, a dor é indesejável; o homem foge à dor e procura nas ciências da saúde todos os meios para combatê-la”. Nesta linha de raciocínio, a dor é útil na medida em que atua como um indicativo de que algo não está bem.

Para que seja possível reconhecer o que as pessoas sentem diante do processo que estão vivendo, assim como para dar sustentação à qualidade no atendimento, é preciso reconhecer a sinalização não verbal como indicativo de dor, pois se, no ser humano adulto, a dor é uma sensação expressa e lembrada através de palavras, o mesmo não ocorre com bebês, crianças e pessoas inconscientes.

Até pouco tempo atrás, os bebês não eram considerados seres perceptivos, e sim, no primeiro mês de vida, seres incapazes de ouvir, enxergar ou mesmo sentir algo. Segundo Annequim (2000), na realidade o feto percebe a dor antes do nascimento, já a partir da vigésima sexta semana de gestação.

Ainda hoje muitos profissionais relutam em tratar a dor no recém-nascido, alegando insensibilidade deste a ela, inexistência de memória, depressão do sistema respiratório na utilização de drogas e o receio de causar dependência química com o uso de medicações derivadas de opióides.

Para Guinsburg (1999), é preciso levar em conta que a dor desencadeia reações fisiológicas e psicológicas que levam o ser humano a se proteger dos estímulos nocivos, a evitar a fonte

destes estímulos e a tratar os danos causados ao organismo, cujo sinal de alerta é justamente a dor.

Conforme Reichert, Silva e Oliveira (2000, p. 29),

a dificuldade maior em se avaliar a dor da criança nesta fase da vida, sem dúvida nenhuma, decorre da incapacidade do recém-nascido de expressar-se verbalmente, como também pelo fato de alguns profissionais manterem-se arraigados a mitos sobre a ação dos medicamentos e a fisiologia neonatal.

Anand e Carr (apud GUINSBURG, 2002) propõem que as alterações comportamentais desencadeadas pela dor sejam consideradas como a forma infantil do relato verbal de dor, cuja natureza depende do repertório pessoal associado a cada estágio do desenvolvimento da criança, o qual possui significado próprio.

Assim, a dor dos indivíduos que não podem expressá-la através de palavras torna-se um fenômeno à parte. Os lactentes e os recém-nascidos não conseguem verbalizar o que sentem, e por isso exprimem a dor com uma linguagem alternativa.

Para Guinsburg (2002), a linguagem da dor no recém-nascido é analisada por uma série de parâmetros físicos e comportamentais que se modificam diante de um estímulo doloroso, desde a frequência cardíaca e respiratória, a pressão arterial e níveis hormonais até o movimento corporal, a mímica facial e o choro, entre outros.

As avaliações fisiológicas monitorizam a resposta orgânica do RN ao estímulo nociceptivo; e as comportamentais registram, de maneira objetiva, a frequência de alterações de comportamento desencadeadas pela dor.

Na assistência, os recém-nascidos - principalmente os prematuros, que necessitam de cuidados intensivos para sobreviver - precisam de maior atenção, pois pesquisas recentes mostram que estes não se “acostumam” à dor, ao contrário, a cada novo procedimento invasivo que cause dor, sofrem mais do que no anterior, e se a dor não for aliviada, poderá vir a comprometer o seu desenvolvimento e a sua recuperação.

Segundo Shwartz (1999), as áreas usadas para fazer medidas de dor nos recém-nascidos são: mudanças bioquímicas - alterações nos níveis de catecolaminas, glucagon, insulina, presença de hiperglicemia e outros; mudanças fisiológicas - aumento de frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e pressão intracraniana aumentada, pressão de oxigênio e saturação de oxigênio diminuída; mudanças comportamentais - mímicas faciais, postura corporal, movimento de retirada do dorso, pernas e braços, olhos espremidos, lábios abertos, tremor de queixo, entre outros.

A dor dos indivíduos que não podem expressá-la por meio de palavras torna-se um fenômeno à parte. Os lactentes e os recém-nascidos não conseguem verbalizar o que sentem, e por isso exprimem a dor com uma linguagem alternativa.

Conforme Guinsburg (2002), tem-se atribuído importância crescente às medidas comportamentais, uma vez que elas parecem representar uma resposta mais específica do estímulo doloroso, quando comparadas com os parâmetros fisiológicos.

As causas que levam os recém-nascidos a sentir dor são várias, principalmente quando se trata bebês prematuros e doentes em que são realizados muitos procedimentos invasivos e dolorosos. É importante lembrar que o bebê está em uma fase de adaptação ao seu novo mundo e vive em grande estresse, devido à separação da mãe no momento do parto, o que é agravado com a permanência na UTI.

A assistência aos recém-nascidos vem sofrendo transformações significativas, as quais resultam na sobrevivência maior de pacientes graves internados, mas também em um número maior de procedimentos dolorosos realizados no cuidado.

A sobrevivência dos RNs que permanecem internados tem um custo para o paciente e este inclui a dor. Calcula-se que, em média, cada RN internado em uma UTI receba cerca de 50 a 150 procedimentos dolorosos por dia, número que aumenta se o paciente pesar menos que 1000 gramas (GUINSBURG, 1999.)

Existem várias medidas ou alternativas não farmacológicas que podem amenizar o sofrimento destes pequenos seres, como, por exemplo, a diminuição de ruídos, pouca luz,

cuidados no caso de troca de curativos, uso de berços ou incubadoras aquecidos, incentivar o alojamento conjunto, evitar inúmeras punções venosas, entre outras.

Apesar das várias formas utilizadas para identificar a dor no recém-nascido, podem ocorrer diferenças na avaliação, a qual depende da interpretação de cada observador. Esta avaliação norteia a tomada de decisão sobre a adoção ou não de medidas necessárias ou indicadas para amenizar o sofrimento dos recém-nascidos.

A utilização de escalas de avaliação reduz a possibilidade de interpretação errônea da dor no RN, pois conforme Guinsburg et al. (1997), as escalas comportamentais de dor permitem a diferenciação dos neonatos que receberam estímulos dolorosos daqueles que foram submetidos a estímulos desagradáveis. Entretanto, para que as escalas sejam adequadamente utilizadas, há a necessidade de treinamento do pessoal envolvido no cuidado do RN.

Falando sobre a assistência, Reichert, Silva e Oliveira (2000, p. 30) ressaltam que

a essência da assistência ao recém-nascido com dor, diz respeito à adequação do ambiente no ponto de vista da humanização, bem como da sensibilidade dos profissionais que assistem a criança no momento da realização do procedimento doloroso, uma vez que o recém-nascido suporta melhor a dor se for acariciado e confortado, tendo a atenção dos pais e profissionais que o cercam.

A dor sentida pelo RN criticamente enfermo pode alterar a sua estabilidade respiratória, cardiovascular e metabólica, aumentando os índices de morbidade e mortalidade neonatal. A dor significa desconforto e sofrimento, podendo ter repercussões a longo prazo, o que impõe a necessidade de considerá-la e tratá-la.

METODOLOGIA

Este trabalho foi do tipo quantiquantitativo, desenvolvido na UTI Neonatal de um hospital no Oeste de Santa Catarina, com 11 profissionais da área de enfermagem, número

que representa 100% dos profissionais de enfermagem atuando no setor.

Os dados foram coletados pela pesquisadora no mês de agosto de 2002, por meio de um questionário composto de perguntas abertas e fechadas sobre o tema em estudo, as quais abordavam aspectos gerais de identificação do participante (sexo, função, tempo de profissão), forma como identifica a dor no recém-nascido, atitude que toma em caso de identificação de dor, influência do ambiente na dor do RN e preocupação da equipe de enfermagem com a dor no RN. Este instrumento de coleta de dados passou por uma pré-testagem com dois profissionais da área de enfermagem. A partir disso, foi submetido às modificações sugeridas pela testagem, para então ser utilizado na coleta dos dados.

Após a coleta, os dados foram organizados, analisados, apresentados em gráficos e submetidos à discussão qualitativa com base no referencial teórico deste estudo. Ao final, os resultados foram apresentados à instituição participante.

Como este estudo envolveu seres humanos, foram levados em consideração os aspectos éticos recomendados pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

ANÁLISE DOS DADOS

Das 11 participantes deste estudo, a maioria (9) encontrava-se na faixa etária dos 20 aos 39 anos. Quanto à formação profissional, sete (7) delas eram auxiliares de enfermagem, três (3) eram técnicas de enfermagem e uma (1) era enfermeira. No que se refere ao tempo de atuação na profissão, cinco (5) tinham até três anos de exercício profissional, duas (2) atuavam na área havia 4 a 6 anos e duas tinham mais de 10 anos de experiência profissional.

Quando questionadas sobre a possibilidade de o recém-nascido sentir dor, oito (73%) das profissionais relatam acreditar que os recém-nascidos sentem dor com a mesma intensidade que crianças maiores e adultos, enquanto três (27%) acreditam que os recém-nascidos sentem dor com maior intensidade que crianças maiores e adultos.

Como disse Fitzgerald (*apud* SHWETZ, 1999), o recém-nascido humano tem o sistema

nervoso pronto para perceber o estímulo doloroso, mas talvez por um caminho menos organizado que o adulto.

Conforme Gaíva (2001), apesar de atualmente terem sido desenvolvidas muitas propostas de medidas para quantificar a dor no recém-nascido, ainda são levantadas algumas questões com respeito à confiabilidade, validade e utilidade clínica dessas medidas..

Quando perguntado às profissionais como identificam a dor no recém-nascido, todas (11 – 100%) referiram identificá-la baseando-se no choro, enquanto 9 (82%) tomam por base a agitação para identificar se o recém-nascido está ou não sentindo dor. Segundo Shwetz (1999), o choro é o mais estudado e o mais aceito como indicador de dor; em caso de dor, o choro parece ser mais alto e mais disfônico, além de apresentar tonalidade e tensão aumentadas quando comparadas ao choro causado por outros estímulos que não a dor.

As mudanças fisiológicas (aumento da frequência cardíaca, mudança no padrão respiratório) são também citadas como maneira utilizada pelas profissionais para identificar a dor no recém-nascido. Entretanto, estas mudanças não têm valor isoladamente, mas sim quando em associação com mudanças comportamentais, conforme observam vários autores (SHWETZ, 1999; GAÍVA, 2001; GUINSBURG et al., 1994).

Segundo Guinsburg et al., (1994), os parâmetros fisiológicos não são específicos para a dor e, para se afirmar que a reação apresentada pelo RN após a manipulação é decorrente da dor, é necessário utilizar várias medidas simultâneas, englobando o choro, a atividade motora, expressão facial.

Através de pequenos sinais como a expressão facial, a movimentação corporal, o choro, o estado de consciência, entre outros, os recém-nascidos exprimem e tentam comunicar a dor que sentem (GUINSBURG, 1999).

Com relação às medidas tomadas pelas profissionais para amenizar a dor sentida pelo recém-nascido, estas dão prioridade ao toque e ao uso de analgésicos, o que está de acordo, entre outras formas, com o encontrado na literatura.

Para Guinsburg (1999), a dificuldade de avaliação e mensuração da dor no lactente pré-

verbal constitui-se no maior obstáculo ao tratamento adequado da dor nas UTIs. A decisão a respeito da necessidade ou não do uso de analgesia varia de acordo com o método de avaliação escolhido e as diferentes interpretações pessoais do avaliador.

Conforme Gaíva (2001), as abordagens para o controle da dor no RN podem ser farmacológicas e não farmacológicas. De acordo com as respostas obtidas no presente estudo, cuidados não farmacológicos como diminuir manipulação, agrupar cuidados e limitar processos dolorosos parecem não ser comuns, ou, caso o sejam, não foram citados por todas as profissionais que os realizam. Em termos de assistência de enfermagem, é importante ressaltar que estes cuidados, quando realizados, podem não eliminar a dor, mas contribuem para amenizar o sofrimento por ela causado e até mesmo para reduzi-la, à medida que ajudam a diminuir o estresse dos recém-nascidos, deixando-os menos sensíveis à dor.

O recém-nascido sente dor, e esta deve ser amenizada sempre que possível. A dor sentida pelos recém-nascidos significa sofrimento e pode ter repercussões a longo prazo. Sendo assim, deve ser reconhecida e tratada de forma eficaz no dia-a-dia das UTIs, e eliminá-la ou amenizá-la deve ser um dos objetivos maiores dos profissionais que atendem o recém-nascido (SHWETZ, 1999).

Existem muitas maneiras de amenizar significativamente a dor ou sofrimento do recém-nascido, como diminuir o excesso de luz, reduzir os ruídos de equipamentos e do pessoal da equipe, estimular a presença dos pais no momento de um processo doloroso, entre outras (GAÍVA, 2001). Estas medidas foram pouco citadas pelas participantes da pesquisa.

Souza (1998) constatou que o barulho age no aumento do estresse, tornando os pequenos pacientes mais susceptíveis à dor e irritados, com a pressão arterial e a frequência cardíaca elevadas. Como resultado, o quadro geral tende a se agravar ou a retardar a recuperação. No presente estudo, constatou-se que 8 (73%) das participantes responderam acreditar que o ambiente influencia de forma mínima ou moderada na dor.

Entre as estratégias ambientais para prevenir e manejar a dor estariam a redução de estímulo

nocivo, diminuição do excesso de luz, estabelecimento do ciclo dia-noite, preservação de períodos de sono e repouso, redução do ruído dos equipamentos e do pessoal da equipe, diminuição da manipulação, agrupamento de cuidados, limitação dos processos dolorosos (GAÍVA, 2001).

Um dos questionamentos dirigidos aos profissionais que participaram da pesquisa referia-se à preocupação que devem ter com a dor, e a ele todos responderam que deve ser a máxima. Esta resposta condiz com o que acreditamos, pois é uma das funções da enfermagem proporcionar conforto e aliviar o sofrimento. O alívio da dor é uma necessidade básica e um direito de todo ser humano, inclusive dos pequenos e recém-chegados.

A pergunta sobre “O que pode causar dor no RN”, as respostas obtidas indicaram quatro aspectos, os quais incluem procedimentos técnicos da equipe, a própria patologia, fatores ambientais e outras causas.

Como primeiro aspecto, os participantes apontam como causa de dor os procedimentos técnicos da equipe.

Estar em ventilação mecânica, punções venosas, punção de calcanhar (Rosa).

Alguns procedimentos, punção venosa, drenagens, ou seja, procedimentos o qual a criança necessita (Amarela).

Procedimentos realizados pela equipe de enfermagem que causa dor (Branca).

Procedimentos invasivos (Azul).

Qualquer procedimento invasivo (Cinza).

Para Guinsburg (1999), paralelamente à sofisticação dos recursos terapêuticos, um aumento no número de exames e procedimentos invasivos são necessários para garantir a sobrevivência dos recém-nascidos, ou seja, a sobrevivência ao período neonatal tem um preço para o recém-nascido que implica em sentir dor, além de muitas vezes estar tomado por cateteres. Entretanto, cuidados e atenção adequados podem evitar ou reduzir a dor.

Ainda conforme Guinsburg (1999), estima-se que cada RN internado em UTI receba cerca de 50 a 132 manipulações a cada dia, incluindo desde entubação até cuidados rotineiros de enfermagem.

Também segundo Shwetz (1999), o que causa dor no RN são as coletas de sangue (arterial, venoso e capilar), transfusão de sangue e de hemoderivados, punção venosa, drenagem torácica, cateterismo de vasos umbilicais, colocação de catéteres (arteriais e venosos), colocação e retirada de coletores de urina, eletrodos e fitas adesivas, limpeza da pele, aferição de sinais vitais.

Temos consciência de que realmente inúmeros procedimentos como os acima citados são realizados na UTI a todo instante e rotineiramente, mas o que não se sabe e não se pode afirmar é que todos eles estejam ou não inclusos entre os que os profissionais que participaram do presente estudo reconhecem como procedimentos invasivos.

O segundo aspecto indica a patologia como causa de dor.

A dor decorrente da própria patologia (Amarela).

São várias as causas, como a dor decorrente de sua enfermidade (Branca).

Dor é um sintoma comum a muitos quadros clínicos. Conforme Giuffre (1999), a dor é resultante de um dano real ou potencial ao tecido, e este acontece em muitas doenças, testes de diagnóstico e tratamentos.

Para Gaíva (2001), os recém-nascidos são comumente expostos a múltiplos eventos estressantes ou dolorosos, incluindo excesso de luz, ruídos fortes e manipulação freqüente, o que condiz com o terceiro aspecto apontado por alguns funcionários como um fator de dor, o qual está relacionado a fatores ambientais.

Qualquer procedimento que não seja carinhoso com o mesmo, estresse, barulho (Vermelha).

Modificar o *habitat*, ou seja, útero materno para a incubadora já é um fator de dor (Violeta).

Manuseios, *stress*, ruídos, luz (Verde).

O quarto aspecto citado pelos participantes da pesquisa aponta outras causas como: sofrimento, mudança brusca de decúbito, qualquer contato agressivo, entre outros.

Todo e qualquer contato agressivo ou até mesmo inoportuno no momento causa dor ao RN (Violeta).

Sufrimento (Marron).

Mudança brusca de decúbito (Cinza).

Como já citado anteriormente, os recém-nascidos estão se adaptando ao seu novo mundo. Os que são saudáveis estão em contato com os pais e recebem um tratamento carinhoso, muito afeto, muito calor e atenção, mas os bebês que permanecem internados são expostos a um ambiente frio, que é como as UTIs são vistas, onde a maioria das pessoas age de forma mecânica. Estes (os bebês) são manipulados muitas vezes por mãos frias e pouco carinhosas, não conseguem ouvir a voz que conhecem e tampouco escutam uma voz suave se dirigindo a eles.

CONCLUSÃO

Ao abordar o assunto dor no recém-nascido pude perceber que a avaliação da dor é extremamente difícil, considerando-se que esta é definida como um fenômeno subjetivo difícil de ser avaliado, medido e também expresso.

A partir dos dados obtidos percebe-se que, mesmo havendo diferença nos níveis de formação ou tempo de profissão entre técnicos e auxiliares, as respostas aos questionamentos foram semelhantes.

Quando perguntadas a respeito da dor no recém-nascido, a maioria das profissionais incluíam intervenções e procedimentos técnicos da equipe, ignorando vários outros aspectos, como choro, careta facial, olhos apertados, boca aberta, tremor de queixo, protrusão da língua e agitação, também indicativos de dor. Além destes, as reações fisiológicas frente à dor precisam ser consideradas e incluem aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória e da pressão arterial, redução da saturação de

oxigênio, dilatação das pupilas, apnéia, cianose, tremores e sudorese palmar.

Isto parece indicar pouco conhecimento sobre o assunto e nos leva a perguntar como ou se a equipe identifica a dor ou direciona cuidados para evitá-la ou amenizá-la.

Em relação à atitude das profissionais na presença da dor, 10 participantes referem tentar amenizá-la com toque e 9 participantes relatam administrar analgésicos para este fim. Este resultado sugere um desconhecimento por parte da equipe de enfermagem sobre as diversas medidas não farmacológicas úteis para prevenção/redução da dor no RN, as quais independem da prescrição médica e abrem um campo amplo para atuação da enfermagem.

Estabelecendo um comparativo entre as respostas, percebe-se que as profissionais

reconhecem a dor quando já está instalada e sabem o que fazer para amenizá-la, mas não têm clareza sobre o que pode causar a dor, além dos procedimentos técnicos. Esse fato pode dificultar a tomada de medidas para a prevenção da dor.

Na atualidade, a dor é um tema bastante discutido no meio hospitalar, e não só neste. Pensamos que, de alguma forma, os profissionais que trabalham na área estarão cada vez mais preocupados e atentos para o bem-estar de seus pacientes, reunindo esforços para tornar os cuidados ainda mais humanizados, sem esquecer da competência técnica. Assim, uma vez que se reconhece a presença da dor e se podem avaliar, de certa maneira, as suas consequências, cabe preveni-la e tratá-la.

Com a humanização das UTIs neonatais, com a redução dos ruídos e de luz, com o uso das terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, a prevenção e o tratamento da dor no recém-nascido têm grandes possibilidades de obtenção de sucesso. Para tanto, os profissionais ligados ao cuidado do recém-nascido precisam reconhecer que ele sente dor, saber quais as medidas capazes de avaliar essa dor e aplicá-las, além de conhecer o arsenal terapêutico disponível, para utilizá-lo da melhor maneira possível.

NEWBORN PAIN: PERCEPTIONS OF A NURSING TEAM

ABSTRACT

Results are presented of a quantitative-qualitative research conducted with nursing professionals working in a Neonatal Intensive Care Unit seeking to assess the knowledge they have of the pain felt by the newborn. Data were collected using an open and closed-question questionnaire, in August, 2002. The analysis showed that all subjects were female, with the greatest percentage around 20-29 years of age. The category of professional highly represented is that of auxiliaries, a large number of them working for more than 3 years in the profession. Many of them believe newborns feel pain of an intensity equal to that of adults. The participants believe a baby cry to be the best parameter to identify the presence of pain in the newborn, and most of these professionals try to sooth them by means of touch and analgesics. Results point to a limited knowledge of the influence the environment has on pain. All of the subjects of the study believe the concern towards pain should be emphasized, and they point the technical procedures as what triggers the pain. They are able to recognize an already installed pain, but they are not sure about what else might be involved in determining pain, other than the technical procedures.

Key words: Nursing. Pain. Newborn.

DOLOR EN EL RECIÉN NACIDO: PERCEPCIONES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA

RESUMEN

Se trata de la presentación de los resultados de una investigación cuantitativa-cualitativa realizada con profesionales de enfermería que trabajan en una UTI neonatológica con el objetivo de verificar el conocimiento de los mismos sobre el dolor en el recién nacido. Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, en el mes de agosto de 2002. En el análisis de los datos, se constató que todos los participantes son del sexo femenino, el mayor porcentaje de entrevistados está entre los 20 y 29 años, la categoría profesional de mayor frecuencia es la de auxiliar de enfermería y un gran número de profesionales actúa en la profesión hace más de 3 años. Muchos de ellos creen que los recién nacidos sienten dolor con la misma intensidad que los adultos. Para las participantes, el lloro es el mejor parámetro para identificar la presencia del dolor en los recién nacidos, y la mayoría de ellas intenta amenizarlo con caricias, seguido de administración de analgésicos. Los resultados indican poco conocimiento sobre la influencia del medio ambiente en el dolor. Todas las participantes creen que la preocupación con el dolor debe ser la máxima y enfatizan los procedimientos técnicos del equipo como causantes del dolor. Reconocen el dolor cuando ya está presente, saben lo que hacer para amenizarla, pero no tienen certeza sobre lo que, más allá de los procedimientos técnicos, puede estar relacionado con la determinación del dolor.

Palabras Clave: Enfermería, Dolor, Recién nacido.

REFERÊNCIAS

- ANNEQUIN, Daniel. **Aliviando a dor no hospital**. 2001. Disponível em: <<http://www.ambafrance.org.br>>. Acesso em: 6 ago. 2002.
- FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; CLARO, Maria Teresa; SOUZA, Maurílio Augusto de. Doentes com dor: percepções e atitudes de graduandos de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, DF, v. 50, n. 6, p. 31-35, dez. 1997.
- GAÍVA, Maria A. M. Dor no recém-nascido: práticas e conhecimentos atuais. **Revista Pediatria Moderna**, Rio de Janeiro, v. 37, p. 155-165, maio. 2001.
- GUINSBURG, Ruth; KOPELMAN B.I.; ALMEIDA, M.F.B.; MIYOSHI, M.H. A dor no recém-nascido prematuro submetido a ventilação mecânica através de cânula traqueal. **Jornal Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 70, n. 2, p. 82-90, mar./abr. 1994. Disponível em <<http://www.jped.com.br>>. Acesso em: 6 ago. 2002.
- _____. Aplicação das escalas comportamentais para avaliação da dor em recém-nascidos. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 73, n. 6, p. 411-418, nov./dez. 1997. <<http://www.jped.com.br>>. Acesso em: 6 ago. 2002.
- GUINSBURG, Ruth. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br>>. Acesso em: 6 ago. 2002.
- _____. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 149-160, maio/jun. 1999. Disponível em: <<http://www.jped.com.br>>. Acesso em: 6 ago. 2002.
- HORTA, Wanda Aguiar. Dor: seu significado psicológico para estudantes e docentes de enfermagem e psicologia. **Enf Novas Dimens**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 1-4, 1976.
- REICHERT, Altamira Pereira da Silva; SILVA, Silvana Laura Freitas; OLIVEIRA, Josiane Maria. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. **Nursing**, Bruxelles, v. 3, n. 30, p. 28-30, nov. 2000.
- GIUFFRÉ, Maureen. Controle da dor. In: SMELTZER, Suzane C.; BARE, Brenda. **Brunner & Suddarth**: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. cap. 13, p. 157-176.
- SHWETZ, Evangelita A. A dor no recém-nascido. **Revista Pediatria Dia a Dia**, v. 2, n. 6, p. 36-38, jan./fev. 1999.
- SOUZA, Nivaldo de. O efeito dos ruídos nos pequenos pacientes. **Revista realidade Hospitalar**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 42-44, set. 1998.

Endereço para correspondência: Márcia Elaine Pulter. Rua Liberal Brizola, 30. Concórdia – SC. CEP: 89.700-000. E-mail: marcia2003@yahoo.com.br

Recebido em: 25/06/2003

Aprovado em: 10/09/2003