



Universidade Federal do Maranhão
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança
Mestrado Acadêmico



**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO**

São Luís - MA

2016

Ana Claudia Garcia Marques

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE
SAÚDE SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Área de concentração: Ciclo Materno-Infantil

Orientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

São Luís - MA

2016

Garcia Marques, Ana Claudia.

Avaliação dos conhecimentos e práticas de profissionais de saúde sobre a dor do recém-nascido / Ana Claudia Garcia Marques. — 2016.

97 f.

Orientador: Zeni Carvalho Lamy

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2016.

1. Dor. 2. Equipe de assistência ao paciente. 3. Manejo da dor. 4. Recém-nascido. I. Carvalho Lamy, Zeni. II. Título.

ANA CLAUDIA GARCIA MARQUES

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A DOR DO RECÉM-NASCIDO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde do Adulto e da Criança da Universidade Federal do Maranhão, para a obtenção do Título de Mestre em Saúde do Adulto e da Criança.

Área de concentração: Ciclo Materno-Infantil

Orientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora

Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy – Orientadora
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Profa. Dra. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva
Programa de Pós-Graduação
Universidade Ceuma
1ª Examinadora

Profa. Dra. Vanda Maria Ferreira Simões
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal do Maranhão – UFMA
2ª Examinadora

Profa. Dra. Laura Lamas Martins Gonçalves
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão - UFMA
3ª Examinadora

Aos recém-nascidos, encantadores e apaixonantes e suas famílias, razão fundamental deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus, pela proteção diária em minha vida, me dando força e coragem durante toda caminhada... Que Nossa Senhora Aparecida enfeite minha alma com as flores e o perfume de novas virtudes e coloque a mão materna sobre minha cabeça.

Aos meus pais Sirlei e Tarcizo pelo amor e incentivo, por me educarem com seriedade e respeito, me dando exemplo de vida e transformando-me em um ser humano digno. Amo vocês.

Ao meu irmão Tiago, minha cunhada Vanessa e minha querida afilhada Isabela, como é bom ter vocês em minha vida! Sei da imensa torcida pelo meu crescimento profissional e pessoal.

Ao meu namorado Guilherme que desde o início desta trajetória esteve ao meu lado, me apoiou nos momentos mais difíceis, fez-me sentir forte mesmo quando eu me sentia fraca.

À minha querida orientadora Profa. Zeni Lamy por ter aberto meu caminho para a pesquisa, expandindo meus horizontes, por ter estado sempre disposta a ajudar, pelas observações e sugestões para possíveis melhorias no desenvolvimento deste trabalho, que com sabedoria e humildade, soube com excelência entender minhas limitações e exaltar minhas habilidades, mostrando-me que eu tinha potencial para ir além. Obrigada, pela competência e respeito com que brilhantemente conduziu todo este processo, desde o surgimento da ideia até sua concretização. Que sua presença sempre seja um caminho de admiração e exemplo a ser seguido por todos que passam por sua vida.

Aos amigos do Grupo de Estudo formado durante o período do mestrado: Luciana, Andrea, Naine, Adriana e Clemilson com os quais compartilhei momentos de dificuldades e vitórias.

Às amigas do Grupo de Pesquisa coordenado pela Profa. Zeni que fizeram parte da construção deste trabalho: Fernanda, Karol, Rose, Elaine, Mariana, Hanna, Marina, Amanda, Gabriela, Dinamara, Julia, Natany, Stephanie, Taiana, Maria Eduarda, Clarice, Hellyne, Cristiane e Elizete.

À instituição participante do estudo em especial a Equipe da Unidade Neonatal por terem aberto as portas e tornado possível a coleta de dados, por terem generosamente compartilhado suas experiências, enriquecendo e tornando possível a realização desta pesquisa.

Aos professores da Pós-Graduação por todo conhecimento transmitido ao longo dessa jornada.

A todos os amigos do mestrado, por estes dois anos de convívio maravilhoso, pelo companheirismo nos momentos de estudo e de diversão.

À Fundação de Amparo à pesquisa e Desenvolvimento científico do Maranhão (FAPEMA) e à coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de mestrado, em momentos distintos, apoio financeiro que me possibilitou dedicar exclusivamente na realização deste trabalho.

Mas aqueles que contam com o Senhor renovam suas forças; ele dá-lhes asas de águia. Correm sem se cansar, vão para frente sem se fatigar. (Isaías 40, 31)

RESUMO

Introdução: Com o avanço do desenvolvimento tecnológico e científico, observa-se o emprego crescente de tratamentos invasivos e intensivos para manter a vida dos recém-nascidos enfermos, porém essa assistência pode gerar estímulos dolorosos causando sofrimento para os mesmos. Os instrumentos necessários à detecção deste sofrimento doloroso são ainda subestimados, mas há atualmente um interesse crescente pelo adequado manejo da dor neonatal. **Objetivo:** O presente estudo pretende avaliar os conhecimentos e práticas de profissionais de saúde que atuam em uma unidade neonatal sobre a dor do recém-nascido. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, com abordagem qualitativa do tipo exploratória, realizada em um hospital de referência em cuidado neonatal de uma capital do Nordeste. A análise das entrevistas deu-se a partir de uma das quatro modalidades da Análise de Conteúdo chamada de análise temática. Foram realizadas 36 entrevistas com profissionais que atuam em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e em Unidade de Cuidados Intermediários no cuidado direto com o recém-nascido, entre eles: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional. **Resultados:** Os dados evidenciaram que os profissionais entrevistados reconhecem que a dor neonatal foi historicamente negligenciada e que hoje as evidências científicas mostram sua existência. Dessa forma as explicações e interpretações atribuídas pelos profissionais demonstram alguns aspectos cujas categorias são objetos de análise deste estudo: A dor existe, é sequeladora, traumatiza e deixa marcas; As manifestações de dor são percebidas, mas não o suficiente; A dor era muito negligenciada e ainda hoje é. Dos relatos, foi identificada a carência de informação durante a formação fragilizando a aplicação do conhecimento na prática. Isto se evidencia tanto em relação a percepção como também na intervenção profissional. **Conclusão:** Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstraram que os profissionais que trabalham em Unidade Neonatal têm conhecimento sobre a dor no recém-nascido, apesar de certas limitações, e grande parte percebe seus sinais. Desta forma, o grande desafio não é o entendimento e a percepção acerca da dor, mas a atuação diante dela.

Palavras-chave: Dor. Recém-nascido. Manejo da dor. Equipe de assistência ao paciente.

ABSTRACT

Introduction: With the advancement of technological and scientific development, there is an increasing use of invasive and intensive treatment life support of sick newborns, but such assistance can lead to painful stimuli causing suffering to them. The necessary tools for detection of painful suffering are still underestimated, but currently there is a growing interest in the proper management of neonatal pain.

Objective: This study aims to assess knowledge and practices of health professionals working in a neonatal unit on newborn pain. **Methodology:** This is a descriptive and analytical survey with a qualitative exploratory approach held in a referral hospital in neonatal care in a Northeastern capital. Analysis of the interviews was carried out through thematic analysis, which is one of the four types of content analysis. We conducted 36 interviews with professionals who work in Neonatal Intensive Care Unit and Intermediate Care Unit in direct care of newborns, including physicians, nurses, physiotherapists, speech therapists and occupational therapists.

Results: The data showed that the interviewed professionals recognize that neonatal pain has been historically neglected and now scientific evidence shows their existence. Thus the explanations and interpretations attributed by professionals show some aspects whose categories are objects of analysis in this study: The pain exists, leaves sequels and marks and traumatizes; Expressions of pain are perceived, but not enough; Pain was and still is very neglected. From the reports, we identified lack of information during academic formation handicapping the application of knowledge in practice. This is evident both in perception and professional intervention.

Conclusion: The results obtained in this study demonstrated that professionals working in the Neonatal Unit have knowledge on newborn pain, despite certain limitations, and many of them perceive its signals. Thus, the challenge is not understanding and perception of pain, but acting on it.

Keywords: Pain. Newborn. Pain Management. Patient Care Team.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
BIPP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>
CRIS	<i>Crying, Requires oxygen for saturation, Increased vital signs, Expression, Sleeplessness</i>
dB	Decibéis
ECN	Enterocolite necrosante
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
MS	Ministério da Saúde
NFCS	<i>Neonatal Facial Coding System</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
N-PASS	<i>Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale</i>
NPS	Nível de pressão sonora
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAD-Neo	Programa de Avaliação da Dor Neonatal
PICC	<i>Peripherally Inserted Central Venous Catheter</i>
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
REM	<i>Rapid Eye Movement</i>
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SNC	Sistema Nervoso Central
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINca	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINco	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
UM	Unidade Neonatal
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	JUSTIFICATIVA	14
3	OBJETIVOS	16
3.1	Geral	16
3.2	Específicos	16
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
4.1	Histórico da dor no neonato	17
4.2	A unidade neonatal e a dor no recém-nascido	18
4.3	Métodos de avaliação da dor no recém-nascido	21
4.4	Intervenções diante da dor	26
4.5	Consequências da dor	33
4.6	Dor: quinto sinal vital	35
5	METODOLOGIA	36
5.1	Tipo de estudo	36
5.2	Cenários e participantes do estudo	37
5.3	Técnicas e instrumentos do estudo	38
5.4	Coleta de dados	39
5.5	Análise dos dados	40
5.6	Aspectos éticos	41
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
6.1	Caracterização dos profissionais	42
6.2	A dor existe, é sequeladora, traumatiza e deixa marcas	42
6.3	As manifestações de dor são percebidas, mas não o suficiente	54
6.4	A dor era muito negligenciada e ainda hoje é	59
7	CONCLUSÃO	73
	REFERÊNCIAS	74
	APÊNDICES	86
	ANEXO	94

1 INTRODUÇÃO

Até os anos 80, a dor na criança, no lactente e no recém-nascido (RN) não era diagnosticada de forma sistemática e, frequentemente, deixava de ser tratada (BRASIL, 2011b), entretanto, atualmente, com o avanço do conhecimento e do desenvolvimento tecnológico, observa-se o emprego crescente de tratamentos invasivos e cuidados intensivos para manter a vida dos recém-nascidos gravemente enfermos. Se, por um lado, tais tratamentos mantêm os bebês vivos, por outro, podem ocasionar dor e sofrimento (BRASIL, 2011a).

Calcula-se que cada RN internado em Unidade de terapia intensiva neonatal receba cerca de doze procedimentos dolorosos ao dia durante as duas primeiras semanas de internação, a maioria sem qualquer analgesia (GRUNAU; HOLSTI; PETERS, 2006). O recém-nascido pré-termo (RNPT) é submetido a cerca de 130 a 234 manipulações nas 24h, muitas delas dolorosas (SANTOS et al., 2012), e os recém-nascidos com peso menor que 1.000g sofrem cerca de 500 ou mais intervenções dolorosas ao longo de suas internações (PRESTES et al., 2005).

A dor acarreta repercussões negativas no quadro clínico do RN, dentre estas, enfatiza-se o desenvolvimento cerebral prejudicado, ameaçando a estabilidade fisiológica do mesmo (REICHERT et al., 2000). Achados sugerem que a exposição repetida de estímulos dolorosos no período neonatal pode transformar a natureza da experiência da dor e a sua expressão na infância e, possivelmente, na vida adulta (GRUNAU; HOLSTI; PETERS, 2006; PETERS et al., 2005), ocasionando reflexos negativos como problemas comportamentais a exemplo, ansiedade, depressão e esquizofrenia (REICHERT et al., 2000).

A incapacidade dos recém-nascidos descreverem verbalmente a dor é um desafio para a medição da mesma fazendo com que estes dependam de cuidadores e instrumentos para sua avaliação e controle (SLATER et al., 2008). Dessa forma, importantes avanços ocorreram com a validação de critérios objetivos (LYNCH, 2001). A avaliação da dor deve ser repetida regularmente, de forma sistemática,

Independentemente da escala utilizada, devendo ser considerada como um quinto sinal vital (BRASIL, 2011a).

A avaliação da dor no período neonatal é baseada em três alterações exibidas pelo RN em resposta a eventos dolorosos, são elas: mudanças fisiológicas, comportamentais e hormonais (STEVENS; JOHNSTON; GRUNAU, 1995; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2000). Segundo Silva e Silva (2010) devem ser avaliados, simultaneamente, parâmetros fisiológicos e comportamentais a fim de se conseguir maiores informações a respeito das respostas individuais à dor e de possíveis interações com o ambiente.

A avaliação da dor pode ser influenciada por uma série de fatores relacionados às características dos próprios observadores, como: idade, gênero, experiência prévia pessoal com dor, dentre outros. Além das características de quem observa a dor do RN, fatores inerentes ao paciente, como presença de dano tecidual e gravidade do diagnóstico, também podem alterar a inferência da presença de dor pelo observador (BALDA & GUINSBURG, 2007). Sendo assim a percepção sobre a dor pode ser caracterizada como uma experiência que alcança várias dimensões, pois é influenciada por fatores afetivos e motivacionais (SOUSA, 2002).

Os meios necessários à detecção da dor neonatal são ainda subestimados. No entanto, atualmente há um interesse crescente pela “segurança psíquica” do recém-nascido como forma de atenção humanizada, buscando-se formas de minimizar e controlar a dor ao máximo e, se possível, evitá-la (BRASIL, 2011b).

2 JUSTIFICATIVA

Apesar do conhecimento de que os recém-nascidos sentem dor e das evidências científicas que mostram as consequências deletérias da dor para o desenvolvimento infantil, segundo a literatura a sua avaliação e tratamento ainda não são realizados de forma efetiva.

É necessário compreender a percepção desses profissionais sobre a dor em recém-nascidos para influenciar na construção de conhecimentos que possibilitem mudanças de práticas de saúde voltadas para o recém-nascido exposto a estímulos dolorosos.

Na literatura, as pesquisas relacionadas à dor neonatal dizem respeito a conceitos, avaliações e linguagem do estímulo doloroso, porém não há ênfase na percepção da equipe multiprofissional de saúde no que diz respeito à dor do recém-nascido.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- ✓ Avaliar conhecimentos e práticas dos profissionais sobre a dor em recém-nascidos internados em Unidade Neonatal.

3.2 Específicos

- ✓ Descrever as características demográficas dos entrevistados;
- ✓ Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor neonatal;
- ✓ Avaliar a percepção dos profissionais de saúde sobre a dor no recém-nascido;
- ✓ Verificar a atuação dos profissionais relacionada à identificação e ao tratamento da dor.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Histórico da dor no neonato

Por muitos anos, acreditou-se que os recém-nascidos eram incapazes de sentir dor, devido ao pressuposto de que seu sistema nervoso ainda não estaria completamente formado (ALENCAR, 2009; MENDES et al., 2013), em virtude da imaturidade neurológica, das vias nervosas não totalmente mielinizadas ou da ausência de função cortical suficientemente integrada para interpretar ou recordar as experiências dolorosas (GUINSBURG & CUENCA, 2010; LEMOS et al., 2010).

Até a década de 50, muitos profissionais não admitiam tratar a dor do neonato, alegando o grande temor aos efeitos colaterais dos opioides com ênfase na depressão respiratória, o que acarretou, por muito tempo, a falta de qualquer tipo de procedimento analgésico nos neonatos submetidos a procedimentos dolorosos. Na década de 60, começa a discussão acerca da possibilidade de o recém-nascido sentir dor (MEDEIROS & MADEIRA, 2006; SOUZA et al., 2011).

Foi o subtratamento da dor em neonatos submetidos a atos cirúrgicos que desencadeou todo o interesse da comunidade científica pelo tema da dor neonatal (ANAND et al., 1985). Hoje, sabe-se que o desenvolvimento do sistema de transmissão da dor forma-se em etapas sucessivas, sendo o seu início bem precoce (DIAS & MARBA, 2014), as terminações nervosas surgem na região perioral na sétima semana de gestação, e, em torno da 20^a a 24^a, as sinapses nervosas estão completas para a percepção da dor (TAMEZ & SILVA, 2013) e a mielinização das vias nociceptivas completa-se em torno da 30^a semana de gestação (SIMONS & TIBBOEL, 2006; GUARAGNI et al., 2014).

Estudos recentes comprovam que o RN apresenta todos os componentes anatômicos, funcionais e neuroquímicos necessários para a recepção e transmissão do estímulo doloroso (GUINSBURG & CUENCA, 2010; LEMOS et al., 2010). O neonato, mesmo pré-termo extremo possui plena capacidade anatômica e funcional de nocicepção de informações sobre a presença e qualidade do estímulo doloroso a partir do ponto de estimulação até o cérebro (BRASIL, 2011b).

Os RN além de sentirem dor podem percebê-la com mais intensidade do que crianças e adultos, visto que as vias de inibição e redução da dor ainda não estão completamente desenvolvidas (CARBAJAL et al., 2008) diminuindo a capacidade de modular a experiência dolorosa (SIMONS & TIBBOEL, 2006). A percepção da dor mostra-se ainda mais exacerbada em RN pré-termo, como consequência da maior imaturidade das vias medulares descendentes inibitórias (GRUNAU; HOLSTI; PETERS, 2006).

Em 1979 a IASP (*International Association for the Study of Pain*), criou, a importante definição da dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano real ou potencial de tecidos ou descrita em termos de tal dano”, que ainda é válida (KOPF & PATEL, 2010), e em 2001, a IASP adicionou à definição de dor a seguinte ressalva: a inabilidade para comunicar a dor não exclui a possibilidade de que o indivíduo esteja vivenciando-a.

Nesse contexto onde a experiência dolorosa vivenciada por pré-verbais torna-se um fenômeno a parte Guinsburg e Cuenca (2010) complementam o conceito de dor como “uma qualidade inerente à vida que aparece no início da entogenia para servir como um sistema de sinalização para as lesões teciduais”. Tendo em vista a incapacidade do RN verbalizar a dor, faz-se necessário considerar outros parâmetros, sobretudo os comportamentais e fisiológicos, para se constatar sua ocorrência (STEVENS et al., 2007).

4.2 A Unidade neonatal e a dor no recém-nascido na atualidade

O desenvolvimento das Unidades neonatais (UN) tem proporcionado uma diminuição da mortalidade de RN gravemente enfermos. Paralelamente à sofisticação dos recursos terapêuticos, um maior número de exames e procedimentos invasivos são necessários para garantir a sobrevivência desses neonatos, que no entanto proporcionam dor (GUINSBURG, 1999).

Dentre os diversos procedimentos dolorosos aos quais o RN é submetido durante a internação pode-se citar intubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas,

instalação de sonda orogástrica, retirada de adesivos, drenagem de tórax, obtenção de vias centrais, punção lombar, punções venosas e arteriais (LÉLIS et al., 2010). Procedimentos invasivos são importantes e necessários para manutenção da vida dos recém-nascidos, no entanto, contribuem para intensificar o medo, a ansiedade, a dor, o choro e a irritação dos mesmos (MORETE, 2010).

O ambiente da UN é estressante (RODARTE et al., 2005) e superestimulante, muitas vezes gera desconforto e dor ao RN (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012), muito diferente do ambiente intrauterino: tranquilo, silencioso, escuro e aconchegante no qual o bebê estava acostumado. Quando o bebê nasce antes do tempo, depara-se com um ambiente onde há luminosidade e ruídos em excesso, circulação constante de pessoas, procedimentos dolorosos e interrupções do ciclo de sono e vigília (REICHERT; LINS; COLLET, 2007), alterando e desestruturando todo o seu sistema orgânico (SILVA; CHAVES; CARDOSO, 2009).

Sendo assim, o avanço da tecnologia não representa garantia de que a qualidade da assistência seja alcançada, visto que devem estar aliados aos valores, às crenças e atitudes profissionais que podem interferir na realização de uma assistência integral (ARAÚJO & PAGLIUCA, 2005). Isso significa que são esperados da equipe, cuidados qualificados e individualizados, que incluem atenção à dor, considerada um aspecto relevante na assistência humanizada (CRUZ et al., 2015).

Considera-se que essa experiência vivenciada na unidade neonatal pelos recém-nascidos possa vir a ser menos traumática se os profissionais responsáveis pelo cuidado estiverem sensibilizados para a importância da avaliação e manuseio adequado da dor (CRUZ & STUMM, 2015).

- Ambiente físico: ruídos, iluminação e temperatura

Estudos relacionados ao cuidado com o ambiente físico da UN surgem em meados da década de 1980 nos Estados Unidos, com uma modalidade de proteção ao desenvolvimento dos RNPT, que visa modificar positivamente o ambiente das UN. Dentro desta modalidade de cuidado destaca-se o controle do ambiente (ALS, 1982; BYERS, 2003)

No Brasil, somente na década de 90 se deu início aos estudos direcionados à questão do ruído em ambiente neonatal (RODARTE et al., 2005). O ruído na UN é entendido como um problema relevante devido aos danos que podem causar aos recém-nascidos pela sua fragilidade fisiológica e também pela obrigatoriedade da convivência com ele durante a sua internação (SAMPAIO et al., 2010). Além disso, níveis elevados de ruído podem causar distúrbios comportamentais (CARVALHO; PEDREIRA; AGUIAR, 2005).

Os níveis intensos de ruídos presentes na UN podem causar sérios danos ao desenvolvimento e crescimento dos bebês, que quando superestimulados apresentam estresse e dor, percebido através de vários sinais, tais como: respiração irregular, aumento da frequência cardíaca, tremores, irritabilidade e choro (TAMEZ & SILVA, 2013).

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), os níveis de ruídos esperados em um ambiente hospitalar são de 35 a 45 decibéis (dB). No entanto, para a Unidade Neonatal este valor é mais restrito, devendo permanecer na faixa de 35 dB, sendo este o nível sonoro para conforto acústico (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2000). A Academia Americana de Pediatria (1997) e a Organização Mundial da Saúde (1999) propõe da mesma forma, que sejam evitados níveis de pressão sonora acima de 45 dB.

Uma distinção importante de ser destacada sobre o manejo do ruído na assistência ao neonato é que, na UN, o bebê está exposto tanto a ruídos de impacto, que provocam desorganização no seu estado fisiológico, como também a ruídos contínuos, que não permitem sua recuperação (PINHEIRO et al., 2011). Sendo assim, a associação da dor causada por procedimentos invasivos com o ambiente estressor poderá impactar na qualidade de vida do RN e no seu desenvolvimento neuropsicomotor (SANTOS et al., 2012).

Na UN há predomínio de situações adversas decorrentes tanto das normas e rotinas institucionais, quanto do complexo processo de trabalho, os quais contribuem para o desarranjo da homeostasia do organismo do recém-nascido. Além dos ruídos, destacam-se o ambiente com luminosidade e temperatura artificial (SANTOS et al., 2012).

O monitoramento da iluminação também é de extrema importância visto que o controle pupilar do recém-nascido é variável. O fato de a fina pálpebra manter-se semiaberta exige o rigoroso controle da intensidade de luz, pois influencia no padrão sono/repouso do neonato, comprometendo a manutenção do ciclo circadiano; na regulação da temperatura; na função cardiorrespiratória; na permanência do estágio REM (*Rapid Eye Movement*) do sono, portanto interfere no desenvolvimento neurológico e cognitivo do recém-nascido (ALMEIDA et al., 2009).

A incidência de luz intensa e contínua na incubadora também pode ser deletéria, pois diminui a saturação de oxigênio, podendo causar estresse, apneia, taquicardia e retinopatia (CHAVES, 2011), portanto tem sido alvo de preocupação, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que este tipo de iluminação causa. Reduzir a intensidade da luz dentro do ambiente da Unidade neonatal promove repouso aos bebês e condições mais adequadas para seu restabelecimento (TAMEZ & SILVA, 2002).

Diante disso, há algum tempo existe o consenso de que a exposição do bebê, principalmente o pré-termo à luz forte e contínua na UN é inapropriada, tendo, então, surgido a recomendação de que ele fosse cuidado continuamente em um ambiente com um baixo nível de iluminação, porém o ambiente visual ótimo para os bebês ainda está sendo definido (BRASIL, 2011b).

É importante tentar minimizar as agressões sofridas pelo recém-nascido durante a sua permanência nas unidades neonatais. Assim, deve-se controlar a temperatura e a incidência de luzes fortes sobre a criança, tentar diminuir o ruído à sua volta e racionalizar a manipulação do paciente, de tal modo que os cuidados apropriados sejam realizados, mas que se preserve períodos livres para o sono (GUINSBURG, 1999; PARRY, 2014).

4.3 Métodos de avaliação da dor no recém-nascido

Os estímulos dolorosos desencadeiam nos RN uma resposta à dor que inclui alterações comportamentais e fisiológicas, acompanhadas por reação

endócrino-metabólica com liberação de adrenalina, noradrenalina e cortisol, que interferem no equilíbrio homeostático (SANTOS et al., 2012).

Estas alterações podem ocasionar uma resposta global ao estresse que inclui modificação a nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental, acarretando queda na saturação de oxigênio, aumento das frequências cardíaca e respiratória, além de consequências em longo prazo, como o comprometimento do crescimento, desenvolvimento, diminuição do limiar de dor, hiperalgesia e alodinia (SIMONS & TIBBOEL, 2006; ARIAS & GUINSBURG, 2012; SANTOS et al., 2012).

O baixo peso também é um fator que influencia na morbimortalidade e complicações clínicas durante a internação do RN na UN, o qual fica exposto a inúmeros procedimentos dolorosos diariamente. Nesse contexto, o estresse do manuseio para realização de procedimentos aumenta a demanda metabólica e a necessidade de oxigênio, com respostas fisiológicas e comportamentais, que podem repercutir no desenvolvimento neurocomportamental do RN (MAGALHÃES et al., 2011).

A subjetividade envolvida na avaliação do evento doloroso nessa faixa etária, caracterizada pela incapacidade do neonato em verbalizar aliada à falta de treinamento profissional específico dificultam o diagnóstico e o tratamento adequado da dor neonatal na prática diária (MAXWELL; MALAVOLTA; FRAGA, 2013; SCHERMAN et al., 2014) e por a dor ser um fenômeno subjetivo gera uma grande dificuldade para a elaboração de um método único de avaliação e de fácil aplicação na prática clínica dos profissionais das unidades neonatais (ARIAS & GUINSBURG, 2012).

A avaliação da dor deve proporcionar dados acurados, a fim de determinar quais ações devem ser adotadas para prevenir, aliviar ou abolir a dor e, ao mesmo tempo, avaliar a sua eficácia (CORDEIRO & COSTA, 2014), em virtude disso os profissionais devem conhecer e identificar os sinais manifestados pelo recém nascido. Abaixo listaremos algumas estratégias de cuidado para identificar a dor neonatal.

- Manifestações comportamentais

Uma das estratégias de cuidado para identificar a dor neonatal consiste em parâmetros comportamentais. As respostas comportamentais a serem avaliadas são: choro, mímica facial, movimentação corporal, agitação, irritabilidade e alterações do sono (SCOCHI et al., 2006; PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

Um dos indicadores geralmente incluído nas escalas de avaliação de dor é a expressão facial, tomada como uma medida global da experiência dolorosa, que envolve características denominadas fâcies de dor, quais sejam: fronte saliente; sulco nasolabial aprofundado; boca aberta na vertical; olhos apertados; expressão facial de sofrimento/olhar triste; tremores no queixo; careta; dentre outros (BEACHAN, 2004).

Outro indicador frequentemente incluído nas escalas é o choro, um sinal de comunicação entre os bebês e o ambiente que denota necessidades emocionais e fisiológicas como fome e dor. Para Branco et al. (2006), o choro relacionado a dor apresenta uma emissão tensa e estridente, com frequência fundamental aguda e variações encontradas no traçado espectrográfico, como quebras, bitonalidade e frequência hiperaguda.

Já Guinsburg (2010) apresenta outra definição para identificação da dor relacionada ao choro. Ela considerou o choro um parâmetro intrínseco ao repertório de expressões da dor, que apresenta em geral, uma fase expiratória definida, seguida por uma breve inspiração, um período de descanso e, novamente, uma fase expiratória. Quando do estímulo doloroso, ocorrem alterações sutis nesses parâmetros, ficando a fase expiratória mais prolongada, a tonalidade mais aguda, a duração do choro aumentada e o padrão melódico perdido.

- Manifestações fisiológicas

As respostas fisiológicas dos RN ao estímulo doloroso são evidenciadas por alterações cardiorrespiratórias (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial e diminuição da saturação de oxigênio); sudorese palmar; aumento da pressão intracraniana, alterações hormonais (liberação de catecolaminas, cortisol, glucagon, glicemia, dentre outros) e metabólicas (aumento do lactato, piruvato,

corpos cetônicos e alguns ácidos graxos). Entretanto essas medidas, embora objetivas, não são especificamente relacionadas à dor (GUINSBURG & CUENCA, 2010; SCOCHI et al., 2006).

- Escalas de avaliação da dor em recém-nascido

Há evidências científicas de que o RN apresenta um modo característico de expressar a dor, através de uma linguagem própria, sendo importante neste processo a adoção de instrumentos de avaliação validados. A implementação das escalas de avaliação da dor em RN mostra-se essencial, como uma ferramenta clínica de baixo custo e de alto impacto na identificação deste fenômeno (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

Ressalta-se que ainda não existe uma escala ideal. Alguns autores afirmam que com base no conhecimento das características de cada escala, não se pode eleger a mais adequada, pois a escolha dependerá da idade gestacional, do tipo de estímulo doloroso, do contexto em que o RN se apresente, dentre outros fatores (MELO et al., 2014a).

Apesar de grande parte dos profissionais de saúde considerar a dor como o quinto sinal vital e conhecer escalas para avaliação da dor, em geral elas não são utilizadas no dia a dia. Diante disso, é importante a instrumentalização e sensibilização das equipes para que ocorra a avaliação da dor com escalas validadas, a fim de garantir excelência e segurança no cuidado ao paciente, por meio de ações para o manejo da dor (SANTOS et al., 2012).

Para qualificar e quantificar a dor, normalmente, faz-se uso de instrumentos que utilizam parâmetros comportamentais e fisiológicos. Existe, atualmente, uma variedade de instrumentos desenvolvidos para decodificar a linguagem da dor emitida pelos RN (MARTINS et al., 2013).

A observação da expressão facial é um método não invasivo de avaliação de dor, sensível e útil na clínica diária. Trata-se também de um método específico para avaliação da dor em RNPT e a termo. Várias formas de avaliação da expressão facial foram desenvolvidas para o estudo objetivo da dor no neonato.

Dentre os instrumentos de avaliação, destaca-se a NFCS (*Neonatal Facial Coding System*) escala unidimensional que avalia a presença ou ausência de dor, a partir de oito movimentos faciais: fronte saliente, boca estirada, fenda palpebral estreitada, língua tensa, sulco nasolabial aprofundado, protrusão da língua, boca entreaberta e tremor de queixo. Além de ser confiável, é de fácil aplicabilidade e pode ser realizada à beira do leito (GRUNAU & CRAIG, 1987; GUINSBURG, 1999). Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente durante a avaliação (GUINSBURG, 1999; ARIAS & GUINSBURG, 2012; PARRY, 2014).

Outro instrumento bastante utilizado é a escala de dor no recém-nascido e no lactente, NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale*), composta por cinco indicadores comportamentais e um fisiológico, incluindo a expressão facial, o choro, a movimentação de braços e pernas, o estado de sono/alerta e o padrão respiratório. A pontuação mínima é zero e a máxima é sete; caracteriza dor se o somatório for maior ou igual a 4 (SILVA & SILVA, 2010). Trata-se de uma escala válida, pois se baseia nas alterações comportamentais frente à dor descritas na literatura. A NIPS tem se mostrado útil para a avaliação de dor em neonatos a termo e pré-termo, conseguindo diferenciar os estímulos dolorosos dos não dolorosos (GUINSBURG, 1999; PARRY, 2014).

A escala PIPP (*Premature Infant Pain Profile*) foi recentemente atualizada e revisada e, portanto, denominada PIPP-Revised. Embora os indicadores de dor utilizados tenham sido mantidos, as instruções e, conseqüentemente, o método de pontuação do instrumento sofreram modificações (STEVENS et al., 2014).

Adicionalmente, a escala CRIES (*Crying, Requires oxygen for saturation, Increasead vital signs, Expression, Sleeplessness*) foi substituída pelo instrumento BIIP (*Behavioral Indicators of Infant Pain*). A CRIES foi desenvolvida para avaliar a dor pós-operatória; entretanto, os demais instrumentos (NFCS, NIPS e PIPP) também foram validados para essa finalidade e, além disso, apresentam propriedades psicométricas mais robustas que o CRIES. Ressalta-se ainda que tal escala considera a saturação de oxigênio ideal como acima de 95%; no entanto, esse índice não corrobora as recomendações atuais, especialmente para neonato

pré-termo, quando os valores desejáveis de saturação de oxigênio variam entre 85 e 93% (BUENO et al., 2014).

Estudos apontaram, portanto, pela substituição da CRIES pelo BIIP, escala unidimensional que avalia no mesmo instrumento o estado de sono e vigília, cinco ações faciais e duas ações palmares desenvolvida e validada por Holsti e Grunau (2007) e Holsti et al. (2008). Ambos os instrumentos, o PIPP-R e o BIIP, passaram por processos de adaptação transcultural e validação de conteúdo.

Segundo Dijk et al. (2009) além da avaliação da dor aguda, causada por procedimentos invasivos, pós-operatório, dentre outros, existe o desafio da avaliação da dor de longa duração e até a data do estudo apenas dois instrumentos foram projetados para realizar esta mensuração em recém-nascidos: a escala N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation and Sedation Scale*) e a EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né*). A escala COMFORTneo demonstra ser promissora porém ainda aguarda o processo de validação.

A escala N-PASS foi concebida para avaliar a agitação aguda / ou dor prolongada e sedação em crianças a partir de 23 semanas de vida até 100 dias (HUMMEL et al., 2008) e avalia diversos estágios de comportamento dos RN relacionados à dor (TAMEZ, 2009). A escala EDIN também foi projetada para avaliar a dor prolongada e é composta por cinco itens, dentre eles: expressão facial, movimentação corporal, estado de sono/vigília, contato e consolo (DIAS & MARBA, 2014).

Pode-se observar que existe um grande número de instrumentos publicados e já validados no Brasil e no mundo o que reflete a dificuldade de se avaliar de forma adequada e precisa a dor (BUENO et al., 2013).

4.4 Intervenções diante da dor

A Resolução nº 41/95, do Ministério da Justiça, em seu artigo 7º, aprovada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, reforça

o direito do recém-nascido de não sentir dor quando houver meios para evitá-la (BRASIL, 1995).

Diante disto torna-se fundamental o uso de medidas farmacológicas e não-farmacológicas para alívio da dor em recém-nascidos (GUINSBURG, 1999; CARBAJAL et al., 2008). As farmacológicas incluem medicações como os antiinflamatórios não hormonais e os opioides. Já os métodos não farmacológicos podem envolver estímulos visuais, auditivos, táteis e gustativos (PARRY, 2014).

Com relação ao manejo não farmacológico uma variedade de intervenções se mostra efetiva para prevenir e aliviar a dor aguda no RN submetido a pequenos procedimentos. Possuem eficácia comprovada e apresentam baixo risco para os neonatos, assim como baixo custo operacional (TAMEZ & SILVA, 2013; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006; BRASIL, 2011c; PILLAI et al., 2011). Estas medidas podem ser utilizadas individualmente na dor de leve intensidade, mas, frente à dor moderada ou severa, deverão ser acrescidas de intervenções farmacológicas prescritas pela equipe médica (SOUZA et al., 2011).

A forma mais efetiva de reduzir a dor no recém-nascido é diminuindo o número de procedimentos realizados, o que pode iniciar com a redução do número de interrupções do repouso do neonato. Outras estratégias importantes são a eliminação de procedimentos desnecessários e evitar a repetição de procedimentos após tentativas sem sucesso (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006).

Recomenda-se que antes da realização de procedimentos que podem acarretar a dor, o RN esteja no estado comportamental alerta inativo, seja posicionado confortavelmente e, durante a realização dos procedimentos dolorosos, os profissionais devem avaliar a resposta do recém-nascido à medida não farmacológica a necessidade de outras intervenções (ALVES, C.O. et al., 2011).

A literatura é controversa em relação ao agrupamento de procedimentos como forma de diminuição do estresse. Enquanto uma vertente o mostra como estratégia útil para a redução da dor, principalmente se seguido de um evento confortante, como alimentação (CLOHERTY; EICHENWALD; STARK, 2010), outra recomenda evitar o agrupamento de procedimentos, pois pode desencadear um

período mais prolongado de dor, desconforto e estresse no RN, fazendo com que ele demore mais para retornar ao estado fisiológico e comportamental pré-procedimento (TAMEZ & SILVA, 2013).

Ainda com o intuito de diminuir o estresse do recém-nascido, destaca-se outra estratégia, o uso do *Peripherally Inserted Central Venous Catheter* (PICC). Este tipo de cateter tem sido utilizado no tratamento de recém-nascidos há quase três décadas, particularmente nos pré-termo que necessitam de acesso venoso prolongado. As vantagens do uso desse cateter estão relacionadas a inúmeros benefícios, principalmente no que tange à diminuição do número de punções e, conseqüentemente, diminuição do estresse e da dor, pois este dispositivo, em geral, permanece o tempo necessário para o tratamento (FIALHO et al., 2015).

Como medida não farmacológica do alívio da dor, o toque destaca-se e é usado para aliviar a ansiedade e o estresse, provocando mudanças fisiológicas mensuráveis (CRUZ; SUMAN; SPÍNDOLA, 2007), estimula fibras sensitivas superficiais da pele e gera relaxamento muscular e estimulação do sistema límbico em nível neurofisiológico, reduzindo o padrão de dor. Pelo fato de ser o tato um componente importante no modo como o RN se consola, explora seu mundo e inicia contato, o toque consegue estabelecer uma comunicação significativa para ele (RICHETTO & SOUZA, 2011).

- Glicose/sacarose via oral

O mecanismo de ação da solução oral de sacarose/glicose no controle da dor ainda não está completamente definido, sendo dois mecanismos aparentemente envolvidos: o primeiro é o fato de a sensação adocicada estimular o paladar e ativar áreas corticais relacionadas ao prazer, capazes de promover efeitos fisiológicos e sensoriais, ocorrendo a liberação de opioides endógenos que ocupam receptores próprios (principalmente os receptores μ), modulando a experiência dolorosa; e o segundo está relacionado à ação de opioides endógenos ocupando os nociceptores e modulando a transmissão neuronal do estímulo álgico (MARCATTO; TAVARES; SILVA, 2011).

A administração de soluções adocicadas diretamente sobre a língua do RN, cerca de 2 minutos antes da realização de procedimentos dolorosos ajudam no alívio da dor neonatal, diminuem a duração do choro, atenuam a mímica facial de dor, minimizam a elevação da frequência cardíaca e os escores na aplicação de escalas de avaliação da dor (BUENO, 2007; BRASIL, 2011c). Os benefícios do uso da solução adocicada aumentam quando associados à sucção não nutritiva (MARCATTO; TAVARES; SILVA, 2011).

Uma grande variedade de doses de sacarose é utilizada para o alívio da dor, porém uma dose ideal ainda não foi estabelecida. A Academia Americana de Pediatria (2006) orienta doses entre 0,012 e 0,12 gramas (0,05 a 0,5 ml de solução a 24%) e sugere que múltiplas doses para procedimentos dolorosos (2 minutos antes e 1 a 2 minutos depois) são mais efetivas do que doses únicas.

Efeitos adversos relatados envolvem pequenas quedas de saturação durante a administração da sacarose via oral, engasgos, tosse ou vômito. Outros possíveis efeitos incluem alterações metabólicas, como hiperglicemia e enterocolite necrosante (ECN). Porém, nem a hiperglicemia nem a ECN foram comprovadas em estudos, sendo efeitos adversos ainda hipotéticos (LEFRAK et al., 2006).

- Sucção não nutritiva

A sucção é um reflexo natural do recém-nascido, sendo uma das medidas comportamentais mais utilizadas na UN não somente para analgesia, mas também para promover conforto. A sucção não nutritiva pode diminuir a hiperatividade e modular o desconforto do RN, além de diminuir a intensidade e a duração da dor em RNPT e a termo submetidos a procedimentos dolorosos. Seus efeitos estão associados ao aumento na oxigenação, melhora nas funções respiratória e gastrointestinal (durante a oferta de dieta por sonda gástrica), diminuição da frequência cardíaca e do gasto energético, sendo que os benefícios ocorrem durante sucção ritmada, havendo possibilidade de ocorrência de efeito rebote com sua interrupção (BUENO, 2007; TAMEZ & SILVA, 2013).

- Amamentação

De modo geral percebem-se os efeitos positivos da sucção ao seio materno em relação à redução das respostas à dor em RN submetidos a procedimentos dolorosos. A eficácia da amamentação no alívio da dor é potencializada quando há combinação de tratamentos: contato pele a pele e leite ou glicose, sucção não nutritiva e glicose, estímulos multissensoriais e glicose, podendo-se considerar que a amamentação, que congrega todos esses elementos, seria uma intervenção aconselhável em procedimentos de dor aguda em RN (LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006).

- Contato pele a pele

O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor (TAMEZ & SILVA, 2013). Esta estratégia tem se mostrado eficaz para diminuir a dor do RN durante procedimentos dolorosos, especialmente após punções capilares. É indicado que o contato pele a pele seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso, quando possível (BRASIL, 2011b).

- Contenção e enrolamento

A contenção dos membros junto ao tronco, com a flexão dos membros inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados, posicionando a mão perto da boca, é efetiva na promoção de estabilidade fisiológica e comportamental. Quando envolvidos em manta ou ninho e contidos durante procedimentos dolorosos, RN choram por menos tempo, estabilizam o ciclo sono-vigília e apresentam menos alterações da frequência cardíaca (BUENO, 2007; TAMEZ & SILVA, 2013).

A contenção firme, mas que permite certo movimento envia ao sistema nervoso central (SNC) um fluxo contínuo de estímulos que podem competir com estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e facilitando a autorregulação em procedimentos dolorosos de menor intensidade (BRASIL, 2011b).

Brasil (2011), recomenda que o enrolamento pode ser utilizado em neonatos desde que estejam adequadamente monitorados e clinicamente estáveis. A estimulação constante que o enrolamento propicia aos receptores proprioceptivos,

táteis e térmicos torna-se mais efetivo quando realizado antes de qualquer procedimento ou quando mantido na maior parte do tempo.

- Musicoterapia

Outro recurso não farmacológico é o uso da música. Uma das teorias de controle da dor propõe a existência de um mecanismo no SNC que bloqueia a entrada da sensação de dor ao nível da coluna vertebral ao se escutar a música (STANDLEY, 2003). No caso dos RN, pesquisa científica comprova que a música surte os seguintes benefícios: melhora dos níveis de saturação de oxigênio; aumento do ganho de peso; desenvolvimento da sucção não nutritiva; redução de estresse, da dor e do seu tempo de internação na UTIN (BITTENCOURT et al., 2010).

Segundo Fialho et al. (2015) os sons afetam o corpo diretamente sobre as células e órgãos, e indiretamente sobre as emoções, que, conseqüentemente, influenciam os sistemas orgânicos. A música promove relaxamento, diminuindo a ansiedade, reduzindo a percepção da dor, alterando os estados de ânimo, promovendo a distração e o conforto. Além de tornar mais lenta e profunda a respiração; aumenta a resistência às excitações sensoriais; combate o estresse; permite o domínio das forças afetivas e auxilia no bom funcionamento da fisiologia (BERGOLD & ALVIM, 2012).

- Banho de ofurô

O banho de ofurô é destaque como tecnologia inovadora no cuidado ao RN. Segundo Tabarro et al. (2010) esse banho é realizado com o recém-nascido na posição vertical imerso em num balde, sendo uma opção diferente do banho tradicional, porque oferece uma oportunidade de relaxamento, proporcionando também segurança e estímulos vivenciados no útero materno, na posição fetal, além de transmitir limites ao corpo, auxiliando em sua organização sensorial. A água entre 37°C a 38°C é relaxante, simula o ambiente intrauterino e permite melhora nos estados de agitação, insônia, diminuindo, inclusive, episódios de dor.

- Presença dos pais

Uma das oportunidades de realizar um cuidado integral ao recém-nascido perpassa a compreensão do binômio mãe e filho em situação de dor. À mãe, pela internação do filho e, conseqüentemente, separação deste, ainda que possa ser momentânea e necessária; ao RN, pelas fragilidades e pela submissão a procedimentos dolorosos na UN, além do desligamento físico de sua mãe. Por isso, é importante propiciar e valorizar o envolvimento da família, estimular adequada interação entre profissional/RN/pais, buscar agregar vários métodos para minimizar os danos que a internação implica, especialmente durante os procedimentos dolorosos (LÉLIS et al., 2011).

Estudos mostram que uma ligação forte e segura com os pais parece ter uma função biológica protetora, resguardando o bebê dos efeitos da dor e do estresse, reforçando a importância da inserção dos pais na Unidade Neonatal (ALENCAR & ROLIM, 2006).

Quanto às medidas farmacológicas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1996 preconizou o uso da escada analgésica, a qual determina que a dor seja tratada de acordo com sua intensidade. A combinação de fármacos de diferentes classes é imprescindível no manuseio de dores de diferentes intensidades, tendo em vista que devem ser utilizados todos os recursos disponíveis para o tratamento eficaz da dor (RIBEIRO et al., 2015).

Enfatiza-se que o método de escolha para o tratamento da dor é a terapia de combinação multimodal que se caracteriza por utilizar diferentes medicamentos com diferentes mecanismos de ação em associação a métodos não farmacológicos para o tratamento da dor (SHUG, 2006). Os analgésicos simples e AINES possuem características antipiréticas e anti-inflamatórias e aliviam dores leves a moderadas (SAÇA et al., 2010).

Os métodos farmacológicos que têm por finalidade cessar o fenômeno doloroso são utilizados, na prática clínica, quando se pretende controlar a dor advinda de procedimentos dolorosos e invasivos, a literatura relata os não opioides, a exemplo, o paracetamol, e os opioides, morfina e fentanil como os mais utilizados.

As substâncias derivadas do ópio são classificadas em naturais ou sintéticas, de acordo com sua natureza química. Quanto à intensidade de sua ação farmacológica, são classificadas em fracas ou fortes, sendo os primeiros indicados para dor moderada e, os últimos, para dor intensa ou severa (SILVA et al., 2007b).

Assim, os analgésicos opioides constituem a mais importante alternativa para o manejo da dor em recém-nascidos gravemente enfermos, sendo os fármacos de escolha a morfina, e o fentanil, que é um substituto efetivo (PRESTES et al., 2005).

A morfina é um potente analgésico e sedativo, além de apresentar baixo custo (GUINSBURG & CUENCA, 2010). O fentanil é um opioide sintético 50 a 100 vezes mais potente que a morfina. É muito usado em neonatologia devido à sua capacidade de prover rápida analgesia com estabilidade hemodinâmica. Apresenta início de ação mais rápido e duração mais curta (menos de duas horas), comparando-se com a morfina (PRESTES et al., 2005).

Efeitos colaterais como a depressão respiratória podem surgir, contudo, podem ser minimizados com ajustes adequados da dose, com diminuição gradativa e criteriosa da dose diária, respeitando as características farmacocinéticas e farmacodinâmicas para o período neonatal (GUINSBURG & CUENCA, 2010).

Quanto a administração destes fármacos, a equipe de enfermagem deve estar atenta e devidamente preparada para reconhecer e intervir diante dos possíveis efeitos indesejáveis que podem ser causados por eles (MEDEIROS & MADEIRA, 2006).

4.5 Consequências da dor

A dor neonatal, em curto prazo, pode trazer consequências como, irritabilidade, diminuição da atenção e orientação, alteração no padrão do sono, recusa alimentar, além de interferência na relação mãe e filho. Em médio e longo prazo, pode ocorrer aumento da sensibilidade à dor, com hipersensibilidade aos

estímulos dolorosos e não dolorosos, devido ao aumento das ramificações nervosas no local agredido repetidamente e à diminuição do limiar de dor. Além disso, a dor repetida pode favorecer o aparecimento de problemas de cognição e déficit de atenção e concentração na vida escolar (BALDA e GUINSBURG, 2004).

A dor ativa o sistema neuroendócrino com liberação de substâncias que tem o potencial de lesar o hipocampo, que controla aspectos do aprendizado e da memória. Em neonatos pré-termo, a precoce e prolongada exposição dolorosa pode causar alterações nos estados comportamentais, acarretando anormalidades nos sistemas que controlam o estado de sono/vigília, atenção e emoção (BRASIL, 2011b).

Estudos afirmam que a UN pode causar danos ao desenvolvimento neuromotor dos bebês que necessitam de internação, principalmente os RNPT, já que estes passam um tempo prolongado de internação e têm o cérebro ainda em desenvolvimento (TAMEZ & SILVA, 2013). O aumento na mortalidade, sequelas no desenvolvimento neurológico e somatização anormal frente à dor em outras fases da vida podem ser considerados consequências negativas de estímulos dolorosos repetidos no período neonatal (MAIA & COUTINHO, 2011).

Dessa forma, a diminuição da exposição a eventos álgicos ou estressantes pode levar a melhores resultados, tanto clínicos quanto relacionados ao desenvolvimento neurológico do neonato (CRUZ et al., 2015). Apesar da forte evidência de que a dor de procedimentos experimentados por recém-nascidos podem ter efeitos prejudiciais agudos e até mesmo a longo prazo sobre o seu comportamento posterior e sobre a evolução neurológica, a prevenção e o controle da dor permanecem questões controversas (LAGO et al., 2009).

Diante disto, torna-se primordial o emprego da abordagem preventiva, sempre que a dor possa ser prevista. No caso de procedimentos como: punções venosas, intubação entre outros, o ideal é o uso da profilaxia. Com isso evitando possíveis sequelas clínicas, fisiológicas e/ou psicológicas, a curto e longo prazo (MEDEIROS & MADEIRA, 2006).

4.6 Dor: quinto sinal vital

A padronização da dor como quinto sinal vital, pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) foi descrita em janeiro de 2000, e é considerada um avanço científico, pois pontua como prioridades a avaliação baseada em escalas comportamentais e parâmetros fisiológicos. Esta comissão passou a considerar prioritárias a avaliação, a intervenção e a reavaliação da dor no processo de qualificação hospitalar (SANTOS et al., 2012).

O conhecimento dos instrumentos de avaliação da dor, uma avaliação dinâmica e apropriada que possibilite o diagnóstico correto, assim como também a reavaliação da resposta ao tratamento são fundamentais. A avaliação da dor deve ser constante, sistemática, individualizada e documentada, de tal forma que todos os envolvidos no cuidado do paciente tenham um entendimento claro do problema. O manuseio ideal da dor exige uma avaliação completa, para que possam ser empregadas intervenções mais eficientes (BROWN & FOREST, 2006; KAZANOWSKI & LACCETTI, 2005).

Para a padronização de estratégias no manejo da dor neonatal, torna-se essencial um protocolo de cuidados, o que contribui para uma assistência qualificada, reduzindo a dor e o desconforto vivenciado pelo neonato durante a hospitalização em uma UN e, também, repercute em menor número de sequelas e melhor qualidade de vida para o RN e sua família (CRUZ et al., 2015; BRASIL, 2011b).

Os protocolos de cuidados para RN devem incorporar o princípio de minimizar as intervenções dolorosas tanto quanto possível e, as estratégias devem incluir prevenção e avaliação da dor rotineiramente, diminuição do número de procedimentos realizados à beira do leito e utilização de medidas efetivas comprovadas cientificamente (MENDES et al., 2013).

Apesar de todas as recomendações para um adequado manejo da dor o subtratamento ainda é comum, especialmente em recém-nascidos. A dificuldade para reconhecer e avaliar a dor no período neonatal constitui um dos maiores

obstáculos ao seu tratamento adequado nas unidades neonatais. A falta de conhecimento a respeito das escalas utilizadas para avaliar a dor, das indicações para uso de analgésicos e de seus efeitos colaterais nessa faixa etária contribui para essa realidade. Vale enfatizar a dificuldade da incorporação prática de conhecimentos já solidificados no que se refere à presença e às consequências da dor para o recém-nascido (PRESTES et al, 2005).

Há necessidade de aperfeiçoar a formação dos profissionais de saúde para diminuir a distância entre os conhecimentos existentes a respeito do manejo da dor no período neonatal e a prática clínica (PRESTES et al, 2005).

Lidar com a dor não é simplesmente uma questão técnica, mas também política e bioética. Onde há a superação de conflitos éticos com base nos processos de trabalho e uma ampla interação de necessidades, obrigações e interesses dos vários envolvidos, pacientes, profissionais de saúde e gestores, questões essas que precisam ser vistas e discutidas por todos os profissionais de saúde (CHRISTOFFEL et al., 2009).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Estudo

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal” que teve duração de novembro de 2013 a novembro de 2014, cada subprojeto teve momentos específicos de entrevistas com profissionais e pais, além da observação participante.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e analítica, com abordagem qualitativa e do tipo exploratória, considerando a natureza do objeto a ser investigado. Este tipo de pesquisa, segundo Minayo (2010), preocupa-se com a maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas, assim como a percepção de suas ações e a dos outros.

De acordo com a mesma autora, a pesquisa qualitativa busca a obtenção de dados descritivos, através do contato direto e interativo do pesquisador com o entrevistado, abrange um conjunto de técnicas interpretativas que têm como objetivo descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, a partir da perspectiva dos participantes da situação estudada.

5.2 Cenários e Participantes do estudo

A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário do nordeste brasileiro, por se tratar de um hospital de ensino que oferece serviços de alta complexidade e se configura como referencial de assistência para acadêmicos e profissionais, além de ser referência nacional para a Assistência Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru.

O Serviço de Neonatologia conta com 40 leitos distribuídos entre a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Para a seleção dos participantes foram utilizados como critérios de inclusão: ser membro da equipe multiprofissional permanente da Unidade Neonatal do hospital de estudo, possuir nível superior completo, atuar no serviço há mais de um ano, período que pode garantir ao profissional permanência contínua e familiarização com as rotinas diárias, bem como com os cuidados ao RN criticamente doente, realizar procedimentos e/ou ter contato físico direto com o recém-nascido, concordar em participar da coleta de dados (questionário demográfico e entrevista) e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na ocasião do estudo o número total encontrado foi de 43 profissionais dentre as categorias selecionadas, sendo 16 médicos, 17 enfermeiros, 7 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos e 1 terapeuta ocupacional.

A partir dos critérios de inclusão foram selecionados 41 profissionais. No entanto, no período de realização da coleta de dados, dois médicos e uma fisioterapeuta deixaram o serviço e duas enfermeiras não aceitaram participar da entrevista. Desta forma, a coleta de dados foi realizada com 36 dos 41 profissionais incluídos no estudo sendo 13 médicos, 15 enfermeiros, 5 fisioterapeutas, 2 fonoaudiólogos e 1 terapeuta ocupacional.

5.3 Técnicas e Instrumentos do estudo

Para realizar a presente pesquisa as técnicas utilizadas foram entrevistas semiestruturadas com os profissionais e observação participante da rotina diária do serviço de neonatologia. Os instrumentos para as entrevistas foram questionário estruturado e roteiro de entrevista e para a observação participante utilizamos o roteiro de observação.

O primeiro instrumento utilizado foi o questionário estruturado (Apêndice I). Este contém perguntas fechadas e abertas sendo aplicado individualmente, antes da entrevista, visando captar aspectos demográficos dos participantes do estudo e conhecimentos de métodos de identificação, avaliação e tratamento da dor.

O segundo instrumento utilizado foi o roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice II), realizada a partir de um roteiro com perguntas abertas que, segundo Minayo (2010), permite ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, e, ao entrevistador, realizar perguntas a partir de tópicos definidos previamente que levem a uma maior compreensão do objeto de estudo.

Na entrevista com profissionais foram abordados temas relativos ao trabalho com bebês na Unidade Neonatal, ao conhecimento relacionado à dor e às escalas de avaliação no período neonatal e sobre a atuação do referido profissional diante da dor do recém-nascido.

As entrevistas foram realizadas por duas entrevistadoras, sendo uma delas, a pesquisadora responsável pela pesquisa. As transcrições foram realizadas por alunos de graduação, bolsistas de iniciação científica, sendo posteriormente

revisadas exaustivamente pela responsável por esta pesquisa, por compreender ser este um momento de apropriação das informações, o que facilita a fase formal da análise. As falas foram transcritas de forma literal e assim analisadas. Posteriormente, dos trechos de falas utilizados na dissertação, foram retirados alguns vícios de linguagem que prejudicavam a compreensão, garantindo-se a preservação do sentido.

Os nomes dos entrevistados foram substituídos por códigos construídos com as iniciais da categoria profissional em caixa alta – médico: ME; enfermeiro: EN; fisioterapeuta: FI; fonoaudiólogo: FO e terapeuta ocupacional: TO – seguidos do número de ordem da entrevista por categoria.

O terceiro instrumento utilizado foi o roteiro de observação (Apêndice III) que buscou compreender o ambiente físico e relacional, as práticas assistenciais e a ocorrência de registros no prontuário relativos à dor. Segundo Oliveira a observação participante possibilita conhecer a dinâmica do ambiente de pesquisa partindo do princípio de que o pesquisador e os pesquisados estão ambos, em um mesmo momento histórico (OLIVEIRA, 1998).

6.4 Coleta de dados

Os dados foram obtidos no período de novembro de 2013 a novembro de 2014 em três etapas. Na primeira, houve preenchimento do questionário estruturado para conhecimento prévio sobre o tema, na segunda aconteceu a realização das entrevistas semiestruturadas, e na terceira etapa, a observação participante.

Inicialmente, a coleta de dados ocorreu através de convite aos profissionais do Serviço de Neonatologia a fim de que participassem da pesquisa. Após a aceitação do convite, foi realizado um agendamento para entrevista com a definição do local, dia e horário apropriado.

As entrevistas foram realizadas depois da leitura e assinatura do TCLE pelo participante (Apêndice IV).

Os dados obtidos nos questionários foram tabulados, armazenados em uma planilha do Microsoft Excel 2010, posteriormente transformados em tabela (Apêndice V) e analisados de forma descritiva visando à caracterização demográfica dos participantes.

A observação participante foi realizada na UTIN, a partir do roteiro proposto. Considerando a dinâmica de trabalho, que é modificada nos diferentes turnos e dias da semana e envolve diaristas, plantonistas e especialistas, a observação foi realizada em todos os dias da semana (de segunda a domingo) e nos diferentes turnos (manhã, tarde e noite). Em cada momento de observação um ou dois pesquisadores permaneciam no campo por um período que variava de duas a quatro horas, totalizando 28 horas. Cada observador escrevia o seu diário de campo.

5.5 Análise dos dados

Foi utilizada a Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (2011), a Análise de Conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A análise de conteúdo é composta por quatro modalidades. Neste estudo foi utilizada a análise temática que, segundo Minayo (2010), é uma das mais usadas na área da saúde em pesquisa qualitativa.

Para a análise das entrevistas foram utilizados os seguintes passos:

- Pré-análise: após a transcrição das entrevistas gravadas, as falas foram transformadas em texto por meio de unidades de sentido e significado. Para a apreensão das ideias centrais, a determinação das unidades de registro e a constituição dos corpos de provas foi realizada uma leitura exaustiva, flutuante e interrogativa de todo o material estudado.

- Fase de categorização-exploração do material: exploração do material, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para tanto, foram procuradas

expressões ou palavras significativas, em torno das quais as falas se organizam, para a ordenação das categorias empíricas.

- Análise dos resultados e interpretação: a análise final sobre as categorias empíricas encontradas exigiu um olhar mais profundo sobre as mesmas, assim foram realizadas inferências e interpretações, relacionando os núcleos de sentido com o quadro em estudo. Esta última análise permitiu uma interface entre o objeto de estudo e os dados encontrados, funcionando como resposta para os objetivos propostos.

Os dados da observação visaram possibilitar aos pesquisadores, no momento da análise das falas dos entrevistados, uma maior compreensão do campo. Os diferentes registros foram organizados em um corpus de pesquisa que segundo Bauer e Aarts (2002), é composto pelos registros identificados como fontes importantes para que o pesquisador possa fundamentar seu texto.

5.6 Aspectos éticos

Conforme recomenda a resolução de nº 466/12 e suas suplementares do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o protocolo Nº 446.969 de 01/11/2013 (Anexo I) e somente teve início após sua aprovação. As entrevistas foram realizadas após assinatura do TCLE e a identidade dos entrevistados foi preservada assegurando seu anonimato.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A fim de fornecer subsídios para melhor reflexão acerca das falas dos profissionais, considerou-se importante traçar as características destes uma vez que experiência profissional, faixa etária, grau de instrução, dentre outros podem interferir na capacidade de interação com o meio.

6.1 Caracterização dos profissionais

Quadro 1. Características demográficas dos profissionais

Idade	Variou de 25 a 60 anos.
Sexo	01- Masculino; 35- Feminino.
Situação conjugal	10- Sem companheiro; 26- Casado/União estável.
Número de filhos	08- Sem filhos; 28- no mínimo 01 filho.
Religião	24- Católica; 10- Evangélica; 01- Espírita; 01- Agnóstico
Categoria profissional	15- Enfermeiros; 13- Médicos; 01- Terapeuta ocupacional; 02- Fonoaudiólogos; 05- Fisioterapeutas.
Tempo de término da graduação	Variou de 01 ano a 36 anos.
Formação	01- Apenas Graduação; 14- Especialização; 12- Residência; 07- Mestrado; 02- Doutorado.

Para compreender as práticas dos profissionais entrevistados, buscamos identificar seus conhecimentos e sua percepção sobre a dor neonatal, considerando que estes determinam o modo como atuam.

Os resultados foram organizados em três categorias empíricas: a dor existe, é sequeladora, traumatiza e deixa marcas; as manifestações de dor são percebidas, mas não o suficiente; a dor era muito negligenciada e ainda hoje é.

6.2 A dor existe, é sequeladora, traumatiza e deixa marcas

Nas respostas dos profissionais entrevistados ao serem indagados sobre a capacidade do RN sentir dor, verificou-se unanimidade em considerarem que sim. Grande parte dos profissionais ainda ressaltou que durante longo período acreditou-se que o RN não tinha capacidade de sentir dor em decorrência de sua imaturidade

fisiológica, mas que atualmente a ciência já criou evidências que comprovam a dor neonatal.

“Antigamente... Tinha aquela ideia errada de que o bebê não sentia dor. Que a gente sabe que isso não existe. Claro, claro, ele sente muita dor!” [ME08, 45 anos]

“Está mais do que claro. Mais do que nunca é comprovado que o recém-nascido sente dor, até um tempo atrás não se falava com tanta evidência, mas realmente ele sente dor. Precisa ser tratado, prevenido, para que assim esse sinal não venha a alterar e trazer complicações pro bebê.” [EN09, 40 anos]

As narrativas elencadas retratam uma quebra de paradigma e o reconhecimento de que estudos científicos foram importantes para a desconstrução de ideias errôneas.

Rocha (2009) confirma que a crença de que o recém-nascido era insensível à dor foi sendo paulatinamente desconstruída diante de resultados de pesquisas. Esta concepção baseava-se em duas ideias principais. A primeira de que crianças menores de seis meses de idade não seriam capazes de formar uma memória para a estimulação dolorosa e, a segunda, de que o RN não possuía os sistemas nociceptivos de transmissão da informação dolorosa desenvolvidos o suficiente. Somava-se a estas ideias o fato de não verbalizarem as suas sensações corpóreas (OLIVEIRA; TRISTÃO; TOMAZ, 2008).

Sabe-se que na vigésima semana de gestação, as vias nociceptivas ascendentes adquirem funcionalidade e, conseqüentemente, o feto torna-se apto a perceber os estímulos dolorosos. Assim, todos os RN atendidos em UN são capazes de sentir dor (BUENO; KIMURA; DINIZ, 2009).

Após o reconhecimento de que o RN sente dor, alguns profissionais ainda mencionaram que a dor neonatal apresenta características próprias como consequência da maturação nesta fase, sendo o conhecimento destes aspectos relevantes para o trabalho na UN.

“Hoje a gente sabe que o bebezinho tem um sistema imaturo pra dor, ele sente, e não consegue controlar esse processo doloroso.” [ME12, 43 anos]

Klein, Gasparido e Linhares (2010) destacam que os bebês podem perceber a dor mais intensamente, quando comparados com crianças ou adultos, devido ao fato dos mecanismos de controle inibitórios do RN serem ainda imaturos e apresentarem limitações na sensibilidade para modular a experiência dolorosa que, segundo Volpe et al. (2009), deve-se à imaturidade do sistema nervoso central e do sistema nervoso periférico. Sendo assim, a constatação de que o RN sente dor e não consegue fazer a modulação é o primeiro passo para a conscientização de que o profissional é responsável por este controle.

Muitos profissionais também abordaram as consequências da estimulação dolorosa para o neonato evidenciando os impactos negativos da exposição aos estímulos que causam dor.

“A dor descompensa a criança, mexe no sistema imunológico, mexe no sistema comportamental. Ela atrapalha o descanso dessa criança e, conseqüentemente, ganho de peso e estabilidade dos sinais vitais.” [EN17, 43 anos]

“As pesquisas mostram que é muito deletério ao bebê, a questão da dor. Além de ser uma coisa incômoda, afeta diretamente o sistema nervoso. Podendo levar a hemorragias intracranianas e a uma série de coisas durante esses episódios de dor.” [ME06, 42 anos]

Durante o período de hospitalização, a dor pode contribuir negativamente para alterações respiratórias, cardiovasculares e metabólicas, aumentando o índice de morbidade e mortalidade neonatais (MEDEIROS & MADEIRA, 2006).

Além das consequências imediatas, também são percebidas pelos profissionais, as consequências a longo prazo que a dor pode causar no neonato.

“A gente vê o reflexo da dor lá na frente e a gente tentar se policiar mais. A equipe toda, eu, qualquer outro profissional. Devemos ficar mais atentos e chamar a atenção de todos.” [EN01, 36 anos]

“A gente sabe hoje que a dor traz sequelas para o futuro, no aprendizado, na concentração... Então a gente tem que minimizar a dor para proteger o bebê no futuro, o ser humano! Na verdade, o cidadão, o adulto do futuro.” [EN02, 53 anos]

Segundo a literatura, os impactos relacionados aos procedimentos durante o período de internação do RN podem fazer com que o mesmo fique mais sensível à dor, sem a capacidade de habituação quando expostos a estímulos dolorosos por longos períodos (HOHMEISTER et al., 2010). Essas sequelas se estendem além do período neonatal, visto que o estudo citado foi realizado com crianças de 11 a 16 anos.

A estimulação dolorosa repetida, nesse período, também leva a hipossensibilidade diante de estímulos sensoriais fisiológicos (WALKER et.al., 2009) e uma hipersensibilidade diante de estímulos nervosos posteriores, podendo sentir a dor reflexa no local das punções por mais de um ano após a alta (ABDULKADER et al., 2008).

Diante disto, a prevenção da dor torna-se um tema importante e os entrevistados mostraram-se atentos a este aspecto. Em vários momentos explicitaram essa questão.

“O que eu acho importante? Prevenir. Saber que quanto menos dor você causar no bebê menos sequelas no futuro... Prevenir. Tentar, assim, causar menos dor possível pra eles.”
[ME05, 30 anos]

A constatação de que a prevenção é fundamental já representa em si um avanço e pode refletir uma melhor assistência aos bebês internados, que por anos não tiveram sua dor reconhecida.

Considerando que um recém-nascido pré-termo internado em UTIN recebe cerca de 130 a 234 manipulações em 24 horas, muitas delas dolorosas (SANTOS et al., 2012), esta é uma situação para a qual a equipe precisa estar realmente atenta já que a dor é um fenômeno complexo que demanda intervenção precoce.

Dentre os recursos elencados para a redução dos danos causados pela dor, a presença da mãe, a posição canguru (contato pele a pele) e a amamentação foram consideradas fundamentais como estratégias de prevenção, pois proporcionam maior conforto ao bebê e reduzem possíveis dores que este possa ter.

“A gente sabe que a posição canguru diminui a dor, mas nem sempre os procedimentos podem ser realizados com o bebê na posição canguru, mas o fato da mãe tá ali, segurar a mão do bebê, isso é importante!” [EN06, 54 anos]

“Acho que o recém-nascido já é muito sofrido. Ele sente dor demais. Porque ele tava com a mãe dele e de repente fica sozinho. Eu não sei o que passa na cabeça dele, será que ele pensa alguma coisa? Sei lá... Acho que a dor dele é multiplicada porque ele se sente solitário.” [EN05, 25 anos]

Reconhecer que a mãe faz parte deste contexto é valorizar a singularidade do bebê e de suas famílias (MELO et al., 2014b). Segundo Farias et al. (2009), o profissional detentor do saber científico precisa estimular a mãe a realizar o toque, o contato visual com o filho e a fala durante a internação em ambientes considerados estressantes, como a UTIN.

Gray, Watt e Blass (2000) sugerem que se deve usar o leite da mãe para acalmar o recém-nascido, pois alivia a dor. Guinsburg (2004) conclui que a integração das medidas não farmacológicas (contato pele a pele, sucção e emprego de soluções adocicadas) com a amamentação resultam no alívio da dor. A mesma autora completa referindo que há evidências que demonstram efeito analgésico da amamentação antes, durante e logo após a punção capilar em neonatos a termo.

Estudo realizado por Ahuja, Daga e Gosavi (2000) contribui com a afirmação de que colocar o RN em posição canguru (contato pele a pele), despido, em posição ventral, sobre o tórax da mãe, de 10 a 15 minutos antes de um procedimento, pode acalmá-lo e tranquilizá-lo. Promove também uma experiência de contenção minimizando a sobrecarga de estímulos visuais e auditivos (BRASIL, 2011b).

Além de reconhecer que o recém-nascido sente dor, a maioria dos profissionais destacou a importância do conhecimento sobre as peculiaridades da dor neonatal para uma assistência com mais qualidade.

“Se você sabe o que é (a dor), você percebe como isso pode agravar esse RN, você vai ter mais cuidado. Aprende a cuidar melhor...” [FI01, 38 anos]

“Quando o profissional começa a entender esse mecanismo de dor no prematuro ele se sente mais participativo como coadjuvante de não causar dor. Então quando o profissional desconhece... É, então... Ele já não tem esse mesmo cuidado...” [ME12, 43 anos]

Para os profissionais entrevistados, o conhecimento é o alicerce para a realização de boas práticas. Lago et al. (2009) sugerem que os profissionais conheçam as diretrizes para a dor em recém-nascidos, por se tratar de recomendações que ajudam na sensibilização e no manejo adequado da dor neonatal, com base nas evidências atualmente disponíveis. Contudo, a maioria dos profissionais referiu, ainda, que durante a graduação e, até mesmo em especializações, não receberam orientações relativas à dor neonatal.

“Nunca tive contato com esse assunto na graduação, não... Eu fui ter contato depois. Na prática mesmo. É na residência, que a gente tem contato com a UTI mesmo, que a gente foi falar sobre o assunto, que eu fui ter noção disso.” [ME03, 42 anos]

Esta constatação pode contribuir para a compreensão da dificuldade de mudanças de práticas já identificadas, apontando a necessária reformulação do ensino das profissões de saúde nesse tema, no que diz respeito ao conteúdo e a prática profissional. A abordagem sobre a dor neonatal desde a graduação poderia trazer modificações na prática do profissional?

Em um estudo realizado com 180 alunos do curso de Medicina, 42 residentes de pediatria e 20 residentes de neonatologia, os autores concluíram que os médicos em formação reconheceram de forma precária a presença de dor no recém-nascido e julgaram que a dor de pré-termo não é intensa. Esses achados podem se dever a pouca discussão a respeito de dor em geral e, especificamente, em pediatria, sendo que o aprendizado a respeito do fenômeno doloroso durante a formação molda a prática clínica futura (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012).

Segundo Prestes et al. (2005), há necessidade de melhorar a formação dos profissionais de saúde para diminuir a distância entre o conhecimento científico existente sobre dor no recém-nascido e a prática clínica. Deveriam, desde a graduação, conhecer os métodos de avaliação, sinais e características da dor, sua

fisiologia, bem como a farmacologia e medidas alternativas para o seu alívio e/ou inibição (MONFRIM et al., 2015).

Apesar dessa limitação na formação, a partir da fala dos entrevistados foi possível destacar que o tema tem sido abordado cada vez mais em palestras, cursos e capacitações.

“Hoje as pessoas abordam (esse tema da dor) muito mais. Nas palestras, nos encontros, eu que estou há dezoito anos na neonatologia há uns anos atrás nem se ouvia falar em dor, nesse quinto sinal vital...” [EN12, 42 anos]

Por outro lado, os profissionais também declararam que, somente após a inserção na unidade neonatal, em sua rotina diária, tiveram o despertar para esse tema, reforçando a importância da educação permanente do trabalhador. Dentre os cursos ofertados, destacaram o Método Canguru, oferecido pelo Ministério da Saúde (MS).

“Depois que eu vim trabalhar no setor foi que eu soube de mais algumas coisas, foi que eu pude fazer o curso do Método Canguru que foi onde teve um olhar mais específico na questão da dor dos bebês.” [EN16, 25 anos]

As narrativas descritas retratam o Curso do Método Canguru como norteador do cuidado e essencial para a assistência ao recém-nascido, demonstrando que a equipe necessita de preparo e experiência para desempenhar de modo eficiente e com qualidade seu trabalho.

Gontijo et al. (2010) demonstram em seu estudo que a disseminação dos cursos do Método Canguru já apresenta mudanças significativas, no que diz respeito ao conhecimento e incorporação de determinadas práticas humanizadoras. A norma publicada em 2000 deu início aos cursos de capacitação, demonstrando que é necessária a manutenção de uma proposta efetiva de disseminação, uma vez que a proposta brasileira é uma alternativa segura, pois apresentou resultados clínicos semelhantes aos do tratamento convencional.

A educação permanente é fundamental para modificar as condutas dos profissionais. Ela promove a humanização e um cuidado comprometido com o bem-estar do paciente e isso também foi reconhecido pelos profissionais entrevistados.

“É muito importante a questão da educação permanente e que a gente sempre possa tá sendo cada vez mais habilitados com capacitações...” [EN09, 40 anos]

Bueno et al. (2014) criaram um software denominado Programa de Avaliação da Dor Neonatal (PAD-Neo II) composto de oito módulos para a capacitação, no qual são utilizados recursos como: apresentações com áudio, exercícios de avaliação formativa utilizando fotografias e vídeos, disponibilização de textos para leitura complementar, e fóruns de discussão. Esta iniciativa inédita pode ampliar o conhecimento e a habilidade de estudantes e profissionais de saúde quanto à avaliação da dor no neonato, bem como favorecer a utilização de evidências científicas nos diferentes cenários de assistência neonatal (BUENO et al., 2014).

Alguns entrevistados enfatizaram a importância de capacitar e sensibilizar sobre a dor neonatal também aqueles que não fazem parte diretamente da equipe, mas que frequentam a unidade neonatal, e ainda relataram certa resistência por parte destes profissionais.

“A gente precisa sensibilizar também os outros profissionais, porque eles também não têm esse conhecimento, e como a Neo é um conhecimento específico, eles com certeza, mesmo eles vindo dar parecer, com recém-nascidos, eles precisam aprender o manuseio, não somente na questão da dor, mas como que ele vai pegar no bebê, como que ele vai posturar aquele bebê...” [EN06, 54 anos]

“Eu não sei se é a própria profissão deles lá no centro cirúrgico... Não sei se é o dia a dia deles... Eles [os cirurgiões] dificilmente participam desses treinamentos que a equipe participa, eles nunca têm tempo.” [EN10, 36 anos]

Pedroso e Celich (2006) sugerem envolver os profissionais para o papel de cuidador como fator primordial para que este se comprometa com o alívio da dor do neonato. Para isso é preciso ajudar estes profissionais, não somente com o máximo de informações para que possam processá-las cognitivamente, mas explicando e sensibilizando para uma melhor assistência.

Outro aspecto importante evidenciado na fala dos profissionais foi o conhecimento sobre os instrumentos de avaliação da dor. A maioria dos entrevistados citou a escala como sendo importante recurso para identificação e graduação da dor. Segundo Crescêncio; Zanelato; Leventhal (2009), a escala é um tipo de instrumento que comprova a presença ou ausência de dor além de verificar a intensidade da mesma. Facilitam a interação e a comunicação dos profissionais que passam a atentar e perceber a evolução da dor em neonatos e verificar as respostas destes perante a terapia empregada.

Embora a maioria dos profissionais reconheça a importância da escala, os fisioterapeutas, fonoaudiólogos e a terapeuta ocupacional não demonstraram muita apropriação ao serem indagados sobre a mesma.

Um estudo que objetivou analisar o processo de identificação da dor no pré-termo pela equipe multiprofissional evidenciou que mais da metade dos profissionais não conheciam as escalas (SANTOS et al., 2012). Outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul – que buscou conhecer a percepção dos enfermeiros com relação a utilização da escala - constatou que os enfermeiros desconhecem as mesmas, em contrapartida, se mostraram comprometidos com a possibilidade de inserção deste instrumento (MONFRIM et al., 2015).

Estes achados são importantes e preocupantes, pois o conhecimento teórico e a prática do dia a dia caminham juntos e são fatores fundamentais para que o profissional de saúde, independente de sua formação, tenha capacidade de decodificar e tratar o fenômeno doloroso. A dor é um sinal vital tão importante quanto os outros, devendo ser avaliada por instrumentos validados e sempre num contexto clínico para que sejam determinadas condutas e tratamentos. A partir do momento que o conhecimento teórico sobre a dor se torna escasso, a prática é comprometida.

Os profissionais entrevistados destacaram que a subjetividade da dor neonatal corrobora a necessidade da utilização de instrumentos que permitam o seu reconhecimento através de parâmetros objetivos que os ajudem a estabelecer condutas.

“Como o recém-nascido não pode dizer: “Estou com dor”, é uma coisa bem subjetiva. É por isso que as escalas são interessantes.” [ME06, 42 anos]

“Só indo pela escala o profissional se preocupa com a dor, ele sabe que o bebê tem dor e ele precisa pontuar, graduar qual é o nível de dor desse bebê baseado nas características que ele apresenta. Isso já é um ponto positivo.” [EN09, 40 anos]

Corroborando nossos achados, Monfrim et al. (2015) observaram, dentre outras vantagens da utilização de escalas, a avaliação concreta e fidedigna da dor do RN possibilitando acompanhar a evolução do quadro algico no transcorrer dos dias. Acredita-se que por meio da instrumentalização do conhecimento da dor e com o uso de escalas para mensurá-la, esse processo tornar-se-á mais objetivo e científico, não sendo verificado apenas por meio da observação empírica.

Em contrapartida, para Arias e Guinsburg (2012), os diferentes instrumentos de avaliação da dor disponíveis no contexto clínico podem levar a resultados diferentes, o que poderia gerar dificuldade em reconhecer a necessidade de alívio da dor em recém-nascidos. Santos et al. (2012) afirmam que, na literatura nacional, não há consenso sobre a melhor escala a ser utilizada na identificação do fenômeno da dor.

Para Bueno et al. (2014), avaliar a dor envolve não somente sua mensuração, por intermédio de escalas, mas inclui o raciocínio clínico e a tomada de decisão a partir da mensuração. Assim, além de permitir a avaliação da dor, os instrumentos contribuem para avaliar a eficácia analgésica das intervenções empregadas, as respostas de um mesmo RN a diferentes episódios dolorosos ao longo do tempo e, também, as variadas respostas de diferentes neonatos à situação dolorosa semelhante, reafirmando a importância destes instrumentos para o estabelecimento de condutas.

A maioria dos profissionais narrou utilizar a escala NIPS na prática diária.

“A escala que a gente utiliza, normalmente é a NIPS... A que a gente tem mais facilidade, manejo, é a NIPS.” [ME01, 37 anos]

“A gente usa aqui uma escala, que é o NIPS, mas tem milhares de outras escalas, então assim quando eu fui mesmo pegar pra ver, eu vi que tinha várias outras, mas com uma abordagem prática mais rápida, mais eficaz pra gente, a NIPS era melhor.” [F103, 27 anos]

Nicolau et al. (2008) afirmam que a NIPS é um instrumento sensível e específico para avaliação da dor, inclusive no RNPT. Este instrumento também é apontado como sendo efetivo em relação à validade, confiabilidade e aplicabilidade (BUENO; KIMURA; PIMENTA, 2007).

Muitos estudos têm validado esta escala como de fácil aplicação e possível de ser usada por qualquer profissional, tendo como desvantagem somente o fato de ter apenas um parâmetro fisiológico, a frequência respiratória, podendo gerar um fator de confusão no contexto da dor (NASCIMENTO & KRELING, 2011).

Ainda há muita discordância quanto ao melhor tipo de escala a ser utilizada. Alguns autores defendem a utilização de múltiplas escalas (GUINSBURG; CUENCA, 2010) e outros afirmam que uma única escala deve ser utilizada para garantir exatidão (VIANA; DUPAS; PEDREIRA, 2006).

A literatura apresenta inúmeros instrumentos para avaliação da dor no RN, escalas unidimensionais e multidimensionais, específicas para recém-nascidos pré-termo, em sedação, em pós-operatório, dentre outros. O elevado número de escalas evidencia a dificuldade para o manejo da dor no RN e, segundo estudos, até o momento, não há uma escala ideal. Há, no entanto, a recomendação de se avaliar sempre parâmetros comportamentais e fisiológicos, utilizando uma ou mais escalas validadas, ao mesmo tempo.

Apesar dos relatos anteriores sobre a utilização da escala NIPS, foi constatada durante a observação participante, a não utilização deste instrumento em nenhuma das 28 horas que os pesquisadores estiveram presentes no local, ainda que algumas vezes a escala estivesse fixada na incubadora como uma sinalização de que aquele RN precisava ser avaliado.

Essa questão tem sido observada também em outros estudos. À exemplo, uma pesquisa desenvolvida com 15 enfermeiros em uma unidade neonatal da cidade de Maceió, apenas uma enfermeira afirmou fazer uso da escala de dor,

sendo que os demais realizavam observação individualizada e critérios particulares, sem serem padronizados (PRESBYTERO; COSTA; SANTOS, 2010).

No que tange às falhas presentes na aplicação da escala, os profissionais relacionaram à lacuna na formação, anteriormente discutida. Acredita-se que as falhas identificadas estão atreladas à formação acadêmica, visto que a grade curricular limitada dos cursos não prioriza a temática da dor neonatal e mais especificamente os instrumentos para avaliação da dor.

Um profissional entrevistado trouxe uma importante questão:

“Na verdade ainda existem profissionais que mesmo tendo o conhecimento teórico, não adotam esse conhecimento na sua prática.” [EN06, 54 anos]

Muitos estudos demonstram a existência de uma grande lacuna entre as informações que os trabalhadores da UN possuem e sua aplicação. Uma das possíveis explicações pode ser, segundo CHERMONT et al. (2003), a dificuldade que os profissionais têm em avaliar a dor no pré-verbal.

Estudo realizado por Asadi-Noghabet al. (2014) obteve resultado diferente ao avaliar enfermeiras e auxiliares que trabalham em unidades neonatais de hospitais universitários. O estudo identificou que, de modo geral, as participantes tiveram fraco desempenho no quesito conhecimento, no entanto tiveram atitudes positivas, realizando a prevenção, identificando e tratando de forma adequada a dor no recém-nascido.

O mesmo autor afirma ainda que crenças infundadas e conhecimentos insuficientes podem levar a condutas inadequadas contribuindo para a falta de sistematização no manejo da dor.

Espera-se que a educação permanente, promovida por meio de capacitações, seja o alicerce para a busca e inserção de conhecimentos novos ou pouco difundidos, como no caso das escalas. Na prática assistencial, os profissionais necessitam buscar por aprimoramento e aperfeiçoamento de suas

práticas e de seu processo de trabalho, a fim de promover um cuidado integral e qualificado (MONFRIM et al., 2015).

As evidências científicas demonstram que as escalas para avaliação da dor precisam ser introduzidas na rotina assistencial e, para isso, há necessidade de capacitação para os profissionais da UN, para que a aplicação seja realizada por toda a equipe, a fim de que possibilitem a avaliação da dor de forma sistematizada, não empírica, com vistas ao alívio da dor (ROSSATO et al., 2015).

6.3 As manifestações de dor são percebidas, mas não o suficiente

Ao serem questionados sobre como percebem a dor no recém-nascido as respostas não se diferenciaram dentre as diversas categorias profissionais dos entrevistados. Os profissionais referiram que percebem a dor principalmente a partir de manifestações comportamentais como expressão facial e choro. Muitos também mencionaram as manifestações fisiológicas, sendo as mais citadas: frequência cardíaca, saturação e respiração. Nos exemplos abaixo, como podemos observar, um médico e uma enfermeira falam de sua percepção:

“A face dele. Eu gosto muito de olhar. Às vezes quando eu vou botar o estetoscópio na criança, eu gosto de ficar observando a frequência cardíaca antes e depois. E a saturação às vezes também. Mas, eu geralmente observo mais pela face.” [ME01, 37 anos]

“Movimentos... Ele tá com movimento irregular, chorando, fazendo careta, e às vezes ele dessatura quando tá sentindo dor.” [EN05, 25 anos]

Estudos semelhantes identificaram que para os profissionais de saúde, a presença de dor em RN foi identificada por meio de alterações nos parâmetros fisiológicos e comportamentais, dentre estes os mais citados foram o choro e a expressão facial (SCOCHI et al., 2006; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009; VERONEZ; CORRÊA, 2010; SANTOS et al., 2012).

Oliveira et al. (2010) observaram em seu estudo que a equipe avaliou a dor, principalmente, por parâmetros comportamentais, incluindo alterações no choro,

mímica facial, humor e nos movimentos corporais. As alterações cardiovasculares e respiratórias foram as modificações fisiológicas mais citadas pelos profissionais, dados muito próximos aos encontrados neste estudo.

Em outro estudo, a maioria dos entrevistados referia perceber a presença de dor no recém-nascido por meio de parâmetros comportamentais. O choro foi o preferido para avaliar a dor do bebê em geral; a mímica facial para o pré-termo, e a frequência cardíaca, para o neonato em ventilação mecânica (CHERMONT et al., 2003).

Harrison, Bueno e Reszel (2015) encontraram que os indicadores mais relatados pelos profissionais para avaliar a dor foram os comportamentais: expressão facial e choro, respostas fisiológicas também são frequentemente utilizadas (frequência cardíaca, saturação e frequência respiratória). Pinheiro et al. (2015) constataram a presença de manifestações faciais de dor em todos os recém-nascidos ao avaliar as respostas de dor através da escala NFCS antes e durante a punção arterial.

A soberania da avaliação comportamental diante da avaliação de manifestações fisiológicas constatada na fala dos diferentes profissionais sugere pouco conhecimento da literatura atual, tendo em vista que esta aponta que os parâmetros fisiológicos são tão importantes quanto os comportamentais na avaliação da dor.

Durante os relatos referentes às manifestações que o recém-nascido demonstra quando está com dor, poucos profissionais mencionaram preocupação em relacionar os pequenos sinais como a hipoatividade e alteração no estado de sono/vigília com a dor neonatal.

“Eu vou olhar aqueles movimentos, aquela facizinha de dor, se tem movimento anormal, aqueles que estão muito estressados, ou tá muito largado, e porque que tá, vejo o procedimento que vai ser feito ou que está sendo feito.” [ME04, 52 anos]

“Ele pode, de repente ter uma diminuição na saturação de oxigênio, alguns parâmetros vão diminuir. Ou às vezes ele tá tão cansado de tudo e apaga, dorme demais depois de tanta dor, de tanto sofrimento, e apaga.” [EN11, 35 anos]

Desse modo, verifica-se que a maioria dos profissionais está atenta, principalmente, a sinais de agitação ou parâmetros fisiológicos alterados e não se preocupam em decodificar os sinais sutis que o recém-nascido demonstra. Diante deste fato, estudo realizado por Monfrim et al. (2015) reafirma a necessidade de se utilizar um método científico, como uma escala validada para avaliação da dor já que os recém-nascidos, principalmente os gravemente enfermos, pré-termos ou intubados costumam apresentar respostas comportamentais bastante diminuídas frente aos estímulos dolorosos.

Para a maioria dos profissionais entrevistados o choro significa dor, porém muitos bebês não manifestam a dor através do choro por inúmeros motivos. Alguns permanecem intubados na UTIN, outros utilizam-se do choro como forma de expressar a fome. Entretanto o choro ainda é a manifestação mais presente nas falas dos profissionais, embora alguns reconheçam que nem todo choro está vinculado à dor.

“Reconheço principalmente através do choro, da expressão facial, geralmente cai a saturação, frequência cardíaca, por aí mais ou menos, e principalmente pela fisionomia do bebê.” [FO02, 31 anos]

“O choro é um momento que te chama atenção pra dor. Mas nem sempre o choro representa que o bebê está com dor. Porque a gente sabe que o choro às vezes é uma fralda que tá molhada, cheia de fezes... Então assim, nem sempre o choro representa isso. Mas o choro acompanhado de alguns outros movimentos, representa.” [FI04, 47 anos]

A maioria dos profissionais entrevistados apoiou-se no senso comum de que choro significa dor e demonstrou perceber a dor, principalmente nestas situações. Torna-se extremamente arriscado esta percepção tendo em vista que pode conferir implicações diretas aos recém-nascidos que não podem vocalizar este choro, a exemplo dos entubados.

O choro é considerado sinal comportamental, dinâmico, graduado com características típicas e peculiares (BRANCO; FEKETE; RUGOLO, 2006; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009) que podem ser interpretadas de diversas formas pelos cuidadores (MELO et al., 2013). Entretanto, na prática, sua utilização é muito questionável, visto que o choro pode ser desencadeado por outros

estímulos como fome, por exemplo (BARBOSA & GUINSBURG, 2003), além de que o uso de drogas e a intubação podem impedir a sua vocalização (STEVENS et al., 1996). Desse modo, o choro não fornece, isoladamente, informações para a decisão terapêutica a respeito da necessidade de analgesia na prática clínica (GUINSBURG, 1999).

Santos et al. (2011) afirmam ainda que vários estudos adotaram a duração do choro como medida de dor, isoladamente, mas não encontraram resultados consistentes por esta manifestação ter um caráter multifatorial.

Embora este estudo não tenha encontrado diferença na percepção da dor neonatal nas diferentes categorias, como mencionado anteriormente, muitos entrevistados reconheceram que a equipe de enfermagem é a mais atenta à dor no recém-nascido.

“Como a enfermagem trabalha diretamente com esse RN, ela manuseia mais, cuida mais, então elas acabam observando melhor aquela criança do que outra pessoa que atende ou avalia aquele bebê, como o médico, o fisioterapeuta...” [FI01, 38 anos]

“Quem tá mais junto, até pra perceber isso aí [a dor], é a equipe de enfermagem...” [ME06, 42 anos]

Os relatos descritos acima, de uma médica e de uma fisioterapeuta, corroboram o resultado de outras pesquisas que afirmam o papel relevante que o enfermeiro possui na assistência ao recém-nascido.

Segundo Bueno (2007) estes profissionais são fundamentais na observação e identificação da ocorrência de sinais que traduzam a presença de dor por permanecerem mais tempo junto dos RN durante a sua internação. Farias et al. (2010) também afirmam que a enfermagem ocupa posição de destaque na avaliação e intervenção sobre a dor em neonatos, complementando que atuam na maioria dos procedimentos dolorosos.

Em nossa pesquisa foi citado frequentemente pelos profissionais entrevistados que a dor neonatal não é valorizada pelos médicos especialistas,

especialmente os cirurgiões que vêm responder pareceres ou realizar procedimentos na Unidade Neonatal.

“Esses especialistas, não tem uma visão da dor, como a gente tem, apesar deles trabalharem com recém-nascidos também, do mesmo jeito que a gente trabalha, eles dão menos importância à dor do que a gente.” [ME02, 51 anos]

“Os cirurgiões precisam ser sensibilizados, porque dos profissionais, eu acho que esses são os que menos estão atentos pra essa questão da dor. Então às vezes a gente percebe, assim, que eles não... Não são todos, lógico. Mas às vezes eles chegam e querem fazer tudo rápido, não esperam nem... Aplicam o anestésico pra fazer o procedimento e não esperam nem aqueles minutos de atuação.” [EN10, 36 anos]

A questão trazida pela médica e pela enfermeira citadas acima, encontra respaldo na literatura. Melo et al. (2013) destacam que profissionais que não atuam especificamente em neonatologia têm uma percepção diminuída ou incipiente em relação à dor do recém-nascido. Reconhecer a dor neonatal em momentos de procedimentos dolorosos requer amadurecimento, habilidade e percepção. Isto por se tratar de uma população que se comunica de forma não verbal.

Maia e Coutinho (2011) afirmam que profissionais que não trabalham diretamente em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal não reconhecem a dor como sinal vital. A experiência de trabalho na UTIN tem sido reconhecida como importante fator inicial de sensibilização à dor do neonato, embora ainda sejam necessários avanços, como em diversos momentos foi discutido neste trabalho.

Alguns profissionais relacionaram o conhecimento adquirido em cursos, com a melhoria na identificação da dor no recém-nascido e consequente ampliação de sua percepção.

“A educação continuada, apesar de todas as falhas, ajudou a gente a identificar quando o bebê estava com dor.” [EN01, 36 anos]

Relatos como este demonstram que a percepção sobre a dor pode ser modificada pelo conhecimento. Aymar et al. (2014) constataram mudanças na percepção e tratamento da dor após a implementação de intervenção educativa para

os profissionais de uma UN. Em outro estudo, realizado no Japão, com 141 enfermeiros em cinco hospitais universitários, identificou-se que receber educação sobre o manejo da dor resultou em uma maior percepção da mesma (JEONG et al., 2014). Kanai e Fidelis (2010) apontam para a necessidade de desenvolver a percepção sobre a dor no recém-nascido por parte dos profissionais.

6.4 A dor era muito negligenciada e ainda hoje é

Como vimos, os profissionais reconheceram que a dor neonatal foi historicamente negligenciada e que hoje as evidências científicas mostram sua existência. Demonstraram também que percebem a dor, apesar da identificação de algumas limitações.

No entanto quando analisadas as práticas relacionadas à avaliação e tratamento da dor na Unidade Neonatal, ficou claro que, ainda atualmente, esta não recebe a atenção e os cuidados necessários.

A maioria dos entrevistados, independentemente da categoria profissional, reconhece que a dor não é identificada, avaliada e tratada de forma adequada. No entanto, encontramos particularidades nas diferentes categorias entrevistadas.

Os profissionais que mais relataram dificuldades para a implantação da avaliação da dor neonatal na rotina do trabalho foram os médicos, que em suas falas, destacaram questões ligadas ao processo de trabalho como o regime de plantão, à rotina do trabalho, e deficiência de pessoal como causas determinantes.

Embora estas sejam causas repetidas muitas vezes como dificultadoras do processo de trabalho, são necessárias algumas reflexões. Uma médica disse que *“Na prática, no dia a dia, na rotina, nessa confusão que acontece dentro da UTI, nem sempre [a prevenção da dor] acontece, embora seja possível.”* [ME07, 45 anos]. Como interpretar esta fala? Provavelmente os fatores determinantes são outros. A fala abaixo pode ajudar a esclarecer esta questão:

*“Eu fico só na UTI. E eu não posso atender a todos... E eu fico estressada porque eu estou só, tenho que dar conta de tudo, e aquilo ali talvez, eu deixe passar. Aí eu deixo de lado essa questão [da dor] **pra dar conta do meu serviço.**” [ME03, 42 anos]*

Cuidar da dor pode não fazer parte do serviço de um médico de plantão em uma unidade neonatal? Provavelmente esta percepção é mais determinante da não atuação diante da dor do que necessariamente da dinâmica do processo de trabalho.

A gênese dessa atitude pode, também, estar ainda associada a um olhar muito focado nos problemas relacionados à doença do recém-nascido e pouco, apesar do conhecimento sobre dor, na atenção integral.

A literatura tem demonstrado que a melhoria da assistência, muitas vezes, é dificultada não só pela escassez de recursos, mas também pela filosofia de trabalho, ausência de sensibilização e instrumentalização dos profissionais para atendimento das novas necessidades de trabalho, bem como pela carência de reflexões críticas na perspectiva da transformação (FARIAS et al., 2012).

Os enfermeiros entrevistados também relataram o excesso de trabalho como fator de dificuldade para o manejo da dor na Unidade Neonatal.

“Estou falando como enfermeira do leito, da beira do leito. Às vezes você tem tantas coisas pra fazer que acaba se afastando da assistência e aí a dor passa despercebida. [EN08, 52 anos]

Este relato corrobora estudos feitos com enfermeiros que mostram a escassez de tempo dentro do serviço de terapia intensiva como fator responsável para que a avaliação da dor não faça parte da rotina de cuidados do recém-nascido (ROCHA, 2009).

Diante do que foi relatado pelos entrevistados, vê-se que há uma dificuldade por parte dos mesmos em implementar o manejo da dor neonatal de forma efetiva. Isto porque os profissionais de saúde se deparam com o desafio da identificação da dor, estabelecimento e monitoramento de condutas ao mesmo

tempo em que precisam lidar com todas as intercorrências advindas de um recém-nascido enfermo, além também de desempenhar diversas funções burocráticas. No processo de trabalho, segundo os entrevistados, há pouco espaço para pôr em análise estas questões.

Em contrapartida, os profissionais das outras categorias entrevistadas nesta pesquisa (fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional), além de relatarem excesso de trabalho, não se sentiam responsáveis quanto ao manejo da dor no RN, embora saiba-se que a dor, assim como qualquer outro sinal vital, deve fazer parte da avaliação rotineira de todos os profissionais da UN.

“Obviamente escassez de profissional, exacerbação de trabalho, é difícil, você realmente parar ali pra poder fazer isso.” [F103, 27 anos]

Para melhorar o reconhecimento e tratamento da dor, Asadi-Noghabet al. (2014) afirmam que se deve usar uma abordagem interdisciplinar onde todos os profissionais defendam o uso de uma gestão eficaz no manejo da dor do RN com a ampliação de conhecimentos e utilização de instrumentos e técnicas de avaliação adequadas.

Assim como discutido em relação à percepção, quando abordaram as práticas relacionadas à dor neonatal, os entrevistados ressaltaram que a avaliação e tratamento da dor neonatal não são valorizados pelos profissionais que atendem à solicitação de parecer, destacando-se, novamente, que os cirurgiões, mesmo em situações de pós-operatório, frequentemente não utilizam a analgesia. Isto pode refletir a falta de sistematização na avaliação e tratamento da dor. Uma das enfermeiras entrevistadas destacou:

“A especialidade dos cirurgiões, não se preocupa com essa sensibilidade aos estímulos dolorosos, tem muitas intervenções que a gente precisa solicitar, antes de iniciar uma analgesia, porque muito deles não vão tomar essa atitude, e é algo que às vezes até gera um confronto entre as equipes de enfermagem e médica com os cirurgiões.” [EN09, 40 anos]

Prestes et al. (2005) observaram em seu estudo que após cirurgias pequenas, médias e mesmo grandes, muitos recém-nascidos não recebiam medicações para alívio da dor. De um total de 17 RN submetidos a procedimentos cirúrgicos, somente nove receberam analgésicos no pós-operatório.

Essa questão não é nova na literatura. Em um estudo publicado em 1989, Schechter descreveu que 25% dos cirurgiões entrevistados relatavam que o recém-nascido sentia menos dor que um adulto em situações clínicas semelhantes. Os resultados encontrados evidenciam que após anos de estudos, o conhecimento sobre a dor neonatal sofreu modificações, porém as práticas ainda precisam ser modificadas, apontando para a importância de sensibilizar esses profissionais.

Ao serem questionados sobre a utilização de instrumentos para avaliação da dor, a maioria dos profissionais entrevistados em nosso estudo, demonstrou dúvida quanto a função que cada categoria exerce no manejo da dor neonatal.

Os enfermeiros caracterizaram a equipe de enfermagem como a categoria responsável por avaliar a dor do RN, por meio de escala, apenas quando esta estava na prescrição médica. Apesar de reconhecerem-se capazes de aplicar a escala e referirem que estão trabalhando na mudança em iniciar a avaliação mesmo quando não há prescrição.

Os médicos referem que é sua função a prescrição da escala para que a avaliação da dor possa ser realizada pelos demais profissionais, mas principalmente pela equipe de enfermagem, e reconhecem que a administração medicamentosa deve ser feita a partir da avaliação das escalas de dor neonatal.

Os outros profissionais como fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeuta ocupacional, não se sentiam aptos a esta função, embora saibam que os procedimentos que realizam podem causar dor no neonato. Os fisioterapeutas, em especial, relataram um conhecimento de cada item da escala e sua pontuação correspondente, embora refiram que não a utilizam em sua rotina.

“Ela (a escala) só é utilizada quando tá prescrita e a gente vê que ela é parcialmente utilizada porque o auxiliar não escreve, às vezes a gente até chama atenção, algumas vezes até fiz (avaliação e registro), mas a gente cai na rotina se mistura com muitas tarefas e

acaba não fazendo, eu particularmente fiz algumas vezes, mas outras vezes não fiz.” [EN01, 36 anos]

“(Os demais profissionais) só vão ficar atentos ao NIPS, avaliar, se o médico prescrever. Então tem que tá prescrito a medicação, no caso morfina ou fentanil, e a gente coloca de acordo com a escala de NIPS. O profissional, técnico, enfermeiro, vai observar, e administrar a medicação de acordo.” [ME08, 45 anos]

“A gente dificilmente faz isso (utiliza a escala), a escala de NIPS fica lá colada e eu não sei se as pessoas estão atentas a isso. Às vezes a gente olha os sinais de dor, mas não confere o sinal com a escala de NIPS pra dizer “olha”.” [FI05, 30 anos]

Para Rodrigues e Silva (2012), a avaliação da dor deve ser uma função atribuída a todos os profissionais que trabalham nas Unidades Neonatais. Embora se saiba por meio da literatura que a avaliação da dor deve ser feita por toda a equipe alguns estudos como o de Alves, V.S. et al. (2011) afirmam que cabe à equipe de enfermagem avaliar o RN, por ser ela quem presta cuidados diretos e de forma contínua, contribuindo para o planejamento de ações rápidas e adequadas no manejo da dor.

Percebeu-se que na instituição onde se realizou o estudo ainda não se utiliza rotineiramente a escala para se mensurar a dor pela falta de definição e compreensão de que todos os profissionais são responsáveis pela avaliação da mesma. Na definição dos processos de trabalho, é indispensável que a aplicação das escalas esteja definida.

Outra questão constatada nos relatos dos profissionais entrevistados foi o reconhecimento por grande parte deles de que os registros de dor não são realizados de forma sistemática no prontuário do RN. Durante a observação participante, verificamos que poucos prontuários possuíam registros sobre dor e estes eram descritos de forma superficial.

“Assim de colocar, anotar, a gente ainda não aderiu a questão de ficar anotando não, mas na hora que você identifica essas expressões, esses movimentos, depois tu fazes a avaliação da escala, e já é bem claro ali aqueles movimentos, então já pontua.” [EN15, 37 anos]

“Não há o registro de rotina sobre essa escala... Mesmo ela existindo lá perto do paciente.” [ME12, 43 anos]

Os relatos descritos apontam algumas falhas nas anotações sobre a dor neonatal. Ressalta-se que a falta de sistematização na aplicação da escala possa refletir neste ponto.

Para Monfrim et al. (2015), registros adequados e individualizados de cada profissional são de suma importância, uma vez que essa ação busca contribuir para a integralidade da assistência prestada pela equipe multiprofissional. Uma descrição confiável da experiência dolorosa do neonato é necessária não apenas para facilitar o diagnóstico médico preciso, mas também para estimar qual é o tratamento mais efetivo para reduzir os diferentes tipos de dor e determinar qual deles é o mais benéfico para cada RN (BRASIL, 2011b).

A aplicação da escala de dor e o uso de analgésicos opioides em bebês no pós-operatório ou com alguma doença grave foram citados por quase todos os profissionais da unidade.

“É um paciente cirúrgico ou um paciente com infecção, com alguma patologia realmente que esteja sendo responsável por esse quadro de dor, então nós vamos usar as medicações. Como eu te falei anteriormente, a gente usa o fentanil ou então a morfina”. [ME08, 45 anos]

“O uso da escala NIPS é indicado para aqueles bebezinhos, inicialmente os bebezinhos cirúrgicos. Que tem alguma patologia cirúrgica. É importante também aqueles bebês que passaram por um processo de dissecação venosa. PICC, intubação, que são procedimentos dolorosos.” [ME10, 44 anos]

“Depende, eu utilizo (a escala) mais no cirúrgico. Quando o paciente chega de cirurgia...” [FI03, 27 anos]

Os relatos descritos são semelhantes ao resultado de outra pesquisa que evidencia a presença de ventilação mecânica como responsável pela maioria das prescrições de opioides, seguida pelo fato de o recém-nascido estar em período pós-operatório (PRESTES et al., 2005).

Considerando a importância da avaliação da dor em todos os recém-nascidos internados e do uso de analgésicos naqueles com dor, independente do seu diagnóstico, o esperado é que todos os profissionais tenham conhecimento e

não façam um uso restrito dos mesmos. A conscientização de que a dor é um quinto sinal vital poderia evitar esta conduta seletiva.

Ainda que em algumas falas os profissionais relatem que a equipe possui maturidade para se antecipar diante da dor, a maioria refere que a dor não é identificada e tratada de forma adequada.

“A equipe já tem maturidade e conhecimento para se antecipar sim.” [TO01, 34 anos]

“Às vezes, eu observo que ele (o RN) chora, chora, chora e fica por isso mesmo. E, às vezes, é porque diz assim: “Ah é porque o neném é chorão” e fica por isso mesmo. Por mais que, assim... Precisa saber o que ele tá sentindo pra ver se acalma.” [FO01, 30 anos]

“A gente vê muita criança sofrendo sem que nada seja feito. Na medida do possível acho que a gente tem tentado fazer. Mas aí, acho que ainda passa muita coisa...” [ME07, 45 anos]

Morais et al. (2013) em seu estudo observaram que os profissionais de enfermagem identificaram a dor nos recém-nascidos, contudo, não houve totalidade na utilização de medidas não farmacológicas para redução da dor neonatal.

Em um estudo mais recente, Nazareth, Lavor e Sousa (2015) verificaram discrepância entre a frequência de dor encontrada e a utilização de medidas para aliviá-la. A dor foi identificada em 36% dos pacientes no momento da pesquisa e destes apenas 10% receberam algum tipo de analgesia, corroborando o fato de que ainda hoje a dor não é adequadamente tratada.

O tratamento adequado da dor traz inúmeros benefícios, além da diminuição do tempo de internação e consequente redução de custos (SILVA et al., 2014). Avaliar a dor é um desafio que implica conhecimento científico aliado a registros adequados e ações, não necessariamente medidas farmacológicas, que visem o alívio da dor (SILVA et al., 2011).

Outra questão que merece destaque é o ambiente da unidade neonatal e o quanto este pode oferecer proteção ou agravo à dor. Apesar dos profissionais demonstrarem através das falas preocupação sobre os agravos à dor que permeiam o ambiente da neonatologia, estes relatos não condiziam com a prática como foi constatado na observação de campo das fontes e situações de ruídos, da

iluminação e temperatura, dando destaque às conversas entre profissionais, o ato de fechar e afastar o cesto de lixo, na realização de radiografias e alarmes de monitores e equipamentos.

Vale ressaltar a conduta dos profissionais que frequentam em momentos específicos a UN (funcionários da limpeza, técnicos em radiologia, dentre outros). Houve a constatação de que estes profissionais não se preocuparam em monitorar o ambiente da UN quanto a estas questões.

“Estressores do ambiente, luminosidade, hipertermia, barulho, pra uma criança que já está num momento de exposição, uma criança que já tá cheia de dores... Então se você imaginar uma criança daquela, ela sente muita dor.” [EN17, 43 anos]

“Eu me sinto muito responsável pela questão do ruído que é muito grande ainda e a gente ainda não conseguiu diminuir. Isso, dos barulhos dos aparelhos, das conversas entre os próprios profissionais, o toc-toc do sapato isso tudo potencializado vai causar muita dor no recém-nascido.” [FO01, 30 anos]

Estudo que teve por objetivo identificar o nível de pressão sonora (NPS) de uma UTIN e do interior da incubadora evidenciou que tanto o NPS da UTIN como o do interior da incubadora estavam acima do recomendado pelos órgãos regulamentadores (PINHEIRO et al., 2011).

Este mesmo autor ainda afirma que esforços devem ser desenvolvidos para redução do nível de ruído, uma vez que os efeitos deletérios estão suficientemente documentados. Reforça-se tal fato a evidência de que, quanto mais silenciosa a UTIN, mais sensíveis os profissionais se tornarão ao choro e a agitação do neonato, e mais prontamente atenderão aos alarmes.

Estudo realizado por Nazario et al. (2015) corrobora nossos achados ao referir que as principais fontes ruidosas encontradas em sua pesquisa foram: alarmes de monitores e equipamentos, manipulação do cesto de lixo e conversas paralelas entre os profissionais. Aurélio e Tochetto (2010), em seu estudo, apontam o comportamento da equipe de profissionais como uma das fontes de ruído mais mencionada pelos entrevistados.

Carvalho, Pedreira e Aguiar (2005) ressaltam para a importância de administradores hospitalares promoverem programas educativos contínuos de redução de ruídos a fim de obter uma mudança cultural em todos os membros da equipe de saúde e da equipe auxiliar, incluindo os funcionários da limpeza, técnicos de laboratório e técnicos de radiologia.

Em um estudo recente realizado com profissionais de uma Unidade Neonatal, algumas sugestões foram referidas para melhor controle dos ruídos, como: manutenção periódica dos aparelhos, conscientização da equipe, redução do tom de voz, mudanças nas lixeiras, diminuição do volume de alarmes, dentre outros (NAZARIO et al., 2015).

Muitos problemas relacionados ao ambiente da UN encontrados em nosso estudo são semelhantes em outros locais. Observou-se certa compreensão por parte dos profissionais entrevistados sobre o agravo que esses estressores trazem ao recém-nascido, no entanto verifica-se a falta de controle dos mesmos. Torna-se necessário a elaboração de um protocolo, que envolva todos os profissionais, em uma tentativa de minimizar esses agravos. A partir da elaboração de protocolos, sugere-se estudos de intervenção para verificação de sua eficácia e possível modificação da prática.

No que tange ao tratamento da dor no RN, a maioria dos profissionais referiu utilizar medidas não farmacológicas, dentre elas a glicose, com o maior número de relatos, seguida da sucção não nutritiva, contenção, posição canguru, amamentação, dentre outras medidas como: enrolamento/enfaixamento, manipulação neonatal programada, toque da mãe no RN, controle da temperatura, iluminação e ruídos, mudança de posição, banho no ofurô, musicoterapia, massagem e uso da redinha. Apenas uma enfermeira relatou conversar com o bebê.

“Se for possível fazer canguru a gente põe na posição canguru, se não for possível faz a contenção com a mão, a contenção com o ninho, a glicose a gente sabe que precisa de alguns minutos antes.” [EN02, 53 anos]

“Canguru, amamentação, sucção não nutritiva, glicose é bem interessante. Então são essas medidas. Fora toda organização do bebê no leito. Cuidados antes de uma aspiração. Todas essas medidas são bem importantes.” [ME06, 42 anos]

“Tentar conversar com o bebê, avisar que você vai passar a sonda... Quando eu passo eu digo pra eles, como eu digo pros meninos maiores “tenta, vai engolindo, vai engolindo, ajuda, me ajuda a passar a sonda” Eu digo isso pra eles.” [EN03, 60 anos]

Corroborando nossos achados, um estudo realizado com 110 profissionais de enfermagem demonstrou que a maioria dos enfermeiros utilizou medidas não farmacológicas para o alívio da dor neonatal, a medida mais utilizada foi glicose a 25% concomitante com o aconchego e o toque terapêutico (MORAIS et al., 2013).

Segundo Farias et al. (2012), no caso dos enfermeiros destacam-se as medidas não farmacológicas por não exigirem prescrições médicas, o que facilita a utilização na assistência de enfermagem.

Vários países têm definido diretrizes específicas para o manejo da dor, a exemplo da Itália, onde sugerem como estratégias de controle da dor, o uso de medidas não farmacológicas dentre elas o uso de leite ou amamentação, uso de solução adocicada, sucção não nutritiva, musicoterapia, aconchego com a contenção de braços e pernas, uso do ninho/envelope, toque da mãe e embalo nos braços, contato pele a pele, limitações de estímulos ambientais, cuidados individualizados, presença dos pais durante os procedimentos e estimulação sensorial (LAGO et al., 2009).

Como medida não farmacológica do alívio da dor, Fialho et al. (2015) afirmam a importância do toque e do contato físico. Neste sentido, a presença de pais que possam confortar o recém-nascido durante e após a manipulação é indispensável, pois o toque e o aconchego proporcionam o alívio da dor.

Freire, Garcia e Lamy (2008) demonstraram em seu estudo que o contato pele a pele foi mais efetivo no controle da dor provocada por punção de calcanhar do que o uso da glicose oral. Verificaram que recém-nascidos pré-termo em posição canguru apresentaram menor variação na frequência cardíaca e saturação de oxigênio, menor duração da atividade facial e menor pontuação na escala PIPP.

Estudo realizado no Canadá demonstrou efeitos analgésicos de três estratégias de gestão de dor: amamentação, contato pele a pele e pequenas

quantidades de solução doce. Os autores também afirmam que estas estratégias possuem vantagens quanto à aplicabilidade e ao acesso, além de serem mais viáveis economicamente. Considerando a participação da mãe, o aleitamento materno e o contato pele a pele são gratuitos, a sacarose e a glicose possuem baixo custo econômico (HARRISON; BUENO; RESZEL, 2015).

Farias et al. (2012) chegaram a um reconhecimento de que medidas como a música proporcionam alívio da dor, acalmando, reduzindo o estresse e relaxando o RN. No entanto, as enfermeiras não aplicavam esse recurso, apesar de demonstrarem interesse na utilização da música dentro da UTIN. Em outro estudo também foi observado diferença estatisticamente significativa após a intervenção, ou seja, a música propiciou ação benéfica nos RN quanto à redução da dor (CIGNACCO et al., 2007).

Além do uso de medidas não farmacológicas convencionais, verifica-se que a inserção de algumas condutas e instrumentos terapêuticos como a música, no alívio da dor do recém-nascido, constitui-se em uma nova perspectiva do cuidado a ser introduzida nas unidades neonatais e a literatura traz evidências que comprovam a eficácia dos mesmos.

Apesar das intervenções não farmacológicas serem referidas como primeira conduta no alívio da dor, a maioria dos médicos relatou a importância de usar as medidas farmacológicas quando necessário. Os medicamentos mais citados foram os opioides: morfina e fentanil. Os profissionais não referiram temor aos efeitos adversos dos mesmos e relacionaram o uso da escala para utilização da medicação prescrita.

“Eu posso também lançar mão, dependendo do quadro do bebê, de drogas injetáveis, dependendo da situação que ele se encontra. Então eu acho que a gente tem que ter essa visão e essa preocupação, em se cercar de todos esses cuidados com o nosso pequeno paciente.” [ME03, 42 anos]

Em um estudo realizado por Chermont et al. (2003), o opioide foi o medicamento mais citado para a analgesia pelos pediatras. Em outro estudo, realizado no Rio Grande do Sul, a analgesia também foi relacionada com a utilização

da escala, porém na prática, observou-se que algumas medicações prescritas para o alívio da dor ficaram restritas ao uso “somente quando necessário” deixando margem a precedentes, quer na administração sem indicação precisa ou no uso de outras medidas alternativas que não promovam a analgesia (MONFRIM et al., 2015).

Farias et al. (2010) ressalta que embora a equipe de enfermagem não seja responsável pela prescrição de medicações analgésicas na UTIN, frequentemente são suas iniciativas e observações que motivam essa prescrição.

Palavras como: conforto, acalento, carinho, aconchego e consolo foram citadas pela maioria dos profissionais como medidas capazes de diminuir ou evitar a dor no recém-nascido.

“Inicialmente é tentar dar algum conforto. Eu tento posturar esse bebê, melhorar o bem-estar dele na incubadora ou no bercinho.” [ME07, 45 anos]

“Tratar com medidas preventivas, como enrolamento, uma glicose, contenção. E o carinho da mãe pra amenizar a dor.” [EN03, 60 anos]

Para Santos, Kusahara e Pedreira (2012) promover conforto é essencial e envolve, além do conhecimento científico e habilidade técnica, questões humanitárias e éticas. Em um estudo realizado por Melo et al. (2013), as medidas de conforto como acalantar e consolar foram bastante citadas e evidenciam a humanização e a preocupação de profissionais em não proporcionar dor ao RN.

Com relação às medidas para o alívio da dor, apenas um dos entrevistados destacou em seu relato o uso da chupeta.

“Às vezes também a gente pede, se no caso o bebê precisar de uma sucção não nutritiva, uma chupeta. Porque às vezes não é tão recomendado, mas tem bebê que é muito choroso, entendeu? Tudo isso são medidas pra aliviar.” [EN05, 25 anos]

Segundo Castilho e Rocha (2009), o uso da chupeta é um assunto controverso e entre os profissionais não existe um consenso quanto à utilização. Apenas um profissional entrevistado fez menção ao seu uso provavelmente por ser,

o campo da pesquisa, um Hospital Amigo da Criança. Entende-se que seu uso deve ser prescrito de maneira seletiva, em casos específicos, para minimizar a dor do recém-nascido, de forma individualizada. Desse modo nota-se a importância da utilização de protocolos para sistematizar a assistência ao recém-nascido.

No que tange o uso de protocolos, alguns profissionais mencionaram a existência de uma instrução de trabalho sobre a dor neonatal, reforçando, no entanto, que esta só é utilizada pelos médicos. Na observação de campo, foi constatada a existência desta instrução, a mesma faz referência à avaliação da dor, a utilização da escala de NIPS, ao registro no prontuário, e às intervenções não farmacológicas e farmacológicas que devem ser feitas.

Uma médica reforça a necessidade da utilização de um protocolo bem definido e para toda a equipe, como podemos observar na fala abaixo:

“Tendo um protocolo definido, estabelecido e cobrado de todos... Talvez esse cuidado com relação ao manejo da dor seja uma coisa mais uniforme dentro da unidade neonatal.”
[ME12, 43 anos]

Nazareth, Lavor e Sousa (2015) destacam a necessidade imperiosa dos serviços possuírem, utilizarem e atualizarem as rotinas e protocolos para a avaliação e tratamento da dor no RN, bem como capacitar os profissionais que trabalham nestas unidades, garantindo a aplicação na prática dos conhecimentos adquiridos.

Importante que exista além de protocolos para os profissionais da equipe, a criação de protocolos específicos que envolvam outros profissionais (técnicos em radiologia, oftalmologistas, cirurgiões, funcionários da limpeza, dentre outros) que frequentam o serviço de neonatologia. Essa atitude pode contribuir para a sistematização da assistência voltada para a dor neonatal dentro da unidade.

Para uma assistência integral, além de instrumentos e boas práticas, torna-se de fundamental importância efetivar a interdisciplinaridade. No que tange este processo de interação, entre as diversas categorias profissionais, constatamos que alguns profissionais entendem a interdisciplinaridade como uma dinâmica para

melhoria da assistência ao recém-nascido, porém o exercício e desafio do trabalho em equipe não é efetivado.

“Eu acho (a integração da equipe) excelente. Até porque, ninguém trabalha sozinho. Nós somos uma equipe multidisciplinar, nós estamos aqui é pra um ajudar o outro...” [ME03, 42 anos]

Apesar deste reconhecimento por parte da equipe, ainda foram encontradas certas contradições nas falas. A maioria dos profissionais identificou integração entre a equipe, porém há relatos de que essa integração é relativa ou inexistente.

“Então eu vejo assim, um jogando a tarefa pro outro. Se conscientiza que aquilo ali tá errado, que a criança precisa de alguém pra ir lá olhar, mas chama o outro pra fazer. Então em alguns momentos eu vejo isso. Tem momentos de integração, sim. Procedimentos dolorosos, coleta de exames, você vê um pedindo ajuda pro outro, mas em alguns momentos eu vejo um jogando pro outro.” [EN17, 43 anos]

O relato descrito aponta para possíveis falhas no processo de interação entre a equipe. Ressalta-se a importância deste envolvimento entre os profissionais, como um fator imprescindível na qualidade da assistência prestada nas unidades neonatais.

Em estudo realizado com profissionais da equipe de neonatologia, Souza e Ferreira (2010) afirmam que a humanização foi vista por boa parte dos entrevistados como uma forma de assistência, cujo cuidado está relacionado à atuação interdisciplinar das várias categorias profissionais na produção de cuidados em saúde.

Considerando o confronto entre as diversas vertentes de estudos sobre a dor no período neonatal elencadas previamente, evidencia-se a necessidade de modificar a percepção dos profissionais da saúde e as condutas por eles adotadas. Essa alteração se constitui em um desafio à equipe neonatal. Há o conhecimento, apesar de certas limitações, entretanto este se tem demonstrado incapaz de modificar a prática.

7 CONCLUSÃO

Os resultados obtidos nesta pesquisa demonstraram que os profissionais que trabalham em Unidade Neonatal têm conhecimento sobre a dor neonatal e que grande parte percebe os sinais emitidos pelo recém-nascido, no entanto o grande desafio está na atuação diante dela. Atuação esta tanto voltada para o uso sistemático de escalas que garantam a avaliação da dor, quanto para a prática de medidas protetoras e de tratamento.

Acredita-se que a inserção desta temática nos currículos de graduação e pós-graduação e nas atividades de educação permanente, assim como a adoção de protocolos para toda a equipe da Unidade neonatal, consistem na principal estratégia para o aprimoramento do processo de trabalho com vistas à minimização e inibição dos fatores desencadeadores da dor. O conhecimento e atualização constantes proporcionam uma ressignificação de saberes e desenvolvimento profissional.

Torna-se importante o planejamento de ações para o manejo da dor, como estratégia para individualizar e humanizar a assistência prestada aos RN em Unidades Neonatais. Constata-se também a falta de padronização de conduta na gestão da dor dos neonatos. Na instituição pesquisada, o controle da dor ainda é realizado de forma não sistemática.

Os resultados encontrados podem contribuir para a compreensão do processo de trabalho não só da unidade estudada, mas também de equipes de outros serviços, e promover melhor qualidade da assistência ao recém-nascido, em especial no que se refere ao manejo da dor.

REFERÊNCIAS

- ABDULKADER, H.M. et al. Prematurity and neonatal noxious events exert lasting effects on infant pain behaviour. **Early Hum Dev**, [S.l.], v. 84, n. 6, p. 351-55, 2008.
- AHUJA, V.K; DAGA, S.R; GOSAVI, D.V. Nonsucrose sweetner for pain relief in sick newborns. **J Pediatr**, [S.l.], v.67, n. 7, p. 487-9, 2000.
- ALENCAR, A.J; ROLIM K.M. Bases científicas do acolhimento amoroso ao recém-nascido. **Rev Pediatr Ceará**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 27-32, 2006.
- ALENCAR, A.J. Como o bebê vê. **Rev Pediatr Ceará**, [S.l.], v. 10, p. 53-7, 2009.
- ALMEIDA, A. et al. **Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais**. In: VALIDO, Antonio M. Consensos nacionais em neonatologia. Porto: Porto, p. 134-142, 2009.
- ALS, H. Toward a synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health Journal**, New York, v. 4, n. 3, p. 229-243, 1982.
- ALVES, V.S. et al. Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica. **Rev Bras Cancerol**, [S.l.], v. 57, n. 2, p. 199-206, 2011.
- ALVES, C.O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 788-96, Dez. 2011.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on environmental health. Noise: a hazard for the fetus and newborn. **Pediatrics**, [S.l.], v. 4, n. 100, p. 724-7, 1997.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Fetus and Newborn. Committee on Drugs. Section on Anesthesiology. Section on Sugery. Canadian Paediatric Society. Fetus and Newborn Committee. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**, United States, v. 105, n. 2, p.454-6, 2000.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Prevention and Management of pain in the Neonate: an Update. **Pediatrics**, v. 5, n. 118, p. 2231-41, 2006.
- ANAND, K.J. et al. Studies on the hormonal regulation of fuel metabolism in the human newborn infant undergoing anaesthesia and surgery. **Horm Res**. [S.l.], v. 22, p. 115-28, 1985.

ARAÚJO, M.A.L.; PAGLIUCA, L.M.F. Análisis de contexto del concepto de ambiente en la teoría humanística de Paterson y Zderad. **Index Enferm**, [S.I.], v. 14, p. 48-9, 2005.

ARIAS, M.C.; GUINSBURG, R. Differences between uni-and multidimensional scales for assessing pain in term newborn infants at the bedside. **Clinics**, São Paulo, v. 10, n. 67, p. 1165-70, 2012.

ASADI-NOGHABI, F. et al. Neonate Pain Management: What do Nurses Really Know? **Global Journal of Health Science**, [S.I.] v. 6, n. 5, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 10152**: Níveis de ruídos para conforto acústico. Rio de Janeiro, 2000.

AURÉLIO, F. S.; TOCHETTO, T. M. Ruído em uma unidade de terapia intensiva neonatal: mensuração e percepção de profissionais e pais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 162-160, 2010.

AYMAR, L. S. L. et al. Pain assessment and management in the NICU: analysis of on educational intervention for health professionals. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 90, n. 3, p. 308-315, 2014.

BALDA, R.C. X.; GUINSBURG, R. Avaliação da dor no período neonatal. In: kopelma IB. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu, p. 577-85, 2004.

BALDA, R.C. X.; GUINSBURG, R. Perceptions of neonatal pain. **Neo reviews**, [S.I.], n. 8, p. 533-42, 2007.

BARBOSA, S.M.M.; GUINSBURG, R. Dor de acordo com as faixas etárias pediátricas. In: TEIXEIRA, M.J. (editor). **Dor: contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio; 2003.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In M.W. Bauer & G. Gaskell (Eds.), **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BEACHAN, P.S. Behavioral and physiological indicators of procedural and postoperative pain in high-risk infants. **JOGNN**, [S.I.], v. 33, n. 2, p. 246-55, 2004.

BERGOLD, L.B.; ALVIM, N.A.T. Música terapêutica como tecnologia aplicada ao cuidado. **Esc. Anna Nery rev. enferm.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 537-542, 2012.

BITTENCOURT, W.S. et al. O efeito da música clássica no alívio da dor de crianças com câncer. **Uniciências**, [S.I.], v. 14, n. 1, p. 95-111, 2010.

BRASIL. Ministério da Justiça. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução nº. 41, em 17/10/1995. Regulamentada pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e dos Adolescentes, Brasília (DF) 1995.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde.** Ministério da Saúde. Brasília-DF, v. 2. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru.** Ministério da Saúde, Brasília-DF, 2. ed. 2011b.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - Intervenções comuns, icterícia e infecções.** Brasília-DF, 2011c.

BRANCO, A.; FEKETE, S.M.W.; RUGOLO, L.M.S.S. O choro como forma de comunicação de dor do recém-nascido: uma revisão. **Rev paul pediatria**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 270-4, 2006.

BRANCO, A. et al. Valor e variações da frequência fundamental no choro de dor de recém-nascidos. **Rev CEFAC**. [S.l.], v. 8, n. 4, p. 529-35, 2006.

BROWN, L.; FOREST, L. Manejo da dor: Aspectos gerais da fisiologia, da avaliação e do tratamento. São Paulo: Associação Médica Americana, p. 4-11, 2006.

BUENO, M. **Dor no período neonatal.** In: Leão ER, Chaves LD, editores. Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari; p. 228-49, 2007.

BUENO, M.; KIMURA, A.F.; PIMENTA, C.A.M. Avaliação da dor em recém-nascidos submetidos à cirurgia cardíaca. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 4, p. 428- 433, 2007.

BUENO, M.; KIMURA, A.F.; DINIZ, C.S.G. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. **Acta Paul Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 6, p. 828-32, Nov./Dez. 2009.

BUENO, M. et al. Translation and adaptation of the premature infant pain profile into Brazilian Portuguese. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 29-35, 2013.

_____. Programa de avaliação da dor neonatal II: uma proposta inovadora para facilitar a transferência do conhecimento. Relato de caso. **Rev Dor**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 152-2, Abr./Jun. 2014.

BYERS, J. F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. **MCN The American Journal of Maternal/Child Nursing**, New York, v. 28, n. 3, p. 174-180, 2003.

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, [S.I.], v. 300, n. 1, p. 60-70, 2008.

CARVALHO, W.B.; PEDREIRA, M.L.G.; AGUIAR, M.A.L. Nível de ruídos em uma unidade de cuidados intensivos pediátricos. **J Pediatr**, [S.I.], v. 81, n. 6, p. 495-8, 2005.

CASTILHO, S.D.C.; ROCHA, M.A.M. Uso de chupeta: história e visão multidisciplinar. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 85, n. 6, p. 480-489, 2009.

CHAVES, L.D. **A avaliação da dor no recém-nascido**. In: SOUZA, Aspásia B.G. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, p. 130-142, 2011.

CHERMONT, A.G. et al. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? **Jornal de Pediatria**, [S.I.], v. 79, n. 3, 2003.

CHRISTOFFEL, M.M. et al. Princípios éticos da equipe de enfermagem ao cuidar da dor do recém-nascido. **Rev. Min. Enferm**, [S.I.], v. 13, n. 3, p. 321-326, jul./set., 2009.

CIGNACCO, E. et al. The efficacy of non-pharmacological interventions in the management of procedural pain in preterm and term neonates. A systematic literature review. **Eur J Pain**, [S.I.], v. 11, n. 2, p. 139-52, 2007.

CLOHERTY, J.P.; EICHENWALD, E.C.; STARK, A.R. **Manual de Neonatologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p. 715.

CORDEIRO, R.A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 185-92, Jan./Mar. 2014.

CRESCÊNCIO, E.P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L.C. Avaliação e alívio de dor no recém-nascido. **Rev Eletr Enf**, [S.I.], v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009.

CRUZ, D.C.S.; SUMAN, N.; SPÍNDOLA, T. Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido e a promoção do vínculo mãe-bebê. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 690-698, 2007.

CRUZ, C.T.C.; STUMM, E.M.F. Instrumentalização e implantação de escala para avaliação da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Relato de caso. **Rev Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 232-4, Jul./Set. 2015.

CRUZ, C.T. et al. Avaliação da dor de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 9, n. 7, p. 8504-11, Jul. 2015.

DIAS, F.S.B.; MARBA, S.T.M. avaliação da dor prolongada no recém-nascido: adaptação da escala Edin para a cultura brasileira. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 964-70, Out-Dez, 2014.

DIJK, M.V. et al. Taking Up the Challenge of Measuring Prolonged Pain in (Premature) Neonates. **Clin J Pain**, [S.I.], v. 25, n. 7, Sep., 2009.

FARIAS, L.M. et al. Comunicação proxêmica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. **Rev Rene**, [S.I.], v. 10, n. 2, p. 52-7, 2009.

FARIAS, L.M. et al. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na unidade neonatal. **Rev Rene**, [S.I.], v. 11, n. 2, p. 37-43, 2010.

FARIAS, L.M. et al. Nurses' perception on the use of music as a technology for pain relief in newborns. **Rev enferm**, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 142-8, Jan. 2012.

FIALHO, F.A. et al. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-32, jan./mar. 2015.

FREIRE, N.B.; GARCIA, J.B.; LAMY, Z. C. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. **Pain**, [S.I.], v. 139, n. 1, p. 28-33, Sep. 2008.

GRAY, L; WATT, L; BLASS, E.M. Skin-to-Skin Contact is analgesic in healthy newborns. **Pediatrics**, [S.I.], v. 105, n.1, 2000.

GRUNAU, R.V.; CRAIG, K.D. Pain expression in neonates: facial action and cry. **Pain**, [S.I.], v. 28, n. 3, p. 395-410, 1987.

GRUNAU, R.E.; HOLSTI, L.; PETERS, J.W. Long-term consequences of pain in human neonates. **Semin. Fetal Neonatal Med.**, [S.I.], v. 11, n. 4, p. 268-275, 2006.

GONTIJO, T, L. et al. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. **J Pediatr**, [S.I.], v. 86, n. 1, p. 33-39, 2010.

GUARAGNI, B. et al. Management of pain in ventilated neonates: current evidence. **Paediatr Child Health**, [S.I.], v. 24, n. 1, p. 32-7, 2014.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **Jor. Pediat.**, [S.I.], v. 75, n. 3, p. 149-60, Mai./Jun. 1999.

GUINSBURG, R. Analgesia e sedação no período neonatal. In: Kopelmam IB et al. **Diagnóstico e tratamento em neonatologia**. São Paulo: Atheneu; p.587-93, 2004.

GUINSBURG, R.; CUENCA, MC. **A Linguagem da dor no recém-nascido.** Documento científico do Departamento de Neonatologia. São Paulo (SP): Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf. Acesso em: 02 out. 2015.

HARRISON, D.; BUENO, M.; RESZEL, J. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Research and Reports in Neonatology**, [S.l.], v. 5, p. 9-1, 2015.

HOHMEISTER, J. et al. Cerebral processing of pain in school-aged children with neonatal nociceptive input: na exploratory fMRI study. **Pain**, v. 150, p. 257-67, 2010.

HOLSTI, L.; GRUNAU, R.E. Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). **Pain**. [S.l.], v. 132, n. 3, p. 264-72, 2007.

HOLSTI, L. et al. Is it painful or not? Discriminant validity of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) scale. **Clin J Pain**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 83-8, 2008.

HUMMEL, P. et al. Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. **J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 55-60, 2008.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN. Task force on taxonomy. Announcement: Modification of pain definition. **IASP Newsletter**, 2001. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>>. Acesso: 20 maio 2014.

JCAHO: Booss J, Drake A, Kerns RD, Ryan B, Wasse L. Pain as the 5th vital sign. Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 2000. Disponível em: <http://www.va.gov/PAINMANAGEMENT/docs/Pain_As_the_5th_Vital_Sign_Toolkit.pdf>. Acesso: 30 Jul 2015.

JEONG, I.S. et al. Perception on Pain Management among Korean Nurses in Neonatal Intensive Care Units. **Asian Nursing research**, [S.l.], v. 8, p. 261-266, 2014.

KANAI, K.Y.; FIDELIS, W.M.Z. Conhecimento e percepção da equipe de enfermagem em relação à dor na criança internada. **Rev Dor**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 20-27, 2010.

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. Dor na Criança. In: Dor: Fundamentos, Abordagem Clínica, Tratamento. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 151-163, 2005.

KLEIN, V.C.; GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [S.l.], v. 24, n. 3, p. 504-12, 2010.

KOPF, A.; PATEL, N.B. **Guia para o Tratamento da dor em contextos de poucos recursos**. Washigton: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP); 2010. Disponível em: http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Guide_to_Pain_Management_in_Low_Resource_Settings&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=15927. Acesso em: 10 out.2015.

LAGO, P. et al. Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**, [S.l.], p. 932-939, 2009.

LEFRAK, L. et al. Sucrose analgesia: identifying potentially better practices. **Pediatrics**, [S.l.], v. 118, n. 2, p. 197-202, 2006.

LEITE, A.M.; CASTRAL, T.C.; SCOCHI, C.G.S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Rev Bras Enferm**, [S.l.], v. 59, n. 4, p. 538-42, 2006.

LÉLIS, A.L. et al. Health promotion and nurse facing newborn pain in the neonatal unit: an exploratory-descriptive study. **Online Braz JNurs**, [S.l.], v. 9, n. 2, 2010.

_____. Cuidado Humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 694-700, 2011.

LEMOS, N.R.F. et al. Management of pain in the newborn: literature review. **Rev enferm UFPE on line**, [S.l.], v. 4, p. 972-79, 2010.

LYNCH, M. Pain as the fifth vital sign. **J intraven Nurs**, [S.l.], v. 24, p. 85-94, 2001.

MARTINS, S.W. et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Dor**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 21-6, 2013.

MAGALHÃES, F.J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Rene**, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 136-143, 2011.

MAIA, A.C.A.; COUTINHO, S.B. Fatores que influenciam a prática do profissional de saúde no manejo da dor do recém-nascido. **Rev paul pediatr**, [S.l.], v. 29, n. 2, p. 270-6, 2011.

MARCATTO, J.O.; TAVARES, E.C.; SILVA, Y.P. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. **Rev Bras Ter Intensiva**, [S.l.], v. 23, n. 2, p. 228-237, 2011.

MAXWELL, L.G.; MALAVOLTA, C.P.; FRAGA, M.V. Assessment of pain in the neonate. **Clin Perinatol**, [S.l.], v. 40, n. 3, p. 457-69, 2013.

MEDEIROS, M.D.; MADEIRA, L.M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**; v. 10, n. 2, p. 118-124, abr./jun., 2006.

MELO, G.M. et al. Nursing team communication with regard pain in newborns: a descriptive study. **Online braz j nurs**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 462-70, 2013.

_____. Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. **Rev Paul Pediatr**, [S.l.], v. 32, n. 4, p. 395-402, 2014a.

_____. Olhar materno sobre a dor do filho recém-nascido. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 8, n. 1, p. 8-15, Jan. 2014b

MENDES, L.C. et al. A dor no recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev Enferm UFPE online**, [S.l.], v. 7, n. 11, p. 6446-54, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec-Abrasco, 2010.406p.

MONFRIM, X.M. et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 12-22, Jan./Mar. 2015.

MORAIS, A.P.S. et al. Dimensionamento da dor em recém-nascidos durante punção venosa periférica e capilar. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 7, n. 2, p. 511-7, Fev. 2013.

MORETE, M.C. Avaliação da dor do escolar diante da punção venosa periférica. **Rev dor**, v. 11, n. 2, p. 145-9, 2010.

NASCIMENTO, L.A.; KRELING, M.C.G.D. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. **Acta Paul Enfermagem**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 50-4, 2011.

NAZARETH, C.D.; LAVOR, M.F.; SOUSA, T.M. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. **Rev Med UFC**, v. 55, n. 1, p. 33-37, Jan./Jun. 2015.

NAZARIO, A.P. et al. Avaliação dos ruídos em uma unidade neonatal de um hospital universitário. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 36, n. 1, supl, p. 189-198, Ago. 2015.

NICOLAU, C.M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivo Brasileiro de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 33, n. 3, p. 146-150, 2008.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: UMESP, 1998.

OLIVEIRA, P.R.; TRISTÃO, R.M.; TOMAZ, C. Avaliação da dor no recém-nascido pré-termo e a termo. **Brasilia Med**, [S.l.], v. 45, p. 272-83, 2008.

OLIVEIRA, R.M. et al. Avaliação comportamental e fisiológica da dor em recém-nascidos pelos profissionais de enfermagem. **Rev. Min. Enferm.** [S.l.], v. 14, n. 1, p. 19-24, jan./mar., 2010.

PARRY, S. Acute pain management in the neonate. **Anaesthesia and Intensive Care Medicine**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 111-15, 2014.

PEDROSO, R.A.; CELICH, K.L.S. Dor: quinto sinal vital, um desafio para cuidar em enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 270-6, Abr./Jun. 2006.

PETERS, J.W. et al. Does neonatal surgery lead to increased pain sensitivity in later childhood? **Pain**, Netherlands, v. 114, n. 3, p. 444-454, 2005.

PILLAI, R.R.R. et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database Syst Rev**, [S.l.], n. 10, 2011.

PINHEIRO, E.M. et al. Ruído na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e no interior da incubadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, [S.l.], v. 19, n. 5, Set./Out. 2011.

PINHEIRO, I.O. et al. Avaliação da dor do recém-nascido através da escala Codificação da Atividade Facial Neonatal durante o exame de gasometria arterial. **Rev Dor**. São Paulo, v. 16, n. 3, p. 176-80, Jul./Set. 2015.

PRESTES, A.C. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 405-10, 2005.

PRESBYTERO, R.; COSTA, M.L.V.; SANTOS, R.C.S. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. **Rev Rene**, v. 11, n. 1, p. 25-32, 2010.

ROCHA, M.C.P. A experiência da enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal no uso de instrumentos para avaliação da dor em neonatos. Dissertação [Mestrado em Ciências], Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem, São Paulo, 2009.

RODARTE, M. D. O. et al. O ruído gerado durante a manipulação das incubadoras: implicações para o cuidado de enfermagem. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, p. 79-85, 2005.

RODRIGUES, M.S.; SILVA, G.F. Atuação do enfermeiro na monitorização da dor de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. **Rev. Enfermagem Revista**, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 249-64, Set./Dez. 2012.

ROSSATO, L.M. et al. Facilidades e dificuldades identificadas pelas enfermeiras pediatras na aplicação dos “cartões de qualidade da dor”. **Saúde em Revista**, Piracicaba, v. 15, n. 40, p. 3-14, Aug. 2015.

REICHERT, A.P.S.; SILVA, S.L.F.; OLIVEIRA, J.M. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. **Rev. Nursing**, [S.I.], v. 30, n. 3, p. 28-30, Ago. 2000.

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

RIBEIRO, M.C.O. et al. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia. **Rev Dor**. São Paulo, jul-set; v. 16, n. 3, p. 204-9, 2015.

RICHETTO, J.A.M.; SOUZA, A.B.G. **A higiene do recém-nascido e cuidados com o coto umbilical**. In: SOUZA, Aspásia B.G. Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido. São Paulo: Martinari, p. 56-68., 2011.

SAÇA, C.S. et al. A dor como 5º sinal vital : atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). **J Health Sci Inst**, [S.I.], v. 28, n. 1, p. 35-41, 2010.

SAMPAIO, N.R.A. et al. Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. **Rev Bras Ter Intensiva**, v. 22, n. 4, p. 369-74, 2010.

SANTOS, T.C.M.M. et al. Intensive unit care: stressing factors, in the nursing. **Rev Enferm UFPE online**, [S.I.] v. 5, n. 1, p. 20-7, 2011.

SANTOS, M.Z.; KUSAHARA, D.M.; PEDREIRA, M. L. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. **Rev Esc Enferm USP**, [S.I.], v. 46, n. 5, p. 1074-81, 2012.

SANTOS, L.M.; RIBEIRO, I.S.; SANTANA, R.C.B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, [S.I.], v. 65, n. 2, p. 269-75, 2012.

SANTOS, L.M. et al. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em Unidade de Terapia Intensiva. **Rev Bras Enferm**, [S.I.], v. 65, n. 1, p. 27-33, 2012.

SCHECHTER, N.L. The under treatment of pain in children: an overview. **Pediatr Clin North Am**, [S.I.], v. 36, p. 781-93, 1989.

SCHERMAN, E. et al. Procedural pain in neonates: do nurses follow national guidelines? A survey to Swedish neonatal units. **Journal of Neonatal Nursing**, [S.l.] v. 20, n. 1, p. 31-6, 2014.

SCOCHI, C.G.S. et al. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev Bras Enferm.** [S.l.], v. 59, n. 2, p. 188-94, 2006.

SHUG, A.S. Combination analgesia in 2005 - a rational approach: focus on paracetamol-tramadol. **Clin Rheumatol**, [S.l.], v. 25, n. 1, p. 16-21, 2006.

_____. Sedação e analgesia em neonatologia. **Rev Bras Anesthesiol**, [S.l.], v. 57, n. 5, p. 575-587, 2007b.

SILVA, T.M.; CHAVES, E.M.C.; CARDOSO, M.V.L.M. Dor sofrida pelo recém-nascido durante a punção Arterial. **Esc Anna Nery**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 726-32, 2009.

SILVA, T.P.; SILVA, L.J. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. **Acta Med Port**, [S.l.], v. 23, p. 437-54, 2010.

SILVA, M.S. et al. Pain in hospitalized children: nursing team perception. **Rev Dor**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 314-20, 2011.

SILVA, A.P.M.; BALDA, R.C.X.; GUINSBURG, R. Reconhecimento da dor no recém-nascido por alunos de medicina, residentes de Pediatria e Neonatologia. **Rev Dor**. São Paulo, v. 13, n. 1, p. 35-44, Jan./Mar. 2012

SILVA, L.D. et al. Scales of assessment of pain: the process of implementation in a pediatric intensive care unit. **Rev Enferm UFPE online**, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 857-63, 2014.

SIMONS, S.H.; TIBBOEL, D. Pain perception development and maturation. **Semin Fetal Neonatal Med**, [S.l.], v. 11, n. 4, p. 227-31, 2006.

SLATER, R. et al. How well do clinical pain assessment tools reflect pain in infants? **PLoS Med**, [S.l.], v. 5, n. 6, 2008.

SOUZA, K.M.O.; FERREIRA, S.D. Assistência humanizada em UTI neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 471-480, 2010.

SOUZA, A.B.G. et al. História da neonatologia. In: SOUZA, Aspásia B.G. **Enfermagem neonatal: cuidado integral ao recém-nascido**. São Paulo: Martinari, p. 112-143, 2011.

STANDLEY, J.M. Music therapy with premature infants: Research and development interventions. Silver Spring: The American Music Therapy Association, 2003.

STEVENS, B.J.; JOHNSTON, C.C.; GRUNAU, R.V. Issues of assessment of pain and discomfort in neonates. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.*, United States, v. 24, n. 9, p. 849-855, 1995.

STEVENS, B. et al. Premature infant pain profile: development and initial validation. *Clin J Pain*, v. 12, n. 1, p. 13-22, 1996.

_____. Assessment of pain in neonates and infants. In: Anand KJS, Stevens BJ, McGrath PJ, (editors). **Pain in neonates and infants**. 3rd. Philadelphia: Elsevier, 2007. p. 67-90.

_____. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. *Clin J Pain*. [S.l.] v. 30, n. 3, p. 238-43, 2014.

TABARRO, C.S. et al. Efeito da música no trabalho de parto e no recém-nascido. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 445-452, 2010.

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.

_____. **Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.

TAMEZ, R.N. **Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. *Cogitare Enferm*, [S.l.], v. 15, n. 2, p. 263-70, 2010.

VIANA, D.L.; DUPAS, G.; PEDREIRA, M.L.G. A avaliação da dor da criança pelas enfermeiras na unidade de terapia intensiva. *Pediatria*, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 251-61, 2006.

VOLPE, J.J. Brain injury in premature infants: a complex amalgam of destructive and developmental disturbances. *Lancet Neurol*, [S.l.], v. 8, p. 110-24, 2009.

WALKER, S.M. et al. Long-term impact of neonatal intensive care and surgery on somatosensory perception in children born extremely preterm. *Pain*, v. 141, p. 79-87, 2009.

WHO. World Health Organization. **Cancer pain relief with a guide to opioid availability**. 2nd ed. 1996.

WHO. World Health Organization. **Guidelines values**. London; 1999. Disponível em: <http://www.who.int/docstore/peh/noise/Commnoise4.htm>.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário estruturado

PESQUISA: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL

QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO: PROFISSIONAIS

Entrevistador:

Data: ____/____/____ Hora: _____

Entrevistado:

Código: _____

Sexo: Masculino () Feminino () Idade: _____

Situação Conjugal: Casado () Solteiro () União consensual () Separado ()

Outros: _____

Nº de filhos: _____ Religião: _____

Profissão: _____ Tempo de graduação: _____ Vínculo: _____

Trabalho em outro local: Sim () Não () Qual? _____

Pós Graduação:

Residência: Sim () Não () Local _____ Ano de conclusão: _____

Especialização: Sim () Não () Local _____ Ano de conclusão: _____

Mestrado: Sim () Não () Local _____ Ano de conclusão: _____

Doutorado: Sim () Não () Local _____ Ano de conclusão: _____

Na sua formação teve alguma abordagem sobre dor no RN? Sim () Não ()

Quando: _____ Onde: _____

Como avalia a dor do RN? _____

Que sinais podem ser manifestação de dor:

Sinais: _____

Conhece as escalas de Dor?

Sim () Não ()

Quais? _____

Em que situação trata a dor no RN: _____

Como trata a dor no RN? _____

APÊNDICE II – Roteiro da entrevista semiestruturada

- 1) Como é trabalhar com recém-nascidos em uma unidade neonatal?
- 2) Como foi que você entrou em contato com esse tema pela primeira vez. Em que situação você aprendeu a identificar e tratar a dor do recém-nascido?
- 3) O que você sabe sobre dor no período neonatal?
- 4) Como você acha que o recém-nascido manifesta a sua dor?
- 5) Você conhece/utiliza algum instrumento para avaliar a dor do recém-nascido?
- 6) Quando você percebe a dor do recém-nascido que atitudes você toma quanto a isso?

APÊNDICE III – Roteiro de Observação participante

- Observar, descrever e analisar:

O ambiente físico: iluminação, ruídos, uso de protetores nas incubadoras, fluxo de pessoas, temperatura do ambiente.

O ambiente relacional: o contato de profissionais com os pais, profissionais com o bebê, profissionais com profissionais, presença de pais e familiares.

As práticas: realização de cuidados, contato pele a pele, escala de NIPS fixada nas incubadoras, utilização da escala de dor e a conduta por ela determinada, avaliando proteção e agravo à dor.

Registros no prontuário: prescrição de analgésicos, prescrição de avaliação da escala de NIPS e registros sobre dor.

APÊNDICE IV – Termo de consentimento livre e esclarecido

**Universidade Federal do Maranhão
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Departamento de Saúde Pública**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Projeto de Pesquisa: Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal

Prezado Participante,

Você está sendo convidado a participar voluntariamente neste hospital de uma pesquisa sobre conhecimentos e práticas de profissionais de saúde que atuam em unidade neonatal sobre a dor do recém-nascido, sob orientação da Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy. A pesquisa tem como objetivo principal avaliar conhecimentos e práticas de profissionais de saúde que atuam na unidade neonatal sobre a dor do recém-nascido. Para isso não iremos alterar em nada a rotina do serviço. A participação no estudo é voluntária, não implica em gastos e não há remuneração. Você será entrevistado sobre o tema da pesquisa. Responderá a um questionário e participará de uma entrevista semiestruturada. Em qualquer momento poderá deixar de responder a qualquer pergunta que não se sinta à vontade e inclusive, poderá deixar de participar da pesquisa. Os riscos em participar da pesquisa serão por desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos sentir incômodo em falar. A pesquisa poderá trazer benefícios para o seu trabalho, ajudando a compreender questões associadas à identificação da dor do recém-nascido que poderão melhorar a sua prática e incentivar a implantação de protocolos de avaliação da dor e, conseqüentemente, melhorar o tratamento. Seu nome nunca será revelado no serviço. Os resultados serão publicados e apresentados à comunidade científica sem revelar a identidade de nenhum participante. Os registros, entretanto, estarão disponíveis para uso exclusivo dos pesquisadores com garantia de anonimato. Você pode perguntar o que quiser da pesquisa, a qualquer momento. Tem direito de ouvir a gravação da sua entrevista e, caso queira, pode solicitar que seja apagada toda a gravação ou partes dela. Tem também o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem que isso acarrete nenhum prejuízo para você, no seu trabalho, na relação com seus colegas de trabalho ou no vínculo com a instituição. Em caso de denúncias e questões éticas relacionadas à pesquisa, você poderá procurar o CEP para buscar ajuda e esclarecimentos. CEP- Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Endereço: Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro. São Luís. CEP: 65020-070 Fone: (98) 2109-1242

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contém duas vias idênticas, uma delas ficará com o profissional. Cada via contém duas páginas, cada página será rubricada tanto pelo pesquisador responsável quanto por você.

Eu, _____, concordo em participar do Projeto de Pesquisa da Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy, “**Avaliação da percepção de dor em recém-nascidos internados em unidade neonatal**”, como participante, após ter sido esclarecido (a) sobre o objetivo da pesquisa e como ela será realizada. Ficaram claros os propósitos do estudo, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanentes. Estou ciente que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Contato com a pesquisadora responsável:

Pesquisador (a): Zeni Carvalho Lamy

Endereço: Rua Barão de Itapary, 155, Centro, São Luís. CEP: 65020-070

Fone: (98)3232-5495 e-mail: zenilamy@gmail.com.br

São Luís, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste profissional para a participação neste estudo.

Responsável pela pesquisa

APÊNDICE V: TABELA COM O PERFIL DEMOGRÁFICO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Tabela 1 – Perfil dos profissionais de saúde. São Luís, MA. 2016.

CÓDIGO	SEXO	IDADE	SITUAÇÃO CONJUGAL	NÚMERO DE FILHOS	RELIGIÃO	PROFISSÃO	TEMPO DE GRADUAÇÃO	MAIOR TITULAÇÃO
EN01	F	36	CASADA	1	CATÓLICA	ENFERMEIRA	13 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN02	F	53	CASADA	1	CRISTÃO	ENFERMEIRA	28 ANOS	DOCTORADO
EN03	F	60	SOLTEIRA	0	CRISTÃO	ENFERMEIRA	36 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN05	F	25	SOLTEIRA	0	CRISTÃO	ENFERMEIRA	1 ANO	ESPECIALIZAÇÃO
EN06	F	54	CASADA	3	EVANGÉLICA	ENFERMEIRA	32 ANOS	MESTRADO
EN07	F	56	CASADA	1	CATÓLICA	ENFERMEIRA	32 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN08	F	52	SEPARADA	1	CATÓLICA	ENFERMEIRA	6 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN09	F	40	CASADA	1	EVANGÉLICA	ENFERMEIRA	15 ANOS	MESTRADO
EN10	F	36	CASADA	2	EVANGÉLICA	ENFERMEIRA	12 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN11	F	35	CASADA	0	EVANGÉLICA	ENFERMEIRA	11 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN12	F	42	CASADA	3	CATÓLICA	ENFERMEIRA	7 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN14	F	50	SOLTEIRA	1	CATÓLICA	ENFERMEIRA	26 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
EN15	F	37	DIVORCIADA	2	EVANGÉLICA	ENFERMEIRA	10 ANOS	GRADUAÇÃO
EN16	F	25	CASADA	0	PROTESTANTE	ENFERMEIRA	25 ANOS	RESIDÊNCIA
EN17	F	43	UNIÃO CONSESUAL	2	CRISTÃO	ENFERMEIRA	20 ANOS	MESTRADO
ME01	M	37	UNIÃO CONSESUAL	3	PROTESTANTE	MÉDICO	9 ANOS	RESIDÊNCIA
ME02	F	51	CASADA	1	CATÓLICA	MÉDICA	17 ANOS	RESIDÊNCIA
ME03	F	42	CASADA	2	CATÓLICA	MÉDICA	17 ANOS	RESIDÊNCIA
ME04	F	52	CASADA	2	CATÓLICA	MÉDICA	27 ANOS	RESIDÊNCIA
ME05	F	30	SOLTEIRA	0	CATÓLICA	MÉDICA	3 ANOS	RESIDÊNCIA
ME06	F	42	SEPARADA	1	CATÓLICA	MÉDICA	17 ANOS	MESTRADO
ME07	F	45	CASADA	4	CATÓLICA	MÉDICA	21 ANOS	RESIDÊNCIA
ME08	F	45	CASADA	3	ESPÍRITA	MÉDICA	19 ANOS	RESIDÊNCIA
ME09	F	47	CASADA	2	CATÓLICA	MÉDICA	21 ANOS	RESIDÊNCIA
ME10	F	44	CASADA	1	CATÓLICA	MÉDICA	11 ANOS	RESIDÊNCIA
ME11	F	55	SEPARADA	4	EVANGÉLICA	MÉDICA	31 ANOS	MESTRADO
ME12	F	43	CASADA	2	BATISTA	MÉDICA	17 ANOS	MESTRADO
ME13	F	47	CASADA	3	CATÓLICA	MÉDICA	22 ANOS	MESTRADO
TO01	F	34	CASADA	3	CATÓLICA	T. OCUPACIONAL	12 ANOS	RESIDÊNCIA
FO01	F	30	CASADA	0	CATÓLICA	FONOAUDIÓLOGA	8 ANOS	DOCTORADO
FO02	F	31	CASADA	1	CATÓLICA	FONOAUDIÓLOGA	10 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
FI01	F	38	CASADA	2	CATÓLICA	FISIOTERAPEUTA	14 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
FI03	F	27	SOLTEIRA	0	SEM RELIGIÃO	FISIOTERAPEUTA	3 ANOS	RESIDÊNCIA
FI04	F	47	DIVORCIADA	1	EVANGÉLICA	FISIOTERAPEUTA	5 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
FI05	F	30	CASADA	0	CATÓLICA	FISIOTERAPEUTA	7 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO
FI06	F	42	CASADA	2	CATÓLICA	FISIOTERAPEUTA	17 ANOS	ESPECIALIZAÇÃO

ANEXO

ANEXO I – Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO DE DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE NEONATAL

Pesquisador: Zeni Carvalho Lamy

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20776213.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão/HU/UFMA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 446.969

Data da Relatoria: 01/11/2013

Apresentação do Projeto:

Com o avanço do desenvolvimento tecnológico e científico, observa-se o emprego crescente de tratamentos invasivos e cuidados médicos e de enfermagem intensivos para manter a vida dos recém-nascidos gravemente enfermos. Se, por um lado esses profissionais se utilizam de alta tecnologia na assistência neonatal, por outro lado essa assistência pode ocasionar dor e sofrimento. Os meios necessários à detecção desse sofrimento doloroso são ainda subestimados, mas há atualmente um interesse crescente pela segurança psíquica do bebê pré-termo particularmente no que se refere à probabilidade de seguir em unidade de terapia intensiva. Como forma de atenção humanizada busca-se formas de minimizar o sofrimento ao máximo e, se possível, evitá-lo. Pesquisa qualitativa do tipo exploratória, com o objetivo de Avaliar a percepção de profissionais e de pais sobre dor em recém-nascidos internados em Unidade Neonatal a ser realizada no Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil no setor da Neonatologia. Os dados serão coletados no período de janeiro a fevereiro de 2014, por meio de um questionário estruturado e entrevista semiestruturada. A análise dos resultados será realizada utilizando Análise de Conteúdo. Financiamento próprio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 446.969

Avaliar a percepção de profissionais e de pais sobre dor em recém-nascidos internados em Unidade Neonatal.

Objetivo Secundário:

Caracterizar o perfil sociodemográfico dos entrevistados; Identificar as características perinatais e de morbidade do recém-nascido; Avaliar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre dor no recém-nascido; Conhecer os recursos utilizados para a identificação da dor por profissionais de saúde; Conhecer a atuação dos profissionais de saúde diante da identificação da dor no recém-nascido; Conhecer os recursos utilizados para a identificação da dor pelos pais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos em participar da pesquisa serão por desconforto ao compartilhar informações pessoais ou confidenciais, ou em alguns tópicos sentir incômodo em falar.

Benefícios:

A pesquisa poderá trazer benefícios para os profissionais, ajudando a compreender questões associadas à identificação da dor do recém-nascido que poderão melhorar a prática e incentivar a implantação de protocolos de avaliação da dor e, conseqüentemente, melhorar o tratamento. A pesquisa poderá trazer benefícios para os pais no cotidiano, ajudando a compreender questões associadas à identificação da dor do recém-nascido

que poderão melhorar a prática com o filho e incentivar a implantação de protocolos de avaliação da dor e, conseqüentemente, melhorar o tratamento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo com relevância científica e social.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo cumpre com as exigências da CONEP em relação aos "Termos de apresentação obrigatória": folha de rosto, projeto de pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), orçamento e currículo do pesquisador responsável e demais pesquisadores.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de Pesquisa cumpre com as exigências da Resolução CNS/MS nº 466/2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MARANHÃO/HU/UFMA



Continuação do Parecer: 446.969

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PROTOCOLO APROVADO por atender aos requisitos fundamentais da Resolução CNS/MS nº 466/12.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser inseridas na plataforma e encaminhada ao CEP HUUFMA de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

SAO LUIS, 05 de Novembro de 2013

Assinador por:

Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

Fax: (98)2109-1223

E-mail: cep@huufma.br