**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

CAROLINE RAMOS DE OLIVEIRA

**O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma
maternidade de Ribeirão Preto – SP**

Ribeirão Preto

2014

CAROLINE RAMOS DE OLIVEIRA

**O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma
maternidade de Ribeirão Preto – SP**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção de título de Mestre em Ciências, Programa de
Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

Ribeirão Preto

2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Oliveira, Caroline Ramos de

O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto – SP. Ribeirão Preto, 2014.

178 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Adriana Moraes Leite.

FOLHA DE APROVAÇÃO

OLIVEIRA, Caroline Ramos de

O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto – SP.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Dedico esta conquista:
aos meus pais, Euri e Antônia,
à minha irmã, Carine,
ao meu namorado Ricardo,
à minha avó Santana
e a meus queridos familiares e amigos.

Dedico esta conquista a vocês que compartilharam da minha ausência, angústias e alegrias durante essa trajetória. Não tenho palavras para expressar o meu amor e agradecimento a vocês! Amo muito todos vocês!

Agradecimentos Especiais

À minha orientadora Profa. Dra. Adriana Moraes Leite, por ter me orientado com muita dedicação, competência, paciência e carinho, pela confiança depositada, pela oportunidade de tornar real esse sonho, pelos conhecimentos transmitidos e por me fazer buscar novos conhecimentos, proporcionando meu crescimento científico, profissional e pessoal além de acreditar que um dia eu possa transmiti-los a outras pessoas.

À Profa. Dra. Thaíla Corrêa Castral, por ser um exemplo de profissional, sou grata pelos ensinamentos, pela postura ética e pela serenidade ao me aconselhar durante o exame de qualificação e ao longo de minha caminhada, obrigada pela disposição em sempre contribuir para o crescimento profissional de seus colegas.

À Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi, pelos ensinamentos ao decorrer do mestrado, em meu exame de qualificação e por contribuir com a minha formação profissional e pessoal.

A vocês, meu respeito, admiração, carinho e gratidão!

Agradecimentos

Primeiramente à Deus, pela vida, por ter colocado pessoas especiais no meu caminho e que renova minhas energias e protege a minha caminhada a cada dia.

Aos meus pais, Euri Mendes de Oliveira e Antônia Ortim Ramos de Oliveira, por toda minha formação pessoal e profissional.

À minha irmã, Carine Ramos de Oliveira, pelo amor, apoio, amizade e incentivo.

Ao meu namorado, Ricardo de Almeida Dorascienzi, pelo apoio, paciência, compreensão, amor e dedicação.

À minha querida Lola, pela paciência e companheirismo.

À minha querida avó Santina Martins Ramos, matriarca da família Ramos, pelo carinho de avó.

Aos meus familiares que de longe torcem pelas minhas conquistas e acompanham os meus sobrecausos e alegrias. Em especial, meu tio Claudenir Martins Ramos que participou ativamente desta construção.

À minha amiga fiel desde a graduação, uma irmã que Deus me deu e companheira de todas as horas Andreara de Almeida e Silva, meus eternos agradecimentos, pelo seu apoio e incentivo em cada etapa desta construção.

Aos funcionários, direção e administração da maternidade de Ribeirão Preto onde aprendi a ser enfermeira na graduação e conquistei espaço como profissional, obrigado por me acolherem como pesquisadora e viabilizarem a coleta de dados. Agradeço principalmente às equipes de enfermagem, pediatria e a técnica do laboratório pela confiança ao aceitarem participar desse estudo e pelas contribuições. Espero que este trabalho contribua com a melhoria da qualidade da assistência e humanização dos cuidados ao neonato.

Às amigas do trabalho que me apoiam em todos os momentos, os difíceis e os alegres, que participaram com carinho e compreensão a cada etapa desta e de outras conquistas pessoais e profissionais Livia Maria de Oliveira Fabris, Maria Cristina Gonçalves, Eliane Calura, Andressa Mara Souza, Bruna Thauana Costa, Larissa Maria Spanó Nakagawa, e em especial minhas duas irmãs de coração Élide Cristiane Albieri Gaioli e Gisele Cristina Ganzela Salgado.

À minha ex-chefe, atual companheira de trabalho e amiga Ana Paula Pereira, pela paciência, compreensão e contribuição nas escalas, para que um sonho fosse realizado. À Carla Gião pelo carinho, torcida e auxílio ao meu crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional.

Aos meus eternos amigos de infância Livia Ichinose, Rafael Scalambrini, Juliana Passerine, Vanessa Balbino, Mariele Pavanello e Marcelo Miguelão que mesmo distantes, torcem e comemoram comigo cada conquista, saudades eternas de vocês. À minha querida amiga de Bauru/Lençóis Paulista, Nádia Lorenzetti que participa de importantes momentos em minha trajetória.

Aos amigos de pós-graduação que contribuíram imensamente com a minha formação, torcendo a cada crédito conquistado na pós-graduação Cristiane Souza, Débora Gergiglia e Carolina Castangline.

Às amigas que fiz atuando em conjunto ao grupo de neonatologia Deise Pentean e Mariana Daré que contribuíram imensamente com a ampliação de meu conhecimento científico sobre a dor neonatal.

Às colaboradoras do projeto Marialda, Natália e Livia que colaboraram muito com a fase de coleta de dados.

À Profa. Dra. Flávia de Azevedo Gomes pela contribuição em minha formação desde a graduação.

À Profa. Dra. Laiane Ribeiro que foi uma colega da pós-graduação que contribui com este projeto.

Às docentes da área de Enfermagem Pediátrica e Neonatal: Luciana Monti, Lucila, Cândida, Débora, Regina, Marta e Maria das Graças, bem como aos membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA) pelo pequeno convívio, mas discussões enriquecedoras que contribuíram para o meu aprimoramento na pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e à secretária Shirley pela disponibilidade.

Aos membros da banca examinadora pela disponibilidade, atenção e sugestões.

Aos colaboradores da dissertação, Cleyton Zanardo de Oliveira pela dedicação e competência na assessoria estatística. À Maria Bernadete pela dedicação e comprometimento ao realizar a revisão das referências bibliográficas. À Luisa Caliri e Marluci por realizarem a tradução do resumo. E ao meu tio Claudenir por realizar a revisão do português com agilidade e competência.

Meu muitíssimo obrigado a todos!

"Até onde posso vou deixando o melhor de mim.

Se alguém não viu, foi porque não me sentiu com o coração"

(Clarisse Lispector)

RESUMO

OLIVEIRA, C. R. **O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto – SP.** 2014. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

A dor é um fenômeno que está presente na assistência em saúde aos neonatos, e sua identificação, avaliação e tratamento pela equipe de saúde são ações relevantes para o bem estar do bebê, visto que interfere no restabelecimento de sua saúde e pode gerar consequências deletérias a curto, médio e longo prazo. O presente trabalho trata-se de um estudo quali-quantitativo, descritivo exploratório, cujo objetivo foi identificar o manejo da dor neonatal sob a perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto – SP. Na etapa quantitativa do estudo, participaram 81 profissionais de saúde da maternidade: 12 pediatras, 1 técnica do laboratório, 22 enfermeiras e 46 auxiliares/técnicas de enfermagem, que responderam a um questionário de autopreenchimento com questões objetivas sobre dados pessoais, profissionais e dados específicos sobre o conhecimento e a prática da avaliação e manejo não farmacológico da dor neonatal. Na segunda etapa, profissionais considerados líderes de equipe foram convidados a participar, de forma individual, de uma entrevista semiestruturada gravada em áudio que após a transcrição foram submetidas à análise de conteúdo. Da análise dos dados quantitativos, constatou-se que todos os médicos, enfermeiras, técnica do laboratório e a grande maioria (89,1%) das auxiliares/técnicas de enfermagem referiram que o recém-nascido é capaz de sentir dor. 83,3% dos médicos, 77,3% das enfermeiras e 54,3% das auxiliares/técnicas de enfermagem, acreditam que procedimentos potencialmente dolorosos repetidos podem gerar alguma consequência ao neonato. A maioria dos profissionais afirmou que avaliam a dor do recém-nascido, tendo como parâmetros mais frequentes o choro, a mímica facial, e movimentos, construindo uma avaliação subjetiva sem o uso de escalas. As medidas não farmacológicas de alívio da dor mais citadas pelos profissionais foram: a oferta de sacarose a 25%, a sucção não nutritiva e a amamentação, com um predomínio da utilização da sacarose como principal método de escolha. Poucos profissionais de saúde se preocupam em realizar o registro adequado sobre a avaliação e o manejo da dor aguda do recém-nascido. Da análise dos dados qualitativos, 5 categorias e 15 subcategorias surgiram a partir das verbalizações das participantes: 1) “Fatores facilitadores do manejo da dor neonatal” (atuação dos profissionais; a utilização de métodos não farmacológicos; o uso de sacarose como principal escolha para o alívio da dor neonatal; outras intervenções não farmacológicas), 2) “Fatores dificultadores do manejo da dor neonatal” (falhas em como lidar com a dor; excesso de procedimentos dolorosos; fluxo de trabalho e quantidade de recursos humanos), 3) “Avaliação da dor” (como e quando avaliar a dor; a importância da avaliação da dor), 4) “Mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor na instituição” (treinamentos; protocolos e utilização de escalas para avaliação da dor; mudança na atitude dos profissionais e sensibilização da equipe), 5) “Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal” (vantagens e apoio ao manejo da dor neonatal com participação da família; dificuldades na participação da família no manejo da dor neonatal). Concluiu-se que há um conhecimento superficial dos profissionais de saúde quanto à avaliação e o manejo não farmacológico da dor neonatal aguda nesta maternidade, assim como há falta de protocolos clínicos formais, registros e capacitação dos profissionais de saúde. Considerando-se as propostas do cuidado atraumático, desenvolvimental e humanizado ao recém-nascido, torna-se imperativo mudanças de ações e condutas da equipe de saúde no que se refere ao manejo da dor neonatal, que deverá ser movida e estimulada a partir capacitações profissionais fundamentadas na transferência de conhecimento.

Descritores: Dor, Profissional de saúde, Enfermagem neonatal, Manejo da dor.

ABSTRACT

OLIVEIRA, C. R. **Neonatal pain management in the perspective of the health team of a maternity hospital in Ribeirão Preto, São Paulo**. Ribeirão Preto. 2014. 178 f. Dissertation (Master's degree) – University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, 2014.

Pain is a phenomenon that is present in the health care provided to neonates, and its identification, assessment and treatment by the health team are relevant actions for the welfare of the baby, since they interfere in the reestablishment of their health and may produce harmful consequences in the short, medium and long term. This is a quali-quantitative, descriptive and exploratory study with the aim to identify the management of neonatal pain from the perspective of the health team of a maternity hospital in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. The quantitative stage of the study involved the participation of 81 health professionals from the maternity: 12 pediatricians, 1 laboratory technician, 22 nurses and 46 nursing technicians/aides, who answered a self-administered questionnaire containing objective questions regarding personal, professional and specific data on the knowledge and practice of the assessment and non-pharmacological management of neonatal pain. In the second stage, professionals who were considered to be team leaders were invited to participate, individually, in a semi-structured interview whose audio was recorded, transcribed and submitted to content analysis. The analysis of the quantitative data evidenced that all physicians, nurses, the laboratory technician and most of the nursing technicians/aides (89.1%) stated the newborn is capable of feeling pain. A total of 83.3% of the physicians, 77.3% of the nurses and 54.3% of the nursing technicians/aides believe that repetitive potentially painful procedures may bring some consequence to the neonate. Most of the professionals stated they assess the pain of the newborn, using their crying, facial mimics and movements as parameters, building a subjective assessment without the use of scales. The non-pharmacological measures for pain relief most commonly cited by the professionals were: offering a 25% sucrose solution, non-nutritional suction and breastfeeding, with prevalence for the use of sucrose as the main chosen method. Few health professionals care to make an appropriate record regarding the assessment and management of acute pain in the newborn. The analysis of the qualitative data generated 5 categories and 15 subcategories, based on the speeches of the participants: 1) "Facilitating factors in the management of neonatal pain" (performance of the professionals; use of non-pharmacological methods; use of sucrose as the main choice for relieving neonatal pain; other non-pharmacological interventions), 2) "Complicating factors in the management of neonatal pain" (failures in how to deal with the pain; excess of painful procedures; workflow and quantity of personnel), 3) "Pain assessment" (how and when to assess; the importance of pain assessment), 4) "Necessary changes to improve pain management in the institution" (trainings; protocols and the use of scales to assess pain; changing the attitude of professionals and making the team more sensitive), 5) "Participation of the parents and/or family in the management of neonatal pain" (advantages and support in the management of neonatal pain with the participation of the family; difficulties in the participation of the family for managing neonatal pain). In conclusion, health professionals have a superficial knowledge regarding the assessment and non-pharmacological management of acute neonatal pain in the studied maternity hospital. In addition, there is a lack of formal clinical protocols, records and qualification of health professionals. Considering the proposals for non-traumatic, developmental and humanized care to the neonate, it becomes imperative to make changes in actions and conducts of the health team in terms of neonatal pain management, as these professionals must be driven and encouraged based on professional qualifications grounded on knowledge transfer.

Descriptors: Pain, Health personnel, Neonatal nursing, Pain management.

RESUMEN

OLIVEIRA, C. R. **Manejo del dolor neonatal en la perspectiva del equipo de salud de una maternidad de Ribeirão Preto – SP**. Ribeirão Preto. 2014. 178 f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

El dolor es un fenómeno presente en la atención de salud del neonato, su identificación, evaluación y tratamiento por parte del equipo de salud constituyen acciones relevantes para el bienestar del bebé, dado que influye en el restablecimiento de su salud y puede provocar consecuencias deletéreas a corto, mediano y largo plazo. Este trabajo es un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, exploratorio, objetivando identificar el manejo del dolor neonatal en la perspectiva del equipo de salud de una maternidad de Ribeirão Preto – SP. En la fase cuantitativa del estudio participaron 81 profesionales de salud de la maternidad: 12 pediatras, 1 técnica de laboratorio, 22 enfermeras y 46 auxiliares/técnicas de enfermería, que respondieron un cuestionario autocompletable con preguntas objetivas sobre datos personales, personales y datos específicos sobre conocimiento y práctica de la evaluación y manejo no farmacológico del dolor neonatal. En la segunda fase, profesionales considerados líderes de equipo fueron invitados a participar de manera individual de una entrevista semiestructurada grabada en audio que, una vez transcritas, fueron sometidas a análisis de contenido. Partiendo del análisis cuantitativos, se constató que todos los médicos, enfermeras, técnica de laboratorio y la gran mayoría (89,1%) de las auxiliares/técnicas de enfermería informaron que el recién nacido puede sentir dolor. El 83,3% de los médicos, 77,3% de las enfermeras y 54,3% de las auxiliares/técnicas de enfermería consideran que los procedimientos dolorosos reiterados pueden generar algún tipo de consecuencias en el neonato. La mayor parte de los profesionales afirmó que el dolor del recién nacido es evaluado en función de los parámetros más frecuentes: el llanto, la expresión facial y movimientos, construyendo una evaluación subjetiva sin uso de escalas. Las medidas no farmacológicas de alivio del dolor más nombradas por los profesionales fueron: administración de sacarosa al 25%, succión no nutritiva y lactancia, con predominio de utilización de sacarosa como método de primera elección. Pocos profesionales de salud se preocupan por realizar registros adecuados sobre evaluación y manejo del dolor agudo en recién nacidos. Del análisis de datos cualitativos, surgieron 5 categorías y 15 subcategorías de acuerdo a los testimonios de las participantes: 1) “Factores facilitadores del manejo del dolor neonatal (actuación de profesionales; utilización de métodos no farmacológicos; uso de sacarosa como primera elección para alivio del dolor neonatal; otras intervenciones no farmacológicas), 2) “Factores obstaculizadores del manejo del dolor neonatal” (fallas en cómo tratar el dolor; exceso de procedimientos dolorosos; flujo de trabajo y disponibilidad de recursos humanos), 3) “Evaluación del dolor” (cómo y cuándo evaluar; importancia de la evaluación del dolor), 4) “Cambios necesarios para mejorar el manejo del dolor en la institución” (capacitaciones; protocolos y utilización de escalas de evaluación del dolor: cambio de la actitud profesional y humanización del equipo), 5) “Participación de padres y/o familia en el manejo del dolor neonatal” (ventajas y apoyo al manejo del dolor neonatal con participación familiar; dificultades de participación familiar en el manejo del dolor neonatal). Se concluyó en que existe conocimiento superficial de los profesionales de salud respecto a evaluación y manejo no farmacológico del dolor neonatal agudo en la maternidad, además de falta de protocolos clínicos formales, registros y capacitación de los profesionales de salud. Considerándose las propuestas de cuidado no traumático, de desarrollo y humanizado al recién nacido, resulta imperativo implementar cambios en acciones y conductas del equipo de salud en lo referente al manejo del dolor neonatal, que deberán movilizarse y estimularse a partir de capacitaciones profesionales fundamentadas en la transferencia de conocimientos.

Descriptores: Dolor; Personal de Salud; Enfermería Neonatal; Manejo del Dolor.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo dados pessoais e de formação profissional. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013	58
Tabela 2 -	Média de idade, formação e experiência profissional dos profissionais de saúde da maternidade. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	60
Tabela 3 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo dados profissionais. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013	61
Tabela 4 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo qualificação profissional referente à dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	65
Tabela 5 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo o conhecimento profissional sobre a dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	76
Tabela 6 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo o conhecimento profissional sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013	81
Tabela 7 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo procedimentos potencialmente dolorosos aos neonatos. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	84
Tabela 8 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – anotação em prontuário. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013	89
Tabela 9 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013	96
Tabela 10 -	Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – participação dos pais/família. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	101

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização dos profissionais entrevistados segundo idade, estado civil, profissão e tempo de experiência profissional e na área neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	102
Quadro 2 -	Categorias e subcategorias das entrevistas. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	103
Quadro 3 -	Distribuição dos trechos das entrevistas e suas subcategorias. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.....	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BIIP	<i>Behavioral Indicators of Infant Pain</i>
CCIH	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGRSS	Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde
CIH	Centro Integrado de Humanização Hospitalar
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CME	Central de Materiais Estéreis
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COMFORT	Escala de Dor e Conforto
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo
CQH	Compromisso com a Qualidade Hospitalar
CRIS	<i>Crying, Requires of oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness</i>
CPAP	<i>Contiunous Positive Airway Pressure</i>
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EDIN	<i>Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né</i>
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EMLA	<i>Eutectic Mixture of Local Anesthetics</i>
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
GPECCA	Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente
GM/MS	Gabinete do Ministério/Ministério da Saúde
IASP	<i>International Association for the Study of Pain</i>
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IM	Intramuscular
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
NFCS	<i>Neonatal Facial Coding System</i>
NIDCAP	<i>Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program</i>
NIPS	<i>Neonatal Infant Pain Scale</i>
N-PASS	<i>Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale</i>
NSF	Núcleo de Saúde da Família
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
PA	Pressão Arterial
PEH	Política Estadual de Humanização
PET	Programa de Educação Tutorial
PICC	<i>Peripherally Inserted Central Catheter</i>
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SES-SP	Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSVV	Sinais Vitais
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCIN	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
T	Temperatura
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	23
1.1 A dor do recém-nascido.....	23
1.2 A prática profissional e o manejo da dor neonatal	29
2 OBJETIVOS	36
2.1 Objetivo Geral.....	36
2.2 Objetivos específicos	36
3 QUADRO TEÓRICO.....	38
3.1 Construindo a Humanização do Cuidado em Saúde: Assistência Humanizada ao Neonato e Família	38
4 PERCURSO METODOLÓGICO	47
4.1 Método.....	47
4.2 Local do estudo.....	48
4.3 População do estudo	51
4.4 Critérios elegíveis	51
4.5 Coleta de dados.....	52
4.5.1 Etapa 1: Coleta de dados quantitativos	52
4.5.2 Etapa 2: Coleta de dados qualitativos.....	53
4.6 Análise dos dados.....	54
4.6.1 Análise quantitativa.....	54
4.6.2 Análise qualitativa	54
4.7 Aspectos éticos.....	55
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
5.1 Resultados e discussão dos dados quantitativos.....	57
5.1.1 Dados pessoais e de formação profissional.....	57
5.1.2 Dados profissionais.....	60
5.1.3 Qualificação profissional sobre a dor neonatal	63
5.1.4 Conhecimento da equipe de saúde sobre o manejo da dor neonatal	67
5.1.5 Prática profissional sobre o manejo da dor neonatal	86

5.2 Resultados e discussão dos dados qualitativos.....	102
5.2.1 Primeira Categoria: Fatores facilitadores do manejo da dor neonatal.....	105
5.2.2 Segunda Categoria: Fatores dificultadores do manejo da dor neonatal.....	122
5.2.3 Terceira Categoria: Avaliação da Dor	126
5.2.4 Quarta Categoria: Mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor na instituição	131
5.2.5 Quinta Categoria: Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal	134
 6 CONCLUSÃO.....	142
 REFERÊNCIAS	147
 APÊNDICES.....	166
 ANEXOS.....	176

Apresentação

APRESENTAÇÃO

Como aluna egressa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), desde a graduação obtive os primeiros contatos com a pesquisa, através da iniciação científica e Trabalho de Conclusão de Curso intitulado (TCC) “Estudo exploratório sobre a depressão entre gestantes de baixo risco obstétrico” e por meio de minha participação como membro do Programa de Educação Tutorial (PET), cujo objetivo é promover a formação ampla e de qualidade acadêmica dos alunos de graduação envolvidos direta e indiretamente com o programa, estimulando a fixação de valores que reforcem a cidadania e a consciência social de todos os participantes e a melhoria dos cursos de graduação, tendo como base o ensino, a pesquisa e a extensão universitária.

Em 2009, logo depois de formada, fui convidada após análise curricular, a fazer parte da equipe de enfermagem da maternidade onde o estudo foi realizado, onde atuei como enfermeira até 2013 e no presente momento sou gerente de qualidade. Neste serviço tenho contato direto com as áreas de ginecologia, obstetrícia e neonatologia, com as quais adquiri afinidades desde os estágios da graduação. Foi em 2008 no estágio supervisionado na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal de um Hospital Universitário de Ribeirão Preto, que senti grande afinidade pela neonatologia.

Ao iniciar a prática como enfermeira em 2009, senti a necessidade de ampliar o meu conhecimento nesta área e procurei a especialização em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais pela Universidade Hermínio Ometto – Uniararas, onde realizei a pesquisa “Caracterização do perfil demográfico das mães de recém-nascidos prematuros de uma maternidade do interior paulista” como TCC. A referida especialização foi concluída em 2011.

Após finalizar o TCC da especialização e encantada com a área da neonatologia, optei por seguir meus objetivos na área acadêmica e procurei a professora Dra. Adriana Moraes Leite e iniciamos algumas reuniões. Em uma destas reuniões a Profa. Adriana me abriu o olhar para a temática da dor neonatal, dando continuidade a uma das linhas de pesquisa do Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA).

Atualmente a maternidade em que atuo como gerente da qualidade e onde o estudo foi realizado apresenta o seguinte contexto com relação ao manejo da dor neonatal: Não há escala e nem impressos para avaliação da dor do neonato; os procedimentos dolorosos dificilmente são registrados em prontuário, assim como as tentativas de realizá-los; não há protocolos para utilização de métodos não farmacológicos no alívio da dor neonatal; nem treinamentos e capacitações sobre o tema para a equipe de saúde. Além disso, a sacarose a 25% tem sido utilizada indiscriminadamente como método

de alívio da dor, em detrimento de outros métodos não farmacológicos já comprovadamente efetivos, e que estimulam a participação da mãe e que podem ser utilizados com facilidade nesta instituição.

Neste contexto também, o Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidados à Criança e ao Adolescente (GPECCA) tem investido no desenvolvimento de estudos que contemplam a participação da família no cuidado, tendo como Subgrupo Enfermagem Neonatal buscando evidências sobre a efetividade da amamentação materna, do leite humano e do contato pele a pele na posição canguru no alívio da dor aguda em recém-nascidos a termo (LEITE, 2005) e pré-termo (CASTRAL, 2010; RIBEIRO, 2012).

Como a maternidade é titulada pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), estimulando assim, o aleitamento materno em várias fases do ciclo reprodutivo da mulher e durante toda a internação, além de permanecer em contato direto com seu bebê em alojamento conjunto, na maioria dos casos, esperamos que este estudo sensibilize a equipe de saúde sobre a importância da avaliação e manejo da dor neonatal com métodos não farmacológicos e estimule o aleitamento materno também, como uma prática rotineira no alívio da dor em recém-nascidos, durante procedimentos dolorosos, como proposta de um cuidado desenvolvimental e humanizado ao bebê.

Aproveito a oportunidade para expor como a dissertação foi construída e está organizada, para que não surjam possíveis dúvidas ou anseios durante a leitura. Na introdução apresento breves conceitos e cito a fisiologia da dor neonatal, escalas para avaliação da dor neonatal. São também descritos alguns estudos sobre a prática profissional e manejo não farmacológico da dor neonatal. Logo após, são apresentados os objetivos gerais e os específicos da pesquisa.

Nas páginas seguintes, apresento o quadro teórico que orientou as entrevistas semiestruturadas durante a coleta de dados e a análise de conteúdo dos depoimentos dos profissionais de saúde, através de um breve histórico e conceitos do humanismo, legislações e programas de humanização do Brasil, humanização da assistência em saúde e assistência ao neonato, cuidado desenvolvimental e a participação da família na assistência do bebê.

Em seguida, a metodologia contempla o método; local do estudo; critérios elegíveis e não elegíveis dos sujeitos da pesquisa; coleta de dados; análise de dados e aspectos éticos referentes à pesquisa. Posteriormente, apresento os resultados quantitativos seguidos dos resultados qualitativos em conjunto com suas discussões, porém as discussões foram distribuídas de forma a não deixar o estudo repetitivo, ou seja, quando os aspectos quanti e quali forem semelhantes, serão discutidos em um segundo momento - após os trechos das entrevistas. E assim, chegaremos às considerações finais e conclusões deste estudo.

1 Introdução¹

¹ Esta dissertação está revisada de acordo com a ortografia da língua Portuguesa (1990), em vigor a partir de 1º de janeiro de 2009 e que será obrigatória à partir de 2016, no Brasil.

1 INTRODUÇÃO

1.1 A dor do recém-nascido

Durante muitos anos acreditou-se que os neonatos eram incapazes de sentir dor ao ser considerado que a imaturidade neurológica diminuiria a sua sensibilidade à dor (ANAND et. al., 1987; MEDEIROS; MADEIRA, 2006). Mas, desde meados dos anos 80, aumentaram-se as evidências de que o recém-nascido, tanto a termo, quanto o pré-termo apresentam os mecanismos anatômicos e fisiológicos necessários para a percepção de estímulos dolorosos, portanto são capazes de sentir dor (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001).

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP) - Associação Internacional para o Estudo da Dor (1994), a dor pode ser definida como uma resposta resultante da integração central de impulsos dos nervos periféricos, ativados por estímulos locais desagradáveis associados a uma lesão real ou potencial. 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 experienciando a dor” (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN – IASP, 1994).

A dor é também definida como um fenômeno ‘biopsicossocial’ que resulta de uma combinação de fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, sociais e culturais, pois cada indivíduo compreende a aplicação da palavra através da experiência com sensações desagradáveis nos primeiros anos de vida (experiência emocional). Assim como, muitas pessoas relatam dor na ausência de lesão tecidual ou de qualquer outra causa fisiopatológica provável (psicológica), a dor pode ser considerada sempre subjetiva (PEDROSO; CELICH, 2006; STEVENS et al., 1997).

Os substratos sensitivos que ligam os receptores ao córtex sensitivo e transmitem o impulso nociceptivo são gerados na vida fetal precoce e nos primeiros meses de vida do bebê. Estudiosos descrevem que a área perioral do feto a partir da 7ª semana de gestação já apresenta receptores sensoriais que se espalham da face aos membros até a 11ª e 15ª semanas de gestação, chegando às superfícies cutâneas e mucosas ainda com 20 semanas de idade gestacional. A densidade das fibras nociceptivas cutâneas na fase final do período fetal e no neonato é igual ou maior do que a do adulto; já a dimensão do campo receptivo é parecida com a do campo receptivo do adulto (ANAND et. al., 1987; OKADA; TEIXEIRA, 2003). Sendo assim, mesmo os recém-nascidos prematuros são capazes de sentir dor, pois mesmo que as vias transmissoras dos estímulos dolorosos só estejam mielinizadas entre as 30ª e 37ª semanas gestacional, no RN o impulso percorre uma trajetória de curta distância, o

que compensa a lentidão do estímulo, fazendo com que os prematuros percebam os estímulos dolorosos ou estressores, principalmente quando repetidos por diversas vezes (GUINSBURG; BALDA, 2005).

Além disso, os sistemas inibitórios para dor são imaturos nos neonatos, talvez devido ao baixo nível de neurotransmissores ou da baixa atividade dos receptores, tornando estes mais susceptíveis a sensações dolorosas, sendo essa percepção mais intensa (GASPARDO, 2006). Desta maneira, diferentemente de como se pensava anteriormente, os bebês possuem a capacidade de sentir dor e sofrer com este estresse. Portanto, a dor do recém-nascido, já vem sendo há alguns anos a preocupação de clínicos e pesquisadores.

O estresse pode ser definido como a soma de respostas físicas e mentais como desgastes físicos, químicos ou emocionais causadas por determinados estímulos externos (estressores). Em neonatos o estresse é considerado como um desequilíbrio entre o recém-nascido e o seu ambiente, devido a fatores estressores como a exposição aumentada a ruídos, luminosidade, manipulação excessiva e múltiplos procedimentos dolorosos (LEMONS, 2000).

Durante um período de estresse os nossos mecanismos de defesa passam a não responder de uma forma eficaz, aumentando a possibilidade de surgimento de doenças e morbimortalidade. Ainda, a dor sempre é estressante, mas o estresse não é necessariamente doloroso e que ambos requerem avaliação e tratamento (LEMONS, 2000).

Assim, não há uma distinção entre limiar de dor e o estresse (CASTRAL, 2010). A exposição à dor pode gerar sérias consequências orgânicas, emocionais e ao crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, por ser parte de um dos fatores mais prejudiciais ao ambiente extrauterino (GRUNAU, 2002). Segundo Anand (1987), as crianças que enfrentaram experiências dolorosas no período perinatal podem apresentar decréscimo no limiar de sensibilidade por volta de 1 ano e meio de vida, alterações de temperamento aos 3 anos e escores de somatizações aos 3 a 4 anos de idade. Ainda, as lesões cutâneas no início da vida podem predispor a maior sensibilidade aos eventos dolorosos no futuro adulto (BEGGS et al., 2012). Estudos da neurobiologia correlacionam complicações perinatais e neonatais com comportamentos autodestrutivos no adulto como: suicídio, o uso de drogas e distúrbios de aprendizagem, além de dificuldades do relacionamento com a família (ausência de vínculo, apego) (ANAND; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN, 2001).

Estudos na França (CARBAJAL et al., 2008), no Canadá (STEVENS et al., 2011) e no Brasil (PRESTES, 2004; PRESTES et al., 2005) dimensionaram a elevada exposição de recém-nascidos pré-termo e de risco submetidos a procedimentos dolorosos e/ou estressantes, em unidades neonatais. Guinsburg (1999) aponta entre 50 a 150 intervenções dolorosas por dia, e que bebês abaixo de 1.000g durante a internação são expostos a mais de 500 intervenções dolorosas.

Considerando esta alta exposição de prematuros aos procedimentos dolorosos em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN) e o período de desenvolvimento cerebral rápido na fase neonatal, Brummelte et al. (2012) verificou em seu estudo a relação entre a dor e o desenvolvimento inicial do cérebro em prematuros extremos. Realizou sua investigação com 86 bebês nascidos entre 24-32 semanas de idade gestacional, os quais foram seguidos prospectivamente desde o nascimento, através da ressonância magnética tridimensional, que escaneou a imagem cerebral destes prematuros com média de 32,1 semanas e uma segunda varredura com a idade gestacional aproximada à 40 semanas. Através das imagens calculou-se a perda de massa cerebral *versus* a dor (através de número de procedimentos dolorosos ao qual cada prematuro foi exposto). O estudo foi submetido às equações estatísticas para correções de viés (desconsiderado cálculos de perda de massa cerebral dos recém-nascidos de acordo com a gravidade da doença, a exposição morfina, lesão cerebral ou neurocirurgias), e desta forma o estudo concluiu que a dor em prematuros extremos pode prejudicar o desenvolvimento cerebral, através da perda de microporções de massa cerebral.

Portanto, é preocupante a repetição de estímulos dolorosos em recém-nascidos internados por períodos prolongados em UTIN e com base nas consequências citadas que os neonatos podem sofrer, destacamos assim, a importância em diminuir as possíveis dificuldades dos profissionais de saúde em reconhecer, avaliar, mensurar e tratar a dor neonatal.

Devido ao maior conhecimento sobre o tema na atualidade e a necessidade desta mudança na visão sobre a dor neonatal e importância do seu tratamento, a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor estabeleceram diretrizes para que a mensuração e o registro da dor, para que sejam realizados como um 5º sinal vital, ou seja, como a dor é considerada subjetiva, pessoal e variável de tempo em tempo, deve ser avaliada em conjunto e nos períodos que os outros sinais vitais forem aferidos, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada (SOUSA, 2002).

É sabido que os recém-nascidos apresentam respostas imediatas biocomportamentais à exposição a dor. Quanto às respostas comportamentais, que se fundamentam na modificação de determinadas expressões comportamentais, após estímulos dolorosos, têm sido utilizados para avaliar a dor: o **choro**, que pode ser mensurado quanto à frequência, latência e duração (BILGEN et al., 2001); **as expressões faciais ou mímica facial** através da avaliação da fronte, fenda palpebral, olhos, sulco nasolabial, boca, língua e queixo do recém-nascido (GRUNAU et al., 2005; WARNOCK; SANDRIN, 2004); e os **movimentos corporais**, pois diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades, como a retirada de membros que receberam o estímulo doloroso (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

Apesar do **estado neurocomportamental** não ser um indicador de dor, é considerado de forma relevante na avaliação da dor (SELLAM et al., 2011), provavelmente com o envolvimento de aspectos emocionais, uma vez que o neonato pode permanecer um tempo maior dormindo durante e após alguns procedimentos dolorosos, como um mecanismo de "fuga" exibido pelo recém-nascido em relação ao meio ambiente "agressor" (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Segundo Prechtl (1974), os estados neurocomportamentais se classificam como: estados de sono profundo, sono ativo, sonolência, alerta quieto e alerta ativo.

Indicadores fisiológicos como o aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e intracraniana, e a queda da saturação de oxigênio também têm sido estudados para a avaliação da dor (GUINSBURG; CUENCA, 2010), porém, são considerados de baixa sensibilidade e especificidade, por serem facilmente influenciados por outros estímulos do ambiente, portanto devem ser considerados como métodos complementares à avaliação comportamental (PEREIRA et al., 1999).

Indicadores biológicos como aumento nos níveis de cortisol, catecolaminas e glucagon e diminuição da insulina também estão associados à dor e ao estresse neonatal (BRASIL, 2009; HERRINGTON; OLOMU; GELLER, 2004). Verifica-se uma elevação dos níveis do cortisol 20 minutos após procedimentos dolorosos (ANTONINI et al., 2000; CASTRAL, 2010; RIBEIRO, 2012; WEERTH et al., 2003). Este indicador, geralmente tem sido utilizado em pesquisas como um método complementar às respostas comportamentais e com metodologia rigorosa, pois segundo o estudo de Brennan et al. (2008), históricos de depressão e/ou ansiedade materna podem gerar influência nos valores de cortisol basal de alguns neonatos.

Além disso, os **mecanismos de autorregulação** do recém-nascido, também têm sido identificados em estudos que avaliam a dor em neonatos a termo (LEITE et al., 2009, VIVANCOS, 2008). Segundo Kopp (1989) se referem a reflexos dos neonatos em resposta aos estímulos positivos ou negativos do ambiente, gerando movimentos em resposta ao estresse como o de procura, sucção, mudança na posição corporal e flexão dos membros.

Na prática profissional é importante sinalizar que se faz necessária a diferenciação entre a mensuração e a avaliação da dor neonatal. A mensuração é o processo de designar números ou nomes de fenômenos para descrever o tipo ou quantidade de um atributo que está presente em um determinado período de tempo, ou seja, quantificar um evento. A avaliação é um processo mais amplo que envolve além de mensurar, o raciocínio clínico para a tomada de decisão, caracterizando um processo interpretativo (BEYER, 1989; HAYDT, 2002). Assim, o profissional deve obter conhecimentos teóricos sobre a dor neonatal para o seu manejo adequado.

Desta forma, uma das estratégias utilizadas para a avaliação da dor neonatal é o uso de escalas precisas e confiáveis que consideram respostas comportamentais e/ou fisiológicas no recém-

nascido com precisão e confiabilidade, nos demonstrando de forma mensurável a intensidade de dor na qual o bebê está sentindo no período de avaliação.

Atualmente, sabe-se que a dor aguda se caracteriza por múltiplos indicadores comportamentais, fisiológicos e contextuais, portanto autores classificam as escalas de dor em: **unidimensional** que inclui somente um indicador de um único domínio, por exemplo, a mímica facial que é comportamental; **multidimensional** que inclui várias dimensões de um mesmo domínio como, por exemplo, o choro, a mímica facial e a atividade motora que são comportamentais; e **composta** que inclui indicadores de domínios diferentes como mímica facial, o choro e a frequência cardíaca que incluiu domínios comportamentais e fisiológicos (STEVENS et al., 2007). Dentre estas escalas definimos as mais utilizadas.

O NFCS (*Neonatal Facial Coding System* - Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal) criada por Grunau e Graig (1987) e validada no Brasil por Pereira et al. (1999), considerado unidimensional, pois avalia um indicador de um único domínio (comportamental) – a mímica facial (a fronte saliente, a fenda palpebral estreitada, o sulco nasolabial aprofundado, a boca aberta, a boca estirada, a língua tensa, a protrusão de língua e o tremor de queixo), para avaliação em recém-nascidos prematuros e a termo. Para cada movimento facial presente atribui-se um ponto, sendo o escore máximo de 8 pontos. Considera-se a presença de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem de maneira consistente, durante a avaliação da presença de dor (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

O BIIP (*Behavioral Indicators of Infant* – Indicadores Comportamentais da Dor no Lactente) uma modificação recente do NFCS (*Neonatal Facial Coding System* - Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal), considerada uma escala multidimensional, pois inclui diversas dimensões de um mesmo domínio (comportamental), como a avaliação comportamental do estado de alerta do recém-nascido a termo ou pré-termo e a movimentação das mãos (mímica facial, choro e atividade motora), tornando a avaliação mais específica, através de pontuação que considera a dor um escore igual ou maior que 5. (GUINSBURG; CUENCA, 2010; HOLSTI; GRUNAU, 2007; HOLSTI et al., 2008; SILVA; SILVA, 2010).

A EDIN (*Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né* – Escala de dor e Desconforto do recém-nascido) é uma escala considerada multidimensional, uma vez que inclui várias dimensões de um mesmo domínio (comportamental) com indicadores como a mímica facial, movimentos corporais, qualidade do sono, contato com a enfermagem e consolabilidade; indicada para avaliar a dor persistente do recém-nascido crítico e desta forma, define a dor com pontuação igual ou maior que 7 (GUINSBURG; CUENCA, 2010).

A NIPS (*Neonatal Infant Pain Scale* – Escala de Avaliação da Dor Neonatal) é uma escala considerada composta, pois inclui indicadores de domínios diferentes (cinco parâmetros comportamentais e um fisiológico), validada no Brasil por Pereira et al (1999), pode ser utilizada para a avaliação da dor aguda ou pós-operatória (antes, durante e após procedimentos invasivos agudos) de recém-nascidos a termo e pré-termo, através dos seguintes critérios de avaliação: expressão facial, choro, respiração, movimentos de braços e pernas e estado de alerta. Considera dor com uma pontuação igual ou maior que 4 (GUINSBURG; CUENCA, 2010; SURASERANIVONGSE et al., 2006). É considerada com consistente validade e confiabilidade, porém com limitada utilidade clínica (LAWRENCE et al., 1993).

A CRIES (Crying, Requires of oxygen for saturation above 95%, Increased vital signs, Expression and Sleeplessness). Desenvolvida por Krechel e Bildiner (1995), para avaliação da dor do recém-nascido no pós-operatório, é considerada uma escala composta por avaliar parâmetros fisiológicos e comportamentais, obtendo-se uma pontuação máxima de dez pontos. Baseia-se nos parâmetros de choro (Crying), necessidade de oxigênio para manter a saturação maior que 95% (Requires increased oxygen administration), aumento da frequência cardíaca e pressão arterial (Increased vital signs), expressão facial (Expression) e ausência de sono (Sleeplessness), os quais são recomendados avaliar a cada 2 horas, nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso, e a cada 4 horas, após mais um ou dois dias. Seu escore pode variar de 0 a 10, sendo que um escore igual ou maior que 5 deve ser considerado como indicativo de dor.

A PIPP (*Premature Infant Pain Profile* – Perfil de dor do Prematuro) classificada como uma escala composta, pois inclui indicadores de domínios diferentes, foi desenvolvida por Stevens et al. (1996) e traduzida no Brasil por Bueno et al. (2013), passou por uma revisão atual e esta em fase de nova validação e testes de viabilidade de aplicação - PIPP-R (*Premature Infant Pain Profile - Revised* – Perfil de Dor do Prematuro – Revisão) (STEVENS et al., 2014). É considerada a escala mais bem validada para a dor aguda ou pós-operatória, principalmente para recém-nascidos pré-termo. Avalia a idade gestacional, o estado de alerta, frequência cardíaca e saturação de oxigênio e a mímica facial (fronte saliente, olhos espremidos e sulco naso labial aprofundado), cada aspecto de avaliação na escala varia de 0 a 3 pontos e sua pontuação total varia de 0 a 18 pontos em recém-nascidos a termo - RNAT e de 0 a 21 pontos em recém-nascidos pré-termos - RNPT, considerando como dor uma pontuação igual ou maior que 7, e dor moderada a intensa uma pontuação maior que 12 (BUENO et al., 2013; STEVENS et al., 2014).

A N-PASS (*Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale* – Escala Neonatal de Avaliação da Dor, Agitação e Sedação) foi desenvolvida para avaliar dor contínua e aguda durante um procedimento. É uma escala composta, pois considera indicadores de domínios diferentes (fisiológicos e

comportamentais) e diferenciada por avaliar também fatores como a sedação e a idade gestacional, sendo a sedação mensurada de maneira complementar à dor. Portanto, é indicada para avaliação de recém-nascidos com tubos endotraqueais ou cateteres como um 5º sinal vital; recém-nascidos em uso de analgésicos ou sedativos, cerca de 30 a 60 minutos após a administração de um analgésico; e no pós-operatório até suspensão destas medicações (HUMMEL et al., 2008).

Como a dor é um fenômeno complexo, uma vez que o neonato pode expressar inúmeras respostas a este fenômeno, independente do tipo de escala utilizada uni ou multidimensional; estudiosos consideram necessários alguns fatores contextuais para avaliar a dor: como a idade gestacional, a exposição à dor, comportamento, estado de saúde do bebê, intervenções terapêuticas, além de fatores demográficos como sexo e peso (SELLAM et al., 2011).

Considerando as escalas de avaliação de dor de neonatos e os fatores contextuais apresentados, vale ressaltar que a dor deve ser avaliada de maneira consistente e sistemática, visando um tratamento adequado, seja farmacológico ou não farmacológico; e que todas as escalas de dor apresentam vantagens ao definir um valor numérico que possibilite a melhor avaliação e tomada de decisão da equipe, e fragilidades como apresentar alguns critérios de avaliação subjetivos que dependerá do profissional que esta utilizando a escala como: reconhecimento de expressões facial, porém, estas poderão aos poucos ser aprimoradas, através de atualizações e novos estudos sobre a dor neonatal.

A dor é um fenômeno que sempre estará presente no cuidado ao neonato, e sua identificação, avaliação e tratamento pela equipe de saúde são ações importantes e relevantes para o bem estar do bebê, visto que interfere no restabelecimento de sua saúde e pode gerar consequências deletérias a curto, médio e em longo prazo, a esta criança (HOCKENBERRY; WINKELSTEIN; 2006; LEITE et al., 2006).

1.2 A prática profissional e o manejo da dor neonatal

O cuidado desenvolvimental é uma filosofia assistencial, cujo objetivo é promover a estabilidade clínica e a autorregulação do neonato, auxiliando desta forma, na conservação de energia para seu desenvolvimento e crescimento, através de medidas adotadas que visam o controle de ruídos, luminosidade, entre outros aspectos do ambiente; posicionamento e flexão do recém-nascido; agrupamento de cuidados para evitar a manipulação excessiva; incentivo ao aleitamento materno e participação dos pais no cuidado, promovendo assim o vínculo mãe-bebê. Estes fatores quando trabalhados pela equipe multidisciplinar, individualiza o cuidados aos recém-nascidos pré-termo (BYERS, 2003) e aos recém-nascidos a termo (LEITE, 2005).

Os serviços de saúde atualmente reconhecem o cuidado desenvolvimental e humanizado ao recém-nascido, contemplando o cuidado centrado na família, inclusive o manejo da dor neonatal, porém a ação é dificultada pela escassez de recursos, falta de sensibilização e instrumentalização da equipe, bem como a ausência de reflexões críticas sobre o processo de cuidado em equipe (GAÍVA; SCOCHI, 2004), o que pode gerar uma assistência tecnicista e pouco humanizada.

O cuidado de enfermagem e a assistência em saúde neonatal deve valorizar a participação da família, como a presença dos pais na tomada decisão na assistência ao seu bebê. Além, dos aspectos éticos que circundam o exercício dos profissionais de saúde, nos quais não causar dano ou evitar o mal são os princípios de todas as profissões na área da saúde (RIBEIRO, 2012).

Dentre os princípios éticos mais relevantes para a enfermagem, destacamos a **beneficência** ou **benevolência**: fazer o bem e evitar o mal para as pessoas ou sociedade; ajudar os outros a obter o benefício ou o que promova o bem-estar e reduzir riscos maléficos (danos) (DINIZ; GUILHEM, 2002).

Tal princípio é descrito pelo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/07) como **deveres** no Art. 12:

Assegurar à pessoa, família e coletividade assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência e Art. 18 - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

Assim, a participação da família na assistência aos neonatos é fundamental e um direito da família, além de um dever ético dos profissionais de saúde, garantindo a estas famílias autonomia durante o processo de internação de seu bebê.

A partir deste princípio, a dor neonatal deve ser tratada visto os inúmeros benefícios dos tratamentos não farmacológicos para a dor do recém-nascido, cabe ao profissional de saúde fazer uso da ética e implementar este manejo, atuando no conforto e na melhora do quadro de dor do bebê.

Ainda, não sentir dor é um direito de cidadania da criança e do adolescente hospitalizado conforme descrito na Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro pela Resolução nº 41/95 no Art. 7: “Direito de não sentir dor, quando existam meios para evitá-la” (BRASIL, 1995).

Também é descrito no artigo VI da Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro:

Nenhum prematuro será submetido à tortura nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana (TAVARES, 2009).

Apesar das evidências existentes, o subtratamento da dor ainda é uma realidade (PRESTES et al., 2005; SIMONS et al., 2003). Estudos demonstram algumas razões relacionadas à negligência dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento à dor do recém-nascido (RN), podem ser: o desconhecimento das formas de avaliação e dos métodos de alívio; falta de conhecimento da equipe sobre a capacidade do bebê perceber a dor e a inabilidade de expressá-la; ênfase no tratamento das condições clínicas e o receio dos efeitos adversos ou dependência dos recém-nascidos à opióides (MATHEW; MATHEW, 2003).

Capellini (2012) realizou um estudo descritivo de inquérito a profissionais de saúde de unidades neonatais de um hospital do interior paulista e investigação de dados em prontuários, com os objetivos de avaliar o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde sobre a avaliação e o manejo da dor neonatal, identificar os registros de avaliação e de intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor e ainda dimensionou a exposição dos neonatos a procedimentos de dor aguda. Sendo assim, chegou à conclusão que os profissionais realizam a avaliação da dor neonatal baseados principalmente nas alterações comportamentais (choro e mímica facial), que os mesmos desconheciam as escalas de avaliação da dor neonatal; que as medidas não farmacológicas mais citadas foram a administração de glicose com ou sem a sucção não nutritiva e ainda constatou que os neonatos, nestas unidades foram submetidos a 1.316 procedimentos potencialmente dolorosos, durante a primeira semana de internação, com média de 5,9 procedimentos por dia. Desta forma, concluiu que há um desconhecimento dos profissionais de saúde e sub-registro sobre a avaliação e o manejo da dor aguda no RN e que os neonatos são submetidos a inúmeros procedimentos potencialmente dolorosos, durante sua hospitalização necessitando de capacitação profissional e a elaboração de protocolos, nessas unidades neonatais.

O estudo de Maia e Coutinho (2011) afirma que o manejo da dor no neonato ainda é inadequado, pois se torna um desafio aos profissionais de saúde ampliar seus olhares para além do tratamento das condições clínicas e diminuir a lacuna entre teoria e prática. Devido à falta de conhecimento ou busca de conhecimento quanto à fisiopatologia da dor; a não utilização de métodos de avaliação; à falta de normatização sistemática ou protocolos; e à falha na comunicação entre a equipe multiprofissional. Ainda, acrescido a estes, há fatores subjetivos, como a dificuldade em desassociar as crenças pessoais no cuidado em saúde, como: “o recém-nascido não sente dor” (MAIA; COUTINHO, 2011).

Os investimentos em capacitação, facilitar o acesso dos profissionais à literatura específica e sensibilizar os profissionais acerca da avaliação e do manejo adequado da dor, faz-se necessário, com o intuito de proporcionar uma assistência integral, com qualidade e que proporcione um cuidado desenvolvimental e humanizado aos neonatos (SCOCHI et al., 2006).

Uma importante ferramenta para conscientização e capacitação profissional, que deve ser implementada nos serviços de saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), é a educação permanente, instituída pela Portaria GM/MS nº198 de 2004 – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004). Desta maneira, a transferência de conhecimentos, poderá contribuir com a lacuna entre teoria e prática profissional e beneficiar a assistência, incorporando o aprender e o ensinar no processo de trabalho, apontando o melhor caminho aos profissionais de saúde.

A transferência do conhecimento é “processo dinâmico e interativo que inclui a síntese; disseminação; troca e aplicação ética do conhecimento para melhorar a saúde; criar serviços e produtos de saúde mais efetivos e fortalecer o sistema de saúde”. Devido à complexidade em promover mudanças de comportamento e aos múltiplos fatores que podem facilitar ou dificultar, os esforços de implantação devem ser orientados por modelos teóricos ou conceituais (RICARTE et al., 2012).

Um estudo quantitativo, transversal, identificou 32 enfermeiros da UTIN de um hospital particular de São Paulo em como avaliam a dor no recém-nascido e quais as medidas realizadas por eles para o alívio. Os enfermeiros responderam a um inquérito sobre a avaliação e condutas no manejo da dor do neonato. Dentre os parâmetros citados pelos enfermeiros para a avaliação da dor, a expressão facial e o choro foram as mais citadas, seguido de alteração de sinais vitais, agitação e os parâmetros utilizados na escala NIPS (fisiológicos e comportamentais). Os métodos farmacológicos mais citados pelos profissionais para o alívio da dor do RN foram o uso de analgésicos anti-inflamatórios não esteroidais, os opióides, sedativos e os anestésicos locais. E o tratamento não farmacológicos de alívio da dor mais citados foram a mudança de decúbito, seguida de massagem local, sucção não nutritiva e o banho de imersão (CRESCÊNCIO, ZANELATO E LEVENTHAL, 2009).

Para Carbajal et al. (2008), os procedimentos dolorosos são os que interrompem a integridade da pele, causando ferimento ou lesão em mucosa em vias aéreas, trato digestivo ou trato urinário. Os procedimentos estressores são aqueles que de alguma forma perturbam, causam mal-estar e desequilibram o recém-nascido em seu ambiente.

Alguns procedimentos são considerados dolorosos para os neonatos como: aspiração traqueal e de vias aéreas superiores; punção de calcâneo; remoção de adesivos; passagem de sonda gástrica; punção arterial e venosa; cateter venoso; dissecação de veia; intubação e extubação; tratamento de lesões; fisioterapia respiratória; inserção e retirada de dreno de tórax; punção lombar; exame de fundo de olho; injeção intramuscular e subcutânea, sondagem vesical e passagem de cateter umbilical (CARBAJAL et al., 2008). E ainda, são considerados procedimentos dolorosos ou estressantes por Cignacco et al. (2008), a inserção/reinserção de pronga nasal de CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure* - pressão positiva contínua na via aérea), extubação, remoção de cateter venoso, remoção de

eletrodos, remoção de sonda gástrica e troca de fraldas. Este estudo, realizado em Basel na Suíça, ainda conclui que os enfermeiros tendem a classificar mais procedimentos dolorosos do que a equipe médica, como provável consequência da continuidade e proximidade na assistência de enfermagem que gera maior observação do comportamento do recém-nascido, em detrimento das avaliações pontuais dos médicos (CIGNACCO et al., 2008).

Reconhecendo a importância do manejo da dor aguda, diversos estudos desenvolvidos nas últimas décadas descrevem e recomendam medidas não farmacológicas para o seu alívio em recém-nascidos prematuros ou a termo, como: posicionamento adequado e posição fetal, mudança de decúbito, contenção facilitada (AXELIN, et al., 2009; LIAW et al., 2011; MEEK, 2012; WARD-LARSON et al., 2004), enrolamento (HUANG et al., 2004) diminuição dos estímulos táteis e ambientais (ruídos/luminosidade) (LAGO et al., 2009), sucção não nutritiva (GIBBINS; STEVENS, 2001), contato pele a pele em posição canguru (CASTRAL et al., 2008; CASTRAL, 2010; VIVANCOS, 2010; WARNOCK et al., 2010), aleitamento materno (LEITE et al., 2006; LEITE et al., 2009; SHAH et al., 2007; SHAH et al., 2009), oferecimento de leite natural ordenhado (LNO/LHO), uso da glicose em diversas concentrações (BUENO, 2011) e o uso da sacarose que já foi utilizada em várias concentrações, mas atualmente é mais administrada a 25% (GASPARDO, 2006; LIAW et al., 2011; STEVENS; YAMADA; OHLSSON, 2010). Estudos também revelam eficácia no alívio da dor com medidas não farmacológicas combinadas como a sucção não nutritiva combinada à glicose ou sacarose (TSAO et al., 2008), sacarose e contenção facilitada (punções repetidas) (CIGNACCO et al., 2012).

Além dos métodos não farmacológicos descritos acima se recomenda para um cuidado desenvolvimental adequado algumas ações simples e fáceis de serem realizadas na prática profissional e que garanta autonomia para serem realizadas por qualquer profissional da área da saúde que vise o bem-estar do RN, como: realizar o procedimento longe dos horários de repouso e mamada do recém-nascido, iniciar o procedimento doloroso com o bebê em alerta quieto, propiciar ambiente calmo e tranquilo, envolver a participação da mãe/pai no procedimento, monitorar a dor no RN como o 5º sinal vital, utilizando escalas validadas para facilitar o emprego de analgésico e acompanhamento do estado do recém-nascido; continuar a monitorar os parâmetros fisiológicos após o procedimento até o mesmo retornar as condições basais e não planejar qualquer outro procedimento invasivo antes de 2 horas (LAGO et al., 2009).

Quanto às medidas farmacológicas para o alívio da dor do RN incluem-se os fármacos analgésicos não opióides como a dipirona e o paracetamol; os opióides potentes como o fentanil e a morfina; opióides fracos como o tramal; os sedativos como midazolan e hidrato de cloral; os anestésicos locais como o “botão” de xylocaína e a aplicação de *Eutectic Mixture of Local Anesthetics*

(EMLA) (GUINSBURG, 1999; NASCIMENTO et al., 2011). Porém, qualquer um dos métodos farmacológicos deverá ser prescrito pelo médico após a avaliação da dor e/ou do procedimento doloroso que será realizado.

Harrison et al. (2013) realizou uma pesquisa eletrônica, em Victória – Canadá, à enfermeiros cadastrados em um grupo especial de interesse em imunizações. O inquérito incluía questões como: a frequência de uso de estratégias de redução da dor durante vacinas para bebês, lactentes e crianças; técnica dos procedimentos intramuscular (vacinas) e existência de uma política articulada à gestão da dor. Após o envio do inquérito via email, 125 enfermeiros responderam a pesquisa. Destes, apenas 15,2% declararam que seu local de trabalho possuía uma política de gestão de dor durante imunizações (escalas de avaliação, protocolos), 86 % declararam que não possuíam uma política de gestão e 16,0% não tinham certeza. Ainda, 76,0% dos sujeitos responderam que utilizam “frequentemente” ou por “muitas vezes”, alguma estratégia distração durante a imunização, para todas as faixas etárias. E quando questionados sobre a amamentação durante a imunização de crianças menores de 6 meses, 44,6% dos enfermeiros responderam que ocasionalmente fazem uso da amamentação durante ou antes do procedimento doloroso, 9,1% dos participantes utilizaram a amamentação muitas vezes e 45,5% nunca, mesmo com as evidências da amamentação para o alívio da dor do bebê (neonato ou lactante). Sacarose ou outras soluções doces quase nunca foram usadas para lactentes antes, ou durante, a imunização. A conclusão do inquérito foi que muitas estratégias de distração foram citadas durante e após a imunização, mas a sacarose e o aleitamento materno foram raramente utilizados, portanto o estudo realizou a seguinte recomendação, que o uso de estratégias como amamentação ou soluções adocicadas devem ser facilitados em diversos contextos e sempre que possível.

A produção científica sobre a dor neonatal está em processo de constante atualização, acrescentando continuamente novas descobertas. Embora haja um número relevante de artigos e estudos que envolvem esta temática, nos questionamos quais são os fatores facilitadores ou dificultadores no manejo adequado da dor neonatal nesta maternidade?

Diante do exposto, o presente estudo insere-se nas propostas do cuidado atraumático, desenvolvimental e humanizado ao RN, visando transformações no padrão de assistência, na perspectiva da prática baseada em evidência, e sensibilizar a equipe de enfermagem no que se refere à avaliação da dor neonatal e tratamento não farmacológico. Espera-se ainda, subsidiar pesquisas futuras e ações no serviço de saúde em prol da melhoria da assistência neonatal, com relação ao manejo adequado da dor nessa população.

2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Identificar o manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto – SP.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar o conhecimento e as práticas adotadas pelos profissionais de enfermagem, técnica do laboratório e médicos pediatras sobre a avaliação e ao tratamento não farmacológico da dor neonatal.
- ✓ Identificar os fatores facilitadores e dificultadores no manejo adequado da dor neonatal na maternidade.

3 Quadro Teórico

3 QUADRO TEÓRICO

3.1 Construindo a Humanização do Cuidado em Saúde: Assistência Humanizada ao Neonato e Família

A palavra “humanismo” deriva do latim *“humanus”*. Segundo autores um “humanista” pode ser definido como alguém que confere grande importância à vida e aos valores humanos. Desta forma, o humanismo evidencia valores como a liberdade, a razão, as oportunidades e os direitos dos indivíduos (DESLANDES, 2006).

O humanismo é caracterizado como uma postura de vida que valoriza a ética, a democracia, os direitos humanos e a responsabilidade de cada indivíduo dar sentido à própria vida (IHEU – *Minimun Statement on Humanism*, 2014).

Estudiosos atribuem a origem do humanismo a Sócrates (século III a.C.), que foi o pioneiro na discussão, ao colocar em dúvida a existência dos deuses oficiais da Grécia Antiga e focar suas preocupações na natureza humana. O estoicismo (uma filosofia fundada em Atenas no início do século III a.C.), por Sócrates e Cícero, também contribuiu com as ideias humanistas uma vez que difundiam os princípios sobre a natureza do homem e a solidariedade. No entanto, durante a idade média na Europa (entre os séculos XIV e XVII), estes pensamentos foram dominados e obscurecidos pelo domínio da religião, refloreando somente no Renascimento, o qual foi considerado um período de redescoberta e revalorização de referências culturais da antiguidade clássica, como ideal humanista e naturalista, através da busca da felicidade nos prazeres da vida, nas transformações culturais e da admiração do que era belo (DESLANDES, 2006).

No século XVIII, o iluminismo um movimento cultural da Europa que procurou mobilizar o poder da razão, cuja finalidade era transformar a sociedade, teve um grande filósofo – Voltaire, que estudou e aprofundou algumas concepções originais do humanismo, em conjunto com a liberdade de expressão, a tolerância religiosa e ações humanas da época. Este período de transformações do iluminismo foi de grande valia para a humanidade, pois foi o início dos questionamentos sobre os direitos humanos pela sociedade da época. Então entre 1789-1799, ocorreu um período de grande agitação política e social na Europa denominado de Revolução Francesa, período no qual a população europeia lutou pelo direito dos indivíduos através do lema liberdade, igualdade e fraternidade (DESLANDES, 2006).

Este período entre o iluminismo e a Revolução Francesa acarretou em teorias sobre a lei natural, desenvolvidas por filósofos, que influenciaram a adoção de documentos como a Declaração de

Direitos (1689) da Inglaterra, a Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão (1789) da França e a Carta de Direitos (1791) dos Estados Unidos os quais foram precursores da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH - 1948).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos fez com que os governos se comprometessem em conjunto aos seus povos, a tomarem medidas contínuas para garantir o reconhecimento e efetivo cumprimento dos direitos humanos, anunciados na Declaração. Da qual destacamos aqui o artigo 5º: “Ninguém será submetido à tortura nem a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes” (UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS, 1996).

Após a Revolução Industrial e a introdução do capitalismo à economia mundial, surgiram intensas mudanças socioeconômicas, culturais e tecnológicas e foi quando, estudiosos modernos indicaram uma crítica ao iluminismo, relatando que o mesmo levou a sociedade ao antropocentrismo, ao absolutismo da ciência e da técnica, e conseqüentemente, ao menosprezo das emoções, cabendo-se assim, ao século XXI restituir à humanidade os antigos valores de solidariedade e humanismo, ou seja, equilibrar razão e emoção (DESLANDES, 2006).

Segundo Deslandes (2006) o termo “humanismo” entrou em pauta como prioridade política e como tema de pesquisas na área da saúde, a partir da publicação da obra de Boltanski (1950, 1ª edição), “As Classes Sociais e o Corpo” a qual sugere uma visão de equilíbrio entre o cuidado desinteressado ao enfermo, caridade e religiosidade, surge assim, o termo “humanização” (BOLTANSKI, 2004).

Nesse ponto, cabe-nos conceituar o que seria o cuidado em saúde. Como senso comum, o cuidado em saúde pode ser considerado um conjunto de procedimentos e técnicas, com a finalidade de êxito em algum tratamento. Para Cecílio (2011) o cuidado pode ser definido como o provimento e a disponibilidade de tecnologias de saúde de acordo com as necessidades específicas e singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, garantindo-lhe bem estar, segurança e autonomia para seguir uma vida produtiva.

Contudo para Boff (2002) o cuidado é uma atitude de zelo e responsabilidade, um momento de afetividade entre os sujeitos. Sendo assim, ele é muito mais complexo, uma vez que envolve a interação entre dois ou mais sujeitos, cujo objetivo corrobora no alívio do sofrimento ou bem estar, agregado a sabedoria e conhecimentos (AYRES, 2004).

Nessa lógica, compreendemos que o cuidado em saúde deve se dar na interação entre os profissionais de saúde e seus pacientes, de forma afetiva, educada, com comprometimento, ética profissional, agregando a capacidade de construir vínculos e conseqüentemente, um cuidado mais individualizado, de qualidade e humano.

Ao longo destas décadas, inúmeras concepções e conceitos de humanização foram se configurando, eis alguns publicados na literatura:

Humanização é o ato de humanizar, ou seja, dar estado ou condições de homem, no sentido de ser humano (GRANDE BIBLIOTECA LAROUSSE CULTURAL, 1998).

Humanização é o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR, 2003).

Humanização diz respeito à mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (MINISTÉRIO DA SAÚDE, POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR, 2003).

Buscando-se esse ideal, atualmente, observam-se inúmeros esforços e discursos em nível mundial, nacional e local, de temas relacionados à humanização da atenção em saúde que culminaram em legislações e políticas que exigem e investem na melhoria da qualidade da assistência em saúde e a humanização desta. Porém, como vimos nesse breve histórico, à humanização é algo muito mais complexo e filosófico, pois envolve transformações em nossa maneira de pensar e atuar em saúde, além de requerer mudanças individuais (de cada profissional) e que ao mesmo tempo promova ações coletivas, com o ideal de um atendimento humanizado em equipe.

A dicotomia entre a humanização e a tecnologia é histórica, uma vez que os avanços tecnológicos tornam o cuidado e as relações humanas, mais objetivas, práticas e individualistas e fica nítido o descompasso das instituições de saúde e dos profissionais em incorporar os avanços tecnológicos ao apelo à humanização da assistência. Será um desafio diário, a integração de ambos, porém, é algo cada vez mais inevitável (ARONE; CUNHA, 2007).

No Brasil, a preocupação com a humanização do atendimento surgiu em meados dos anos 70, quando alguns estudos demonstraram a necessidade de humanização em saúde, que se configuraram através das políticas e estratégias criadas pelo Ministério da Saúde (CASATE; CORRÊA, 2005).

Mello (2008) citou inúmeras mudanças que ocorreram na área da saúde no Brasil entre as décadas 1970-1980 como a interiorização à assistência à saúde e saneamento para o nordeste, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, as Ações Integradas de Saúde, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), programas que não foram tão eficazes para a saúde no Brasil, mas que incitaram a necessidade de ajustes no sistema de saúde. Desta forma, em 1988 a Constituição Federal, constituiu o Sistema Único de Saúde (SUS).

O principal objetivo do SUS é ser universal, humanizado e de qualidade com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população. Embora tenha obtido algumas conquistas importantes, ainda não atingiu grande parte dos problemas de saúde da população como a

dificuldade de acesso aos serviços e o difícil relacionamento com os profissionais da saúde e gestores desencadeados pela burocracia (MELLO, 2008).

Segundo Bolela (2008) as relações entre a humanização e os princípios do SUS são: a garantia de acesso e garantia da qualidade destes serviços. E para que a humanização ocorra os profissionais devem ser capazes de reconhecer as necessidades dos usuários, garantir um atendimento com respeito às singularidades de cada indivíduo.

Com a finalidade de aprimorar a assistência do SUS, surgiu o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) um programa do Ministério da Saúde lançado em 2000 que propôs um conjunto de ações integradas que visavam alterar o padrão de assistência de hospitais públicos, melhorando a qualidade e a eficácia dos serviços prestados por estas instituições (BRASIL, 2001c).

A Política de Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003, com o objetivo qualificar práticas de gestão e de atenção em saúde. Visando através dos conceitos de humanização a produção de novas atitudes e processos éticos por parte de trabalhadores, gestores e usuários - "HUMANIZASUS" (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2010a).

Alinhada às estratégias da PNH foi publicada em 2012 foi instituída a Política Estadual de Humanização (PEH) na qual a Secretaria de Estado da Saúde (SES), através da Resolução nº 116/12, instituindo que cada instituição de saúde deve possuir um Centro Integrado de Humanização (CIH), que possui como diretriz a valorização da dimensão subjetiva e social; o fortalecimento do trabalho em equipe; a utilização da informação, da comunicação, educação permanente e dos espaços de gestão na construção da autonomia e protagonismo e a promoção do cuidado (SÃO PAULO, DIÁRIO OFICIAL PODER EXECUTIVO, 2012).

Sob a ótica do ideal de "humanização da atenção à saúde", encontram-se diferentes iniciativas no Brasil, como a política nacional, citada anteriormente (HumanizaSus) e propostas técnicas específicas, como políticas públicas voltadas à saúde da criança, da mulher e à família: como a Humanização do Parto, Maternidade Segura e o Método Canguru.

Neste ponto, desenvolvemos nosso olhar especificamente para as legislações e ações de humanização em saúde voltadas a atenção neonatal, como principal referência de investigação desta pesquisa.

Em primeiro lugar, destaca-se o fato de que internacionalmente, o Brasil assumiu algumas metas dos "Objetivos do Desenvolvimento do Milênio", dentre as quais está a redução da mortalidade infantil. O Objetivo do Desenvolvimento do Milênio nº 4 tem como meta reduzir em dois terços, de 1990 a 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade. Portanto, o cuidado com a saúde

do bebê apresenta importância fundamental para o cumprimento desta meta, assim como a promoção de melhor qualidade de vida (BRASIL, 2000).

Baseados nestas necessidades, internacionais e principalmente nacionais foram criados alguns programas pelo Ministério da Saúde, com características específicas visando melhorar a qualidade da assistência dos neonatos e consequentemente os índices de mortalidade infantil.

Dentre estes programas, está o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS nº 569, de junho de 2000 tem por objetivo garantir um atendimento digno, humano, seguro e de qualidade às gestantes durante o ciclo gravídico-puerperal. Aqui destacamos também como um objetivo do programa que “todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura” (BRASIL, 2001a; BRASIL, 2010b).

A humanização do nascimento, por sua vez, compreende ações desde o pré-natal até o nascimento que buscam evitar condutas errôneas na assistência ao recém-nascido. Assim, o Ministério da Saúde lançou por meio da Portaria nº 693, de 5 de julho de 2000, a norma de “Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - Método canguru” (BRASIL, 2001d). Através desta norma, atualizada pela Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007, os hospitais possuem as informações necessárias à aplicação do método canguru e a recomendação para que a atenção prestada ao recém-nascido caracterize-se pela segurança técnica profissional e por boas condições hospitalares, aliadas à suavidade no toque na execução de todos os cuidados realizados (BRASIL, 2007).

Agregada à estas políticas de humanização das maternidades, surgiu a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em Florença, na Itália, entre os dias 30 de julho e 1º de agosto de 1990, através da “Declaração de Innocenti” que foi adotada por representantes de organizações governamentais, não governamentais (ONGs) e defensores da amamentação de todas as nacionalidades no encontro *“Breast feeding in the 1990s”*. Sendo assim, a *“Global Initiative”* organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foi idealizada com o objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O seu objetivo é mobilizar e sensibilizar os funcionários dos serviços de saúde para alterarem as condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso, foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011).

Esta foi atualizada recentemente, pela portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 (BRASIL, 2014a). Que redefine os critérios de habilitação da IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS. Portanto,

além dos 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, citados pela IHAC, as maternidades que forem auditadas nos próximos anos deverão:

Cumprir o critério global Cuidado Amigo da Mulher, que requer as seguintes práticas: garantir à mulher, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional; ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves; incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando as condições para tal; garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave; disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal; assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher; e caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de doula comunitária ou voluntária em apoio à mulher de forma contínua, se for da sua vontade (BRASIL, 2014a).

Tal atualização surgiu, após inúmeras críticas de que a IHAC era apenas uma iniciativa amiga da criança e que, segundo os críticos, era “inimiga da mulher”, uma vez que não trazia regulamentações específicas sobre uma assistência mais humanizada às mulheres pelas maternidades. De qualquer forma, observa-se com essa renovação o foco agora é o binômio, agregando a participação da família nesta construção de um parto e pós-parto, mais humano.

Ao nascerem os recém-nascidos passam por um intenso estresse devido às alterações fisiológicas devidas à transição da vida intrauterina dependente (para nutrição, oxigenação e suplementação) para uma vida extrauterina independente (ASKIN, 2002). Além desse estresse de alterações sistêmicas logo após o nascimento os neonatos enfrentam várias intervenções dolorosas de rotina (injeções intramusculares como a vacina da hepatite B e a vitamina K) que são realizadas logo após o nascimento.

Acrescidas a estas intervenções de rotina, alguns bebês são submetidos a procedimentos dolorosos de unidades neonatais, principalmente os RNPT ou os RN que nascem com estado de saúde crítico ou semicrítico, sofrendo desta forma, desconfortos logo nos primeiros dias de vida, além de ficarem longe de suas progenitoras logo nas primeiras horas de vida. Tal situação promove um paradoxo ao cuidado em saúde dos neonatos, uma vez que deveria se assegurar ao bebê um ambiente calmo e protegido, para corroborar no seu desenvolvimento adequado.

Com base nessas observações, a psicóloga norte-americana Als formulou na década de 1980 a teoria síncrono-ativa do desenvolvimento, na qual os comportamentos dos prematuros foram

analisados de acordo com cinco subsistemas: fisiológico, motor, comportamental, de interação e regulador. Segundo a autora, durante cada estágio do desenvolvimento do bebê estes subsistemas se desenvolvem de forma independente, mas ao mesmo tempo, interagem entre si e com o ambiente. Desta forma, a mesma autora desenvolveu o Programa de Avaliação e Cuidado Desenvolvimental Individualizado ao Neonato (NIDCAP - *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*), o qual engloba ações de cuidado desenvolvimental ao recém-nascido, porém não deve ser confundido com o cuidado desenvolvimental, uma vez que o NIDCAP trata-se de um instrumento que pode ser utilizado para implementar este cuidado (AITA; SNIDER, 2003; ALS, 1982).

Levando-se em consideração o contexto político nacional, as estratégias do Ministério da Saúde e a rica literatura científica nacional e internacional, que impulsionam a humanização e voltando o olhar para a assistência neonatal, observamos que a inserção da família no processo de trabalho objetiva estimular o estabelecimento de vínculos, para tentar suprir desta forma, as necessidades do neonato, da família e dos profissionais de saúde. Porém, existem desafios a serem superados para estabelecer completamente este ambiente humanizado, com a total participação da família na assistência dos neonatos.

E assim chegamos ao cuidado desenvolvimental, citado na introdução deste estudo, o qual baseia-se em um plano de assistência individualizado, que busca atender as necessidades específicas de cada neonato e família, por meio de um suporte ao desenvolvimento dos neonatos internados e adequações das unidades de neonatais, visando minimizar os efeitos deletérios e melhorar o prognóstico dos bebês (BYERS, 2003).

Os componentes do cuidado desenvolvimental compreendem o manejo do ambiente (redução de ruídos e luminosidade), posicionamento do RN em posição de flexão (posição intrauterina), agrupamento de cuidados (manipulação mínima), sucção não nutritiva, cuidado canguru e o incentivo ao aleitamento materno e atividades de autorregulação (BYERS, 2003). Além disso, o cuidado desenvolvimental e humanizado ao recém-nascido deve reconhecer e contemplar o manejo adequado da dor neonatal e o cuidado centrado na família, como estratégia de uma assistência humanizada (CAPELLINI, 2012).

Cabe também ressaltar o conceito de cuidado atraumático, trazido por Hockenberry e Winkelstein (2006), o qual se preocupa com quem, o quê, quando, como, onde, por que e como qualquer procedimento deverá ser realizado, esta gestão de procedimentos implica em um cuidado terapêutico e com redução de dados ao neonato. O cuidado atraumático também prevê evitar ou minimizar a dor do RN e a separação bebê família.

É neste contexto, do cuidado desenvolvimental e atraumático ao neonato, que o Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado da Criança e ao Adolescente (GPECCA) tem investido no

desenvolvimento de estudos que contemplam a participação da família no cuidado, tendo o subgrupo Enfermagem neonatal buscado evidências sobre a efetividade da amamentação, do leite humano e do contato pele a pele na posição canguru no alívio da dor do recém-nascido a termo (LEITE et. al., 2006) e pré-termo (CASTRAL, 2010; RIBEIRO, et al. 2013).

Portanto, o presente trabalho visa uma análise do conteúdo dos relatos dos profissionais de saúde entrevistados, observando a interferência que o processo de trabalho e o conceito de humanização, pesam no seu poder de decisão e estabelecimento de algum tipo de cuidado, mais especificamente durante a avaliação e o manejo da dor neonatal.

4 Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Método

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, com abordagem metodológica quali-quantitativa. Neste tipo de estudo, o propósito é observar, registrar, analisar, classificar, interpretar, descrever e documentar alguns aspectos do objetivo da pesquisa, sem a interferência do pesquisador (POLIT, 2011; SOUSA et al., 2007).

O método quantitativo permite identificar os interesses do estudo de forma sintática, objetiva e rigorosa; frequentemente, quantifica relações entre variáveis independentes e dependentes destacando “causa” e “efeito” de forma dedutiva (BURNS; GROVER, 2005; POLIT, 2011). Segundo (2005), os estudos quantitativos são caracterizados pela qualidade, confiabilidade e reprodutividade dos resultados. Além disso, consegue envolver uma quantidade maior de sujeitos (MINAYO; SANCHES, 1993; TURATO, 2005).

A metodologia qualitativa é subjetiva e indutiva tem um caráter exploratório mais amplo, que responde a questões interpretando os motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes/hábitos dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2001). Sendo assim, tal abordagem metodológica, permite a abertura e compreensão da complexidade presente nas relações sociais, por meio da flexibilidade, observação e interação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa (MINAYO; DESLANTES; GOMES, 2007).

Quando optamos pelas duas abordagens, tivemos a intenção de ter uma integração e uma complementaridade de análise, conforme Minayo e Sanches (1993) descrevem as duas abordagens como, necessárias e devendo ser utilizadas como complementares, sempre que o planejamento da investigação esteja em conformidade entre as abordagens.

Para Deslandes e Assis (2002, p.195), um dos modelos desse tipo de integração entre as abordagens quali-quantitativa pode ocorrer com o predomínio de um dos polos, como se aproxima estudo, onde a etapa qualitativa é complementar a etapa quantitativa, porém ao longo da discussão optamos por momentos de discussão e comparação entre os resultados das abordagens, visando a melhor identificação do conhecimento e prática profissional acerca do manejo da dor neonatal na maternidade do estudo, o qual é fruto de investigação da vivência e problematização do cotidiano de trabalho da enfermeira pesquisadora.

4.2 Local do estudo

Este estudo foi realizado em uma maternidade de Ribeirão Preto – SP. O município de Ribeirão Preto está localizado no interior do estado de São Paulo, cerca de 310 km da capital do estado. Sua população no último censo de 2010 era de 604.682 habitantes, com uma densidade populacional (2010), de 928,92 habitantes por km². Possui uma área de 650,366 km², sendo que 127,309 km² estão em perímetro urbano e 523,051 km² restantes na zona rural, de acordo com o censo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

As principais atividades do município estão centradas no comércio e na prestação de serviços, no entanto, a agricultura se desenvolveu muito e ganha um papel de destaque na região na produção de álcool - combustível.

Ribeirão Preto encontra-se habilitado enquanto gestão através do Pacto pela Saúde, e apresenta, atualmente, cerca de 17 hospitais (públicos e privados) entre estes, a maternidade onde o estudo foi realizado. Seguem algumas características da maternidade: os atendimentos, em sua totalidade, são conveniados ao SUS e também é campo de ensino e treinamento para estudantes de graduação e pós-graduação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). A maternidade assiste à mulheres com gestação de baixo e médio risco obstétrico, com cerca de 270 partos/mês, dos quais aproximadamente 90% representam partos de recém-nascidos a termo, advindos do município de Ribeirão Preto ou região.

Quanto à estrutura física possui 95 leitos no total os quais são: 4 leitos de observação (pronto atendimento), 7 leitos de pré-parto (parturientes), 4 leitos de recuperação anestésica (2 leitos para adultos e 2 berços para neonatos), enfermaria cirúrgica com 6 leitos (cirúrgicos/ginecológicos), alojamento conjunto com 68 leitos (34 leitos para puérperas e 34 berços para recém-nascidos) e unidade de cuidados intermediários neonatal com 6 leitos (incubadoras e berços aquecidos).

Quanto aos recursos humanos: a maternidade possui cerca de 210 profissionais contratados e cerca de 50 profissionais terceirizados (limpeza, segurança e técnicos de exame de imagem). Entre os profissionais de saúde apresenta: 23 médicos contratados para ginecologia e obstetrícia, 18 pediatras/neonatalogistas, 25 enfermeiras, 59 auxiliares de enfermagem e 5 técnicas de enfermagem – com exceção dos gerentes e coordenadores de equipe.

A instituição preocupa-se com a qualidade e humanização da assistência, por isso desde 2012, atende várias exigências da Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo – SES-SP, e

apresenta alguns comitês e comissões que atuam diretamente ao cuidado com a assistência, trabalhadores e meio ambiente, visando à busca de qualidade, são estes:

- Comitê de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH): o qual gerencia e propõe melhorias de documentos, gestão, liderança, estrutura, investimento e qualificação de pessoas, grau de satisfação de usuários e funcionários e resultados (indicadores de qualidade);

- Centro Integrado de Humanização (CIH), o qual propõe um plano de ação de melhoria contínua das ações de humanização em todos os setores da maternidade, incluindo humanização da força de trabalho;

- Núcleo de Segurança do paciente (NSP) que realiza o gerenciamento de risco e possui protocolos e planos de ação visando a melhoria na segurança do paciente com a constante preocupação em redução/isenção de riscos, danos e erros;

- Comissão de Educação Permanente que propõe treinamentos contínuos e integração para funcionários;

- Comissão de Compromisso com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança responsável pela organização dos treinamentos de equipe acerca do IHAC a cada 2 anos e recepção dos auditores;

- Comitês de Ética Médica e de Enfermagem, discute os casos clínicos encaminhados a estes;

- Comissão de Pesquisa Clínica, a qual atua aprovando ou reprovando e acompanhando os pesquisadores e pesquisas realizadas na instituição;

- Comissão de Jornada Científica responsável pelo planejamento e organização planejamento da Jornada Anual sobre ginecologia, obstetrícia e neonatologia;

- Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que realiza a vigilância dos indicadores de infecção, realiza treinamentos e visitas técnicas aos setores visando a redução de riscos e indicadores infecciosos e consequentemente melhoria da segurança ao paciente e funcionários;

- Comissão de Gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (CGRSS) e Perfurocortantes, a qual realiza a gestão de resíduos, realiza treinamentos e acompanha a segregação, armazenamento e destino final de cada resíduo produzido pela instituição e capacita e treina os profissionais quanto a coleta seletiva e responsável na instituição;

- Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), responsável pela segurança interna de profissionais e treinamentos da brigada de incêndio;

- Comissão de Intercorrências Clínicas, a qual discute casos clínicos e atuação da equipe em casos específicos, buscando falhas na assistência prestada e orientações para a equipe;

Enfim, as comissões e comitês acima descritos, o foram para contextualizar o quanto os membros desta maternidade – administrativos, diretoria e equipe assistencial buscam a cada dia,

melhorar e realizar uma assistência humanizada e de qualidade, tanto para a mulher quanto para o neonato e família.

A maternidade caracterizada por tantos grupos de pessoas que atuam com a discussão coletivas segue a LEI nº11.108, de 7 de abril de 2005, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS; promove medidas de alívio da dor farmacológicas e não farmacológicas, à parturiente no pré-parto e promove apoio e o empoderamento da mulher no parto (BRASIL, 2005).

Também segue a portaria nº 371, de 7 de maio de 2014 que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde, antes mesmo desta ser instituída em maio deste ano; promovendo em sua prática diária o contato pele a pele imediato (em partos normais e cesáreas), o clampeamento do cordão umbilical após cessadas suas pulsações e seguindo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança – IHAC que estimula o aleitamento materno na primeira hora de vida (ainda no centro obstétrico e/ou recuperação anestésica) (BRASIL, 2014b).

Este serviço estimula e apoia o aleitamento materno, cuja prática é reconhecida com o título Hospital Amigo da Criança desde 2002, a qual foi idealizada em 1990 pela OMS/UNICEF, para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. O objetivo é mobilizar e sensibilizar os funcionários dos serviços de saúde para alterarem as condutas e rotinas responsáveis pelos elevados índices de desmame precoce. Para isso foram estabelecidos os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno. (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 2011). A qual foi atualizada recentemente, pela portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 que redefine os critérios de habilitação da IHAC, como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do SUS, como já detalhado anteriormente (BRASIL, 2014a).

Em complemento às ações de humanização listadas acima, a instituição participa do Projeto Nascer – que dentro da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, consiste em garantir à gestante o mínimo de 6 consultas de pré-natal na UBS e um hospital conveniado ao SUS para assistir a gestante no seu último mês de gravidez, no trabalho de parto e no parto (BRASIL, 2003b); e o Projeto Floresce uma Vida – que visa garantir e melhorar o atendimento pré-natal de todas as gestantes, incentivar o aleitamento materno e reduzir o desmame precoce, garantir e melhorar o atendimento de puericultura dos recém-nascidos, identificar e viabilizar a busca ativa de recém-nascidos de risco residentes no município, identificar distúrbios de desenvolvimento infantil e integrar os diversos programas da Secretaria ligados direta ou indiretamente a atenção da criança (RIBEIRÃO PRETO, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1995).

Contextualizando, a humanização da assistência, ao tema desta pesquisa, manejo não farmacológico da dor neonatal, em 2012, a maternidade adquiriu o uso da sacarose a 25% como um método não farmacológico para alívio da dor neonatal, para procedimentos dolorosos como punções venosas, calcâneos, arteriais, lombares, etc; segue um protocolo da instituição, utilizando a sacarose a 25% de 1 a 2 minutos antes do procedimento doloroso, com uma dosagem de 0,5ml/kg, com administração de no máximo 2ml e repetição desta dose, no máximo quatro vezes ao dia. Porém, na prática, observou-se que como a maternidade não aplicou seu sistema de gestão de qualidade, padronizando algumas condutas, este documento não foi descrito como um documento formal (protocolo) e repassado aos funcionários, há somente orientações médicas verbais e informais, o que geram muitas dúvidas, o possível uso indiscriminado da sacarose e a preferência pela sacarose a 25% em detrimento de outros métodos não farmacológicos como a amamentação, contato pele a pele na posição canguru, sucção não nutritiva, conforto, posicionamento e etc.

4.3 População do estudo

A população do estudo foi constituída pela equipe de saúde que atua na maternidade, que correspondia no momento de coleta a:

- Enfermagem constituída por 25 enfermeiras incluindo a gestora, 5 técnicos de enfermagem e 59 auxiliares de enfermagem;
- Médicos pediatras que correspondiam, no momento da coleta de dados, a 18 médicos contratados;
- Biomédica de formação, mas contratada como técnica do laboratório de coleta de exames.

4.4 Critérios elegíveis

Critério de inclusão: todos da equipe de enfermagem e pediátrica que realizam assistência direta aos neonatos e os respectivos coordenadores responsáveis pelos protocolos e gestão das equipes no serviço e a técnica do laboratório que realiza a coleta em neonatos no período da manhã.

Critério de exclusão: profissionais que não realizam assistência direta aos usuários do serviço de saúde como as funcionárias da Central de Materiais Estéreis (CME), os funcionários que estavam

afastados durante o período de coleta dos dados, seja por licença maternidade, licença saúde ou férias. Além disso, foram excluídos do estudo os médicos pediatras residentes e docentes, pois estes realizam abordagens pontuais ao serviço e raramente participam das decisões e alterações de rotinas desta maternidade.

4.5 Coleta de dados

O processo de coleta de dados foi realizado em duas etapas, primeiramente uma colaboradora da pesquisa convidou os profissionais de saúde, explicou sobre o projeto e aplicou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C) e confirmou a participação dos interessados. Em seguida, foram entregues os questionários de autopreenchimento, que foram devolvidos logo após o preenchimento completo. Em uma segunda etapa a responsável pelo projeto, realizou as entrevistas gravadas conforme metodologia qualitativa e o processo de transcrição das entrevistas contou com o auxílio de uma aluna de iniciação científica, visando a otimização do período de coleta.

4.5.1 Etapa 1: Coleta de dados quantitativos

A etapa quantitativa do estudo seguiu o método *survey*, que segundo Kraemer, Cash e Nunamaker (1991), é descrito como a obtenção de dados ou informações sobre características, ações ou opiniões de um determinado grupo (neste caso população), por meio de um questionário objetivo (Apêndice A). O método *survey* ainda ressalta que as alternativas para as questões fechadas devem ser exaustivas para cobrirem todas as possíveis respostas e que somente questões relacionadas ao problema devem ser incluídas. Portanto, optou-se por utilizar itens Likert, o qual deseja medir o nível de concordância ou não concordância à afirmação como: nunca, poucas vezes, às vezes, muitas vezes e sempre (LIKERT, 1932).

Em questionários extensos e em uso de itens Likert, como no caso deste estudo, pode haver uma tendência dos sujeitos da pesquisa em oferecer as mesmas respostas para várias questões, porém ao entregar o questionário a colaboradora do estudo orientou os participantes a lerem todas as questões e alternativas e responderem com a alternativa que considerassem mais adequada,

minimizando uma possível tendência. Além disso, na análise de dados, foi analisada a frequência de respostas por questão, essa análise independente, também proporciona a redução deste viés.

As questões foram redigidas de forma clara e precisa, considerando o nível de informação dos respondentes (neste estudo auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiras, técnica do laboratório e médicos); sugere que as questões devem possibilitar uma única interpretação e que o número de perguntas deve ser limitado; além disso, a sequência das perguntas deve ser considerada sempre que houver possibilidade de influência das perguntas às seguintes respostas (KRAEMER; CASH; NUNAMAKER, 1991; PINSONNEAULT, KRAEMER, 1993).

Portanto, o inquérito demográfico foi realizado por meio de um questionário considerando como principais variáveis:

Dados pessoais: idade, ocupação, grau de instrução.

Dados profissionais: Experiência profissional, carga horária de trabalho semanal, outros vínculos.

Dados Específicos: procedimentos considerados dolorosos; identificação da dor; uso de instrumentos para mensurar a dor; uso de medidas não farmacológicas para o tratamento da dor, processo de tomada de decisão na avaliação e tratamento da dor.

O questionário trata-se de uma adaptação concedida pela autora do projeto de pós-doutorado “Transferência do conhecimento no uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, financiado com bolsa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, cuja responsável é a Dra. Marialda Moreira Christoffel (Anexo A). O tempo gasto na realização do autopreenchimento do questionário (Apêndice A) foi por volta de 20 minutos.

4.5.2 Etapa 2: Coleta de dados qualitativos

Para a coleta dos dados que envolveu a etapa qualitativa do estudo, alguns profissionais foram intencionalmente escolhidos, pois foram convidadas pessoas chaves para o foco do estudo, neste caso os líderes de equipe reais que possuem algum cargo ou líderes considerados, ou seja, funcionários que se destacam pelo espírito de liderança dentro da categoria profissional.

Para Minayo (2007) não se faz necessário uma maior atenção quanto ao número de sujeitos que serão investigados, mas sim considera relevante um grupo de sujeitos que realmente, esteja vivenciando a situação em estudo. Assim, estes líderes, além de responderem ao questionário

quantitativo participaram de uma entrevista semiestruturada, envolvendo sete questões dissertativas, (Apêndice B).

As entrevistas foram gravadas mediante autorização dos profissionais de saúde, posteriormente, transcritas na íntegra e depois, foram mostradas ao profissional para conferência e aprovação da transcrição.

Os profissionais foram abordados no seu período de trabalho, colocados em uma sala específica. Tomou-se o cuidado para que a participação nesta atividade não causasse prejuízos ao serviço, sendo avaliadas as necessidades do plantão, com autorização e o consentimento de sua chefia direta. O tempo gasto na realização das entrevistas teve em média, duração de 20 a 25 minutos.

Além disso, foram realizadas observações sobre as práticas dos profissionais de saúde desta maternidade, que por sua vez foram registradas em diário de bordo e contribuíram na construção do universo desta pesquisa.

4.6 Análise dos dados

4.6.1 Análise quantitativa

Os dados quantitativos foram autopreenchidos pelos profissionais de saúde nos questionários. Em seguida, os mesmos foram duplamente digitados para garantir a confiabilidade e então, tabulados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS - versão 21.0) no qual foram processados e submetidos à análise descritiva. Em seguida, foram agrupados e descritos em forma de tabelas e em medida de tendência central (média) e de variabilidade (desvio padrão).

4.6.2 Análise qualitativa

Após as entrevistas serem realizadas, transcritas e devidamente autorizadas pelo profissional os dados qualitativos foram submetidos à **análise de conteúdo**, modalidade temática, que significa a descoberta dos núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifique algo para o objetivo da análise (BARDIN, 2004; MINAYO; GOMES, 2007).

Durante o processo de análise qualitativa, o estudo foi pautado nos principais conceitos que surgiram a partir dos depoimentos dos profissionais através da análise de conteúdo e pelo quadro teórico exposto (POLIT, 2011; SOUSA et al., 2007). Esta abordagem auxiliou a identificar algumas lacunas sobre o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde sobre o manejo da dor neonatal e suas sugestões para melhoria da assistência.

4.7 Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa Clínica da maternidade, que concedeu a autorização para a realização do estudo na instituição, conforme o Parecer nº 003/2013 (Anexo B) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), conforme o Parecer nº 201/2013 (Anexo C).

Em cumprimento às normatizações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, presentes na Resolução do Conselho Nacional de Saúde na Resolução 466/12 (BRASIL, 2012), neste estudo foram asseguradas todas as recomendações, referentes tanto aos sujeitos quanto à instituição.

Os participantes da pesquisa foram informados sobre a importância da realização da mesma, sobre os objetivos e procedimentos do estudo, bem como a respeito de seus direitos, sendo apresentado e firmado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C).

Em cumprimento às recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, foram apresentados no TCLE, os possíveis riscos e os benefícios da pesquisa. Os possíveis **riscos do estudo** apontados referiram-se a alguns desconfortos que o sujeito pode ter tido no momento em que respondeu ao questionário ou durante a entrevista, porém, foi informado que poderia interromper a sua participação a qualquer momento e esta decisão não iria interferir em qualquer aspecto profissional.

Quanto aos **benefícios** descritos no TCLE, mostrou que os resultados deste estudo iriam contribuir para que a equipe de saúde desta maternidade busque novas alternativas que visem transformações no padrão de assistência para a melhoria da qualidade no manejo da dor neonatal.

5 Discussão e Resultados

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentamos, a seguir, os resultados e a discussão relativos ao estudo.

5.1 Resultados e discussão dos dados quantitativos

5.1.1 Dados pessoais e de formação profissional

No período de coleta de dados havia 18 pediatras contratados na maternidade, 12 (66,6%) participaram do estudo, uma vez que, três recusaram e três médicos estavam de férias ou afastados no período de coleta de dados.

Existe apenas uma técnica de laboratório contratada na maternidade, a qual realiza procedimentos dolorosos em neonatos como punção de calcâneo, venosa ou arterial, portanto foi considerada valiosa sua contribuição ao estudo.

No total de 26 enfermeiras contratadas (25 assistenciais e 1 gerente de enfermagem), já excluída esta pesquisadora, 22 (84,6%) participaram do estudo, pois três estavam em período de experiência e se recusaram a participar da pesquisa e uma enfermeira encontrava-se de férias.

Faziam parte ainda do quadro de profissionais 63 auxiliares de enfermagem contratadas pela maternidade e cinco técnicas de enfermagem, destas, 43 auxiliares e três técnicas participaram do estudo, totalizando 46 (67,6%) auxiliares e técnicas de enfermagem, pois havia quatro auxiliares e uma técnica de enfermagem, afastadas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), três auxiliares e uma técnica estavam de férias, quatro auxiliares estavam em período de experiência e se recusaram a participar, duas auxiliares não quiseram participar da pesquisa. Além disso, sete auxiliares foram excluídas por trabalharem apenas na Central de Materiais Estéreis, conforme critérios de exclusão do estudo. Considerando o grande número de categorias já citadas no estudo, optamos por unir os resultados de auxiliares e técnicas de enfermagem em apenas uma categoria.

Sendo assim, entre todos os profissionais de saúde desta maternidade que realizam assistência direta aos neonatos, 76,4% participaram deste estudo, dos quais seguem os dados pessoais e de formação profissional, dos profissionais de saúde da maternidade onde o estudo foi realizado, descritos na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo dados pessoais e de formação profissional. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Dados pessoais e de formação profissional	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Sexo								
Feminino	9	75,0	1	100,0	22	100,00	46,0	100,0
Masculino	3	25,0	-	-	-	-	-	-
Estado civil								
Casado	7	58,3	1	100,0	7	31,8	32	69,6
Solteiro	5	41,7	-	-	11	50,0	9	19,6
Divorciada	-	-	-	-	2	9,1	5	10,9
União consensual	-	-	-	-	2	9,1	-	-
Instituição de formação								
Pública	8	66,7	-	-	6	27,3	14	30,4
Privada	4	33,3	1	100,00	16	72,7	32	69,6
Título de especialista /residência	12	100,0	1	100,0	12	54,5	-	-
Título de especialista em neonatologia	11	91,7	-	-	3	25,0	-	-
Título de Mestre	2	16,7	-	-	4	18,2	-	-
Título de Doutor	4	33,3	-	-	-	-	-	-

f = frequência absoluta; % = porcentagem.

Entre os médicos nove (75,0%) eram do sexo feminino e três (25,0%) do sexo masculino. A média de idade foi de $37,3 \pm 5,3$ anos. Quanto ao estado civil sete (58,3%) eram casados e cinco (41,7%) solteiros. A maioria dos médicos fez graduação em instituições públicas oito (66,7%) e quatro (33,3%) em instituições privadas, sendo que o tempo médio de formatura até a época deste inquérito foi de $12,6 \pm 5,4$ anos. Todos os sujeitos possuíam título de especialista ou residência em pediatria e destes, onze (91,7%), o título em neonatologia. Ainda quanto aos títulos, dois (16,7%) dos médicos apresentavam título de mestre (mestrado) e quatro (33,3%) títulos de doutor (doutorado).

Quanto ao tempo de experiência profissional encontramos um tempo médio de $11,0 \pm 5,8$ anos de experiência e atuação como pediatras. O tempo médio de atuação especificamente em neonatologia foi de $9,4 \pm 5,2$ anos e, com um tempo médio de contrato de trabalho nesta maternidade de $4,7 \pm 2,4$ anos.

A técnica do laboratório era do sexo feminino, possuía 35 anos de idade e era casada. Graduou-se em biomedicina em uma instituição privada e formou-se há 12 anos. Possuía título de especialista de Gestão em Saúde, 12 anos de experiência profissional, 12 anos de experiência em coletas de exames laboratoriais em neonatos e trabalhava há quatro anos na maternidade do estudo.

Todas as enfermeiras participantes deste estudo eram do sexo feminino. A média de idade foi de $30,7 \pm 4,5$ anos. Quanto ao estado civil sete (31,8%) eram casadas, 11 (50,0%) solteiras, duas (9,1%) divorciadas e duas (9,1%) estavam em uma união consensual. A maioria, 16 (72,7%) enfermeiras fez graduação em instituições privadas e seis (27,3%) se formaram em instituições públicas, o tempo médio de formatura até a época deste inquérito foi de $6,6 \pm 2,9$ anos. 12 (54,5%) participantes possuíam título de especialista ou residência e destas 12, três (25,0%) possuíam especialização em neonatologia. Quatro (18,2%) enfermeiras tinham título de mestre (mestrado).

Quanto ao tempo de experiência profissional encontramos um tempo médio de $6,3 \pm 3,5$ anos de experiência e atuação como enfermeiras. O tempo médio de atuação especificamente em neonatologia foi de $4,3 \pm 3,5$ anos e com um tempo médio de contrato de trabalho nesta maternidade de $3,5 \pm 2,4$ anos.

Das 46 auxiliares/técnicas de enfermagem participantes do estudo todas eram do sexo feminino, a média de idade foi de $36,3 \pm 6,4$ anos. Quanto ao estado civil, 32 (69,6%) eram casadas, nove (19,6%) solteiras e cinco (10,9%) divorciadas. A maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem fez o curso auxiliar/técnico em enfermagem em instituições privadas - 32 (69,6%) e 14 (30,4%) se formaram em instituições públicas. O tempo médio de formatura foi de $9,3 \pm 4,4$ anos. O tempo médio de experiência e de atuação profissional foi de $8,7 \pm 4,6$ anos como auxiliares ou técnicas de enfermagem.

O tempo médio de atuação especificamente em neonatologia foi de $4,8 \pm 2,8$ anos e com um tempo médio de contrato de trabalho nesta maternidade de $4,6 \pm 3,2$ anos. Ainda complementando os dados, quatro (8,7%) auxiliares/técnicas de enfermagem informaram que são graduadas em bacharel em enfermagem, porém atuam profissionalmente como auxiliares de enfermagem.

Tais dados profissionais acima comentados estão descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Média de idade, formação e experiência profissional dos profissionais de saúde da maternidade. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Idade e dados profissionais	Médicos (n=12)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	$\bar{x}$ (anos)	Σ	$\bar{x}$ (anos)	σ	$\bar{x}$ (anos)	Σ
Idade	37,3	5,3	30,7	4,5	36,3	6,4
Tempo de formação	12,6	5,4	6,6	2,9	9,3	4,4
Tempo de experiência profissional	11,0	5,8	6,3	3,5	8,7	4,6
Tempo de atuação em neonatologia	9,4	5,2	4,3	3,5	4,8	2,8
Tempo de trabalho na maternidade	4,7	2,4	3,5	2,4	4,6	3,2

$\bar{x}$ = média; σ = desvio-padrão.

5.1.2 Dados profissionais

Quanto ao turno de trabalho, um (8,3%) pediatra referiu que trabalha no serviço no período da tarde, dois (16,7%) à noite, três (25,0%) trabalhavam em rodízio de períodos (escala) e seis (50,0%) responderam que eram plantonistas, ou seja, consideramos neste caso, aqueles que cobrem a escala nos dias e períodos que forem necessários. Todos os pediatras possuíam uma carga horária semanal na maternidade de 24 horas/semana, porém todos eles tinham pelo menos mais um vínculo empregatício, possuindo assim, uma carga horária semanal mais intensa - sete (58,3%) pediatras responderam que dispunham de mais um vínculo empregatício e cinco (41,7%) que possuíam mais dois vínculos empregatícios. Destes vínculos, sete (58,3%) eram na área neonatal. Dentre estes sete que responderam que trabalhavam em outro emprego ligado à área neonatal seis (85,7%) afirmaram que trabalhavam em um Centro Terapia Intensiva Neonatal (CTIN) e um (24,3%) em outra maternidade.

Quanto ao turno de trabalho, da técnica do laboratório, esta informou que trabalhava no serviço pela manhã e sua carga horária semanal é de 24 horas/semana, porém possuía outro vínculo empregatício de mais 20 horas/semanais, trabalhando no total 44 horas/semana nos dois empregos. Seu outro vínculo empregatício não era na área neonatal.

Segundo as informações repassadas pelas enfermeiras nos questionários, três (13,6%) trabalhavam no período da manhã, duas (9,1%) no período da tarde, sete (31,8%) à noite e dez (45,5%), em rodízio de períodos (conforme escala). Todas as enfermeiras possuem uma carga horária semanal na maternidade de 36 horas/semana. Cinco (22,7%) enfermeiras dispunham de mais um vínculo empregatício e uma (4,5%) possuía outros dois vínculos empregatícios. Destas seis enfermeiras que referiram outros vínculos, duas (33,3%) disseram que eram na área neonatal e quatro (66,7%) informaram que não. Das enfermeiras que trabalhavam na área neonatal uma informou que estava empregada em outra maternidade e a segunda informou que faz parte do projeto “Floresce uma vida” da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto – SP.

Quanto ao turno de trabalho das auxiliares/técnicas de enfermagem, 12 (26,1%) trabalhavam no período da manhã, oito (17,4%) no período da tarde, 23 (50,0%) à noite e três (6,5%) em rodízio de períodos (conforme escala). Toda a equipe de enfermagem possuía uma carga horária semanal na maternidade de 36 horas/semana. Observando a Tabela 3, é possível constatar que nove (19,6%) auxiliares/técnicas dispunham de mais um vínculo empregatício e quatro (8,7%) mais dois vínculos. Das 13 auxiliares/técnicas que responderam ter outro vínculo empregatício, quatro (30,8%) informaram ser na área neonatal e destas, uma trabalha em outra maternidade e as demais em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UTIN). Tais dados são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo dados profissionais. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Dados profissionais	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares e técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	F	%	f	%	F	%
Turno de trabalho								
Manhã	-	-	1	100,0	3	13,6	12	26,1
Tarde	1	8,3	-	-	2	9,1	8	17,4
Noite	2	16,7	-	-	7	31,8	23	50,0
Rodízio de períodos	3	25,0	-	-	10	45,5	3	6,5
Plantonista	6	50,0	-	-	-	-	-	-
Outros vínculos empregatícios								
Nenhum	-	-	-	-	16	72,7	33	71,7
Um emprego	7	58,3	1	100,0	5	22,7	9	19,6
Dois empregos	5	41,7	-	-	1	4,5	4	8,7
Outro vínculo na área neonatal	7	58,3	-	-	2	33,3	4	30,8

f = frequência absoluta; % = porcentagem.

Vivemos em um mundo globalizado e predominantemente capitalista que promove a cultura do consumo de bens e materiais, muitas vezes de forma excessiva e desmedida, que traça um conceito de trabalho mais complexo e abrangente, exigindo dos trabalhadores, não apenas força laboral, mas também conhecimento e afinidade com a tecnologia, associados a comportamentos econômicos, psicossociais e políticos tanto da sociedade como do indivíduo (BARBOSA, 1996; FLORES-PEÑA, 2004).

Desta forma, o atual contexto do trabalho remete ao aumento e intensificação das atividades no trabalho, o que tem levado ao excessivo gasto de energias físicas, psicológicas e espirituais dos trabalhadores, estimulados pela insegurança ou medo do desemprego, ou para manter um padrão de classe socioeconômica, ou para educação de filhos, ou pelo simples desejo de consumo ou de independência financeira feminina, enfim, independente da justificativa, o objetivo é mesmo, alcançar um salário adequado ao padrão de vida (socioeconômico) que se deseja manter ou conquistar.

Tais inseguranças e anseios tem feito com que as mulheres sintam-se divididas e pressionadas entre as tarefas maternas e a conquista da independência financeira/intelectual e com que as pessoas em geral, que se submetam a regimes e contratos de trabalho intensos, jornadas duplas ou triplas e arrisquem suas vidas e saúde em ambientes insalubres, de alto risco com o objetivo de uma melhor remuneração salarial. O trabalho na área de saúde representa como um exemplo, uma vez que muitos estudos descrevem as atividades dos profissionais de saúde como tensas devido às prolongadas jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais, ao contato direto com situações limites, ao risco para si e para os pacientes e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambientes hospitalares (ELIAS; NAVARRO, 2006; GUIMARÃES; GRUBITS, 1999).

Além disso, o ambiente hospitalar requer funcionamento integral - vespertino, noturno, finais de semana e feriados, que implica na existência de regime de turnos e plantões, ao trabalho baseado em escalas (sem rotinas e horários fixos), o que promove insatisfação a muitos profissionais de saúde, mas ao mesmo tempo permitem conciliarem duplos empregos e longas jornadas de trabalho, o que é comum entre os profissionais de saúde, como descrito neste estudo, todos os médicos do estudo, a técnica do laboratório, seis (27,2%) enfermeiras e 13 (28,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem possuíam pelo menos mais um vínculo empregatício (dobra da carga horária semanal).

Evidenciamos assim, tanto na prática profissional, como na literatura, que tais ações e estresses laborais promovem fatores que, por si só, danificam as integridades física e psíquica dos profissionais de saúde (FLORES-PEÑA, 2004; PITTA, 1991).

Elias e Navarro (2006) realizaram um estudo qualitativo através de entrevistas semiestruturadas com dez profissionais de enfermagem do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HC/UFU, em 2001. Os resultados encontrados pelo estudo foram relacionados

a sobrecarga de trabalho, o tempo insuficiente para o lazer e descanso, a insatisfação com a falta de reconhecimento e valorização por parte de outros profissionais e instituições e a necessidade de devotamento, abnegação e dedicação que a profissão de enfermagem exige, sendo assim, apesar do prazer em trabalhar na profissão, descrito pelas entrevistadas, as autoras concluíram que os profissionais de enfermagem atuantes em hospitais estão expostos a condições de trabalho precárias que, aliadas às suas condições de vida, potencializam as possibilidades de adoecimento.

5.1.3 Qualificação profissional sobre a dor neonatal

Na Tabela 4 apresentamos os resultados referentes à atualização dos profissionais de saúde, acerca da avaliação, tratamento e manejo da dor neonatal.

Todos os médicos utilizavam pelo menos uma fonte de atualização, sendo citadas as seguintes fontes, bem como frequência: livros didáticos, nove (75,0%) vezes, artigos, sete (58,3%), apenas um (8,3%) pediatra respondeu que segue orientação da chefia, três (25,0%) aprendiam com os colegas de trabalho, cinco (41,7%) citaram a participação em os eventos científicos, quatro (33,3%) citaram os protocolos da instituição, três (25,0%) utilizavam manuais do Ministério da Saúde e dois (16,7%) pediatras citaram a internet como fonte de atualização sobre a dor neonatal. Sobre as orientações ou capacitação sobre a dor neonatal, dois (16,7%) médicos responderam que receberam informações sobre a dor neonatal na graduação, nove (75,0%) pediatras no curso de especialização, três (25,0%) em cursos gerais, sete (58,3%) em congressos científicos, seis (50,0%) em periódicos ou revistas e outra fonte foi citada por um (8,3%) pediatra - capacitação em outro local de trabalho.

A técnica de laboratório informou que utilizava artigos de revistas científicas em geral e troca experiências com outros profissionais (multiprofissionais).

Todas as enfermeiras utilizavam pelo menos uma fonte de atualização, sendo assim os livros didáticos foram citados em seis (27,3%) questionários, artigos citados em cinco (22,7%), quatro (18,2%) enfermeiras responderam que seguem orientação da chefia, 13 (59,1%) aprendem com outros colegas de trabalho, seis (27,3%) citaram a participação em os eventos científicos como fonte de atualização, quatro (18,2%) se atualizavam em cursos na própria instituição, nove (40,9%) citaram os protocolos da instituição como fonte de atualização, 11 (50,0%) utilizavam manuais do Ministério da Saúde, seis (27,3%) citaram a internet e uma (4,5%) respondeu que utiliza outra fonte de atualização – cursos à distância (online) do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN).

Quanto à orientação ou capacitação sobre a dor neonatal, três (13,6%) enfermeiras responderam que nunca receberam capacitação ou orientações sobre a dor neonatal, 13 (59,1%) receberam esta informação na graduação, três (13,6%) no curso de especialização e seis (27,3%) em cursos em geral; congressos científicos foram citados como fonte de atualização por duas (9,1%) enfermeiras, periódicos ou revistas foram citados uma (4,5%) vez e outra fonte foi citada três (13,6%) vezes, as quais foram descritas nos questionários como: informação adquirida na outra instituição em que trabalha e com outros profissionais.

Segundo as auxiliares/técnicas de enfermagem quanto à atualização e informação sobre a dor neonatal, nem toda equipe de enfermagem utiliza pelo menos uma fonte de atualização, pois três (6,5%) das auxiliares/técnicas informaram que não utilizavam nenhuma fonte de atualização. No entanto, nove (19,6%) citaram os livros didáticos, em três (6,5%) questionários os artigos foram citados, 32 (69,6%) seguiam orientação da chefia, 24 (52,2%) responderam que aprendiam com outros colegas de trabalho, três (6,5%) citaram a participação em os eventos científicos como fonte, 17 (37,0%) responderam que se atualizavam em cursos na própria instituição, 16 (34,8%) citaram os protocolos da instituição como fonte de atualização, oito (17,4%) utilizavam manuais do Ministério da Saúde, nove (19,6%) a internet e duas (4,3%) citaram outra fonte de atualização – ambas os cursos à distância (online) do COFEN.

Quanto à orientação ou capacitação sobre a dor neonatal, 18 (39,1%) auxiliares/técnicas de enfermagem responderam que nunca receberam capacitação ou orientações sobre a dor neonatal, quatro (8,1%) receberam esta informação na graduação, (recordando existiam quatro auxiliares de enfermagem formadas em enfermagem), cursos em geral foram citados 13 (28,3%) vezes, periódicos ou revistas foram citados por cinco (10,9%) auxiliares/técnicas e outras fontes foram citadas por nove (19,6%) delas. As outras fontes seriam: informações em outra instituição em que trabalhavam, com outros profissionais e em pesquisas que já foram realizadas na maternidade, sobre este assunto. A Tabela 4 sintetiza estes dados.

Tabela 4 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo qualificação profissional referente à dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Qualificação profissional sobre a dor neonatal	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	F	%
Fontes de atualização								
Nenhuma fonte	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Livros didáticos	9	75,0	-	-	6	27,3	9	19,6
Artigos	7	58,3	1	100,0	5	22,7	3	6,5
Orientação da chefia	1	8,3	-	-	4	18,2	32	69,6
Aprendizado c/ colegas	3	25,0	1	100,0	13	59,1	24	52,2
Cursos em eventos científicos	5	41,7	-	-	6	27,3	3	6,5
Cursos na instituição	-	-	-	-	4	18,2	17	37,0
Protocolos da instituição	4	33,3	-	-	9	40,9	16	34,8
Manuais do MS	3	25,0	-	-	11	50,0	8	17,4
Internet	2	16,7	-	-	6	27,3	9	19,6
Outros	-	-	-	-	1	4,5	2	4,3
Treinamento recente sobre dor neonatal	1	8,3	-	-	3	13,6	2	4,3
Orientação, informação sobre a dor neonatal								
Nunca recebeu informação a respeito	-	-	1	100,0	3	13,6	18	39,1
Curso de graduação	2	16,7	-	-	13	59,1	4	8,7
Curso de especialização	9	75,0	-	-	3	13,6	-	-
Em cursos em geral	3	25,0	-	-	6	27,3	13	28,3
Congressos científicos	7	58,3	-	-	2	9,1	-	-
Periódicos ou revistas	6	50,0	-	-	1	4,5	5	10,9
Outros	1	8,3	-	-	3	13,6	9	19,6

f = frequência absoluta; % = porcentagem.

Os resultados referentes à formação profissional evidenciaram que onze (91,7%) médicos possuíam título em neonatologia e apenas três (25,0%) enfermeiras possuíam especialização ou residência em neonatologia nesta maternidade, um número pequeno, visto que todas atuam com recém-nascidos na instituição, a qual inclusive apresenta uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal (UCIN).

Os dados profissionais descritos acima podem ser agregados à qualificação profissional sobre a dor neonatal demonstram que a maioria dos médicos investiu em especialização, residência, mestrado e/ou doutorado em busca de aprimoramento científico e na busca de conhecimento científico através de livros didáticos - nove (75,0%) e sete (58,3%) em artigos científicos, assim como a técnica do laboratório que também investiu em especialização e na busca conhecimento em artigos científicos.

Em contrapartida, poucas enfermeiras são especialistas, menos ainda em neonatologia, a maioria das enfermeiras se mantem atualizada em protocolos da própria instituição - nove (40,9%) e 11 (50,0%) em Manuais do Ministério da Saúde e as auxiliares/técnicas de enfermagem em sua maioria utilizam cursos 17 (37,0%) ou 16 (34,8%) protocolos existentes na instituição, porém em porcentagem abaixo da metade.

Um fator preocupante é que a maioria dos profissionais de enfermagem e a técnica do laboratório, que responderam a este inquérito não utilizam fontes de atualização que agreguem um conhecimento baseado em evidências científicas formais, mas sim de forma subjetiva e superficial, pois relataram, em porcentagem significativa de profissionais, que aprendem com os colegas de trabalho ou seguem orientações da chefia, o que pode revelar profissionais menos críticos e questionadores, devido a falta argumentos gerados por um conhecimento mais profundo e formal.

Um estudo descritivo realizado com médicos e enfermeiros de uma região do Reino Unido em 2007, objetivando descrever os conhecimentos e práticas dos médicos e enfermeiras de UTIN com relação ao manejo da dor neonatal, descreveu que poucos profissionais (21,0% dos médicos e 37,0% das enfermeiras) receberam algum tipo de formação em dor neonatal e concluíram que os médicos foram informados sobre a dor neonatal, mas que as lacunas entre o conhecimento e a prática permanecem. E que esta distância pode ser superada através de evidências de pesquisas e a incorporação de diretrizes e instrumentos de avaliação da dor validados. Porém, este estudo apresentou uma fragilidade, uma vez que apenas 44% dos profissionais selecionados responderam ao inquérito (AKUMA; JORDAN, 2012).

Quanto à participação em eventos científicos relacionados à dor neonatal, os resultados apontaram que o investimento na capacitação dos recursos humanos sobre este assunto, seja por iniciativa individual ou institucional, ainda é muito pequeno, visto que apenas sete (58,3%) pediatras e somente duas (9,1%) enfermeiras participaram de eventos científicos que abordaram temas sobre a dor neonatal.

Alguns autores como Martins et al. (2006), em seu estudo retrospectivo, exploratório e documental que teve por objetivo caracterizar o perfil e identificar as necessidades de desenvolvimento de enfermeiros atuantes em um hospital escola, revelou que 50,0% dos enfermeiros frequentavam cursos e eventos científicos. Apesar de esse resultado ser maior do que o encontrado em nossa pesquisa, o resultado está muito aquém do que é necessário encontrar, uma vez que, o ensino é uma das missões dos hospitais escola.

Um estudo transversal, sobre a formação médica com relação à dor, com 180 alunos do primeiro ao sexto ano de graduação em medicina, com 42 residentes em pediatria e 20 residentes em neonatologia, em uma universidade pública em São Paulo, revelou que para implementar uma boa prática com relação ao manejo da dor neonatal nas UTIN é necessário estruturar melhor o conhecimento formal sobre o tema e gerar condições de aprendizado prático, com a atuação efetiva de todos os profissionais envolvidos na assistência ao neonato (SILVA; BALDA; GUINSBURG, 2012).

Sobre a participação em cursos referentes ao manejo da dor neonatal estudo chegou ao resultado de que este tipo capacitação ainda é muito raro entre os profissionais de saúde, visto que apenas um (8,3%) pediatra referiu que realizou um treinamento recente (em menos de 12 meses) sobre a dor neonatal, em outra instituição em que trabalhava. A técnica do laboratório não realizou treinamento recente sobre dor neonatal e que nunca recebeu orientação ou capacitação sobre o assunto. Três (13,6%) enfermeiras informaram que realizaram este treinamento online no site do COFEN e apenas duas (4,3%) das auxiliares/técnicas de enfermagem realizaram treinamento nos últimos 12 meses sobre a dor neonatal.

Capellini (2012) em estudo descritivo e exploratório, ao evidenciar um de seus objetivos do estudo que era avaliar o conhecimento e as práticas de profissionais de saúde que atuavam em unidades neonatais de um hospital estadual do interior paulista, realizou um inquérito com 57 profissionais de saúde, o qual revelou que 40,0% dos médicos, 37,5% das enfermeiras e apenas 11,8% das auxiliares de enfermagem frequentaram cursos e evento científicos, nos últimos cinco anos, chegando à conclusão que ainda é pequena a capacitação entre os profissionais.

Com os inúmeros avanços científicos e tecnológicos, as facilidades de acesso à internet e outras fontes de conhecimento é necessário diminuir a lacuna, entre o conhecimento científico produzido e a prática em saúde. Portanto, a capacitação, atualização e comprometimento dos profissionais de saúde com o cuidado ao recém-nascido são de suma importância para uma assistência de qualidade, ética e profissional.

5.1.4 Conhecimento da equipe de saúde sobre o manejo da dor neonatal

Em relação ao conhecimento dos profissionais de saúde quanto à sensibilidade dolorosa do recém-nascido, todos os médicos, todas as enfermeiras, a técnica do laboratório e a maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem (41 - 89,1%) afirmaram que o recém-nascido é capaz de sentir dor, o que se assemelha a outros estudos nacionais, apesar das diferenças entre as abordagens

metodológicas (CAPELLINI, 2012; CHERMONT, et al. 2003; CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009; MARTINS, 2010; SCOCHI et al., 2006).

O estudo descritivo exploratório realizado em um hospital estadual do interior paulista por Capellini (2012), dentre seus objetivos procurou avaliar o conhecimento e a prática dos profissionais de saúde que atuavam em unidades neonatais desta instituição. A autora descreveu que em relação à avaliação e o manejo da dor neonatal, após aplicação de um questionário à 15 médicos, 8 enfermeiras e 34 auxiliares de enfermagem de que todos os médicos (100%), enfermeiras (100%) e a grande maioria (97,1%) das auxiliares de enfermagem afirmaram que o RN é capaz de sentir dor.

No município de Belém - PA foi realizado um estudo transversal para analisar o conhecimento de 104 pediatras de unidades neonatais relacionados ao manejo da dor neonatal, o estudo demonstrou que todos os médicos acreditam que o neonato sente dor (CHERMONT et al., 2003).

No estudo quantitativo, descritivo e exploratório, realizado com 32 enfermeiros de uma UTIN em São Paulo avaliam a dor no recém-nascido e quais as medidas realizadas por eles para o alívio, dentre estes enfermeiros que responderam ao inquérito todos (100,0%) afirmaram que os recém-nascidos sentem dor (CRESCÊNCIO; ZANELATO; LEVENTHAL, 2009).

Scochi et al. (2006), em estudo descritivo de abordagem qualitativa em Ribeirão Preto (São Paulo), com o objetivo de descrever como os profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal compreendem a questão da dor (avaliação e manejo), demonstrou que todos os profissionais entrevistados acreditavam que o neonato é capaz de sentir dor.

Esta investigação ainda revelou que quanto ao questionamento de que se o RN é capaz de sentir dor, duas (4,3%) auxiliares/técnicas concordaram parcialmente com esta afirmativa, uma (2,2%) não soube responder e duas (4,3%) discordaram parcialmente. Tais resultados estimularam certa preocupação, uma vez que estudos já demonstraram que muitos profissionais possuíam este estigma de que o RN não sentia dor na década de 1970, baseados na imaturidade neurológica dos recém-nascidos (ANAND; CARR, 1989). Sendo assim, cabe ressaltar que existem muitas evidências científicas que comprovam que o RN é capaz de sentir dor, independentemente de sua idade gestacional, devido ao desenvolvimento de substratos sensitivos que ligam os receptores ao córtex sensitivo e transmitem o impulso nociceptivo, desde a vida fetal aos primeiros meses de vida do bebê (ANAND et al., 1987; GASPARD, 2006; GUINSBURG; BALDA, 2005; OKADA; TEIXEIRA, 2003). Evidenciamos assim, que alguns profissionais de saúde do estudo necessitam de capacitação e aprimoramento quanto ao conhecimento sobre a dor neonatal.

Dos 12 médicos que responderam ao questionário, 11 (91,7%) acreditavam que a dor altera sinais fisiológicos como: a frequência cardíaca (FC), a frequência respiratória (FR), a temperatura (T), a pressão intracraniana e a Saturação de O₂, enquanto um (8,3%) médico concorda parcialmente com

esta afirmativa. Todos os médicos informaram que a dor altera os sinais comportamentais do RN como: a mímica facial, movimentos de braços, pernas e o choro.

A técnica do laboratório não soube responder se a dor altera sinais fisiológicos (FC, FR, T, Pressão Intracraniana e a Saturação de O₂), afirmou que a dor altera os sinais comportamentais do RN.

Dentre as 22 enfermeiras do estudo, 20 (90,9%) responderam que a dor altera os sinais fisiológicos do RN, uma (4,5%) concordou parcialmente e uma (4,5%) não soube responder. A maioria das enfermeiras - 21 (95,5%) acredita que a dor altera os sinais comportamentais do RN, enquanto uma (4,5%) concorda parcialmente.

Uma (2,2%) auxiliar/técnica de enfermagem discordou parcialmente de que a dor altera os sinais fisiológicos do RN, uma (2,2%) não soube responder, dez (21,7%) concordaram parcialmente com esta afirmativa e a maioria 34 (73,9%) concordaram que a dor altera os sinais fisiológicos do recém-nascido. Das 46 auxiliares/técnicas de enfermagem, 44 (95,7%) acreditavam que a dor altera os sinais comportamentais do RN, enquanto uma (2,2%) concordou parcialmente e uma (2,2%) não soube responder.

Como já descrito na introdução desta pesquisa, existem evidências científicas de que os recém-nascidos apresentam respostas imediatas biocomportamentais à exposição a dor. Dentre as comportamentais destacam-se: o choro, que pode ser mensurado quanto à frequência, latência e duração (BILGEN et al., 2001); as expressões faciais ou mímica facial através da avaliação da fronte; fenda palpebral; olhos; sulco nasolabial; boca, língua e queixo do recém-nascido (GRUNAU et al., 2005; WARNOCK; SANDRIN, 2004); e os movimentos corporais, pois diante de um estímulo doloroso, o recém-nascido apresenta rigidez do tórax e movimentos de flexão e extensão das extremidades, como a retirada de membros que receberam o estímulo doloroso (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Cabe-se lembrar de que o choro pode ser considerado como um indicador de dor, porém, deve ser avaliado em conjunto com outros indicadores, uma vez que o mesmo pode ser estimulado por outros fatores, que não os procedimentos dolorosos, assim como a atividade motora (GUINSBURG, 1999).

Os indicadores fisiológicos como o aumento da frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial e intracraniana, e a queda da saturação de oxigênio também têm sido estudados para a avaliação da dor (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Apesar de terem sido menos citados do que os métodos comportamentais nesta investigação, estes também devem ser considerados como indicadores complementares à avaliação da dor neonatal.

Observa-se neste estudo que as alterações comportamentais do neonato durante a dor, como a mímica facial, choro e flexão de membros, foram os indicadores mais citados à dor do neonato, uma vez que todos os médicos, a técnica do laboratório, 95,5% das enfermeiras e 73,8% das auxiliares/técnicas de enfermagem concordaram com esta afirmativa; um resultado um pouco mais

significante do que as alterações de sinais fisiológicos (frequência cardíaca, respiratória, temperatura, pressão arterial e queda da saturação de oxigênio) que foram um pouco menos citadas entre os profissionais de saúde (91,7% dos médicos, 90,9% das enfermeiras e 73,9% das auxiliares/técnicas de enfermagem); destaca-se também que a técnica do laboratório, não soube responder esta questão.

Tais dados corroboram em partes com o estudo de Capellini (2012), que encontrou o choro como o indicador de dor como mais citado por 92,9% dos médicos e 100% das enfermeiras e por 96,8% das auxiliares de enfermagem, como um parâmetro para avaliação da dor neonatal. As expressões ou mímicas faciais foram apontadas como parâmetros de avaliação de dor por 71,4% dos médicos, 75,0% das enfermeiras e 67,7% das auxiliares de enfermagem. Neste estudo, as movimentações de membros também foram citadas por 64,3% dos médicos, 62,5% das enfermeiras e 71,0% das auxiliares/técnicas de enfermagem.

No entanto, no estudo de Capellini (2012) os parâmetros fisiológicos foram citados com menor frequência pelos profissionais: 50,0% dos médicos, 37,5% das enfermeiras e 16,1% das auxiliares de enfermagem – à metade ou menos. O que se difere do presente estudo, em que a maioria dos profissionais de saúde afirma que a dor neonatal pode alterar os sinais fisiológicos do recém-nascido, talvez esta diferença tenha sido constatada devido diferença entre os inquéritos, ou seja, a outra autora deixou esta questão em aberto e solicitou a resposta dos profissionais, enquanto este estudo inferiu algumas alternativas aos profissionais.

Existem outros estudos que trazem resultados sobre em quais parâmetros se baseiam os profissionais de saúde para avaliar a dor neonatal, como o estudo de Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009), que dentre os resultados apresentados destaca-se neste momento, que os enfermeiros avaliam a dor do neonatal, em 23,2% através do choro e expressões faciais, 11,6% pela alteração de sinais vitais e 10,5% através da agitação e parâmetros da escala NIPS.

O estudo de Scochi et al. (2006) identificou que os profissionais de enfermagem de uma unidade neonatal responderam que a fonte saliente, a boca aberta e o os olhos apertados são os principais parâmetros adotados como avaliação da dor neonatal. Enquanto, apenas 25,0% identificaram as manifestações fisiológicas à dor.

Martins (2010) procurou avaliar os conhecimentos dos profissionais de saúde de UTIN de hospitais universitários das Universidades Federais de Minas Gerais, após inquérito com 120 profissionais de saúde entre médicos, enfermeiros e fisioterapeutas, a pesquisadora encontrou que 100,0% dos profissionais acreditavam que o recém-nascido sente dor e o critério para a avaliação da dor neonatal mais citado foi a mímica facial.

E apesar de não ter sido um objetivo deste inquérito, ressaltamos que existem maneiras complementares de avaliação da dor neonatal, as quais já foram utilizadas em vários estudos, como os

indicadores biológicos (aumento nos níveis de cortisol, catecolaminas e glucagon e diminuição da insulina) que também estão associados à dor e ao estresse neonatal (BRASIL, 2009; HERRINGTON; OLOMU; GELLER, 2004). O estado neurocomportamental que apesar de não ser um indicador de dor, é considerado de forma relevante na avaliação da dor, devido aos aspectos emocionais, uma vez que o neonato pode permanecer um tempo maior dormindo durante e após alguns procedimentos dolorosos, como um mecanismo de "fuga" exibido pelo recém-nascido em relação ao meio ambiente "agressor" (GUINSBURG; CUENCA, 2010). Além desses, os mecanismos de autorregulação do recém-nascido a termo (movimentos em resposta ao estresse como o de procura, sucção, mudança na posição corporal e flexão dos membros), também têm sido identificados em estudos que avaliam a dor (LEITE et al., 2009, VIVANCOS, 2008).

Todos os médicos afirmaram, assim como, a técnica do laboratório que as reações à dor do recém-nascido podem ser alteradas pelo ambiente como ruídos e luminosidade. Das 22 enfermeiras, 20 (90,9%) afirmaram que as reações à dor do neonato podem ser alteradas pelo ambiente, uma (4,5%) concordou parcialmente e uma (4,5%) não sabia.

Três (6,5%) auxiliares/técnicas de enfermagem discordaram que as reações à dor do RN pudessem ser alteradas pelo ambiente, uma (2,2%) discordou parcialmente, quatro (8,7%) não souberam responder, enquanto sete (15,2%) concordaram parcialmente e 31 (67,4%) acreditavam que o ambiente pode interferir na sensibilidade do RN à dor.

A literatura científica considera que as estratégias ambientais: diminuição de ruídos, luminosidade, manipulação mínima e controle da noite alternância, tem efeitos benéficos aos recém-nascidos e diminuem a gravidade de sua doença (ALS, et al., 1994).

Um estudo revisou dez ensaios clínicos randomizados (publicados entre 2002-2009) sobre a eficácia de intervenções do Cuidado ao Desenvolvimento de RNPT em UTIN, verificando que as intervenções no controle de ruídos, luminosidade e diminuição de manipulação, produziram melhora nas respostas fisiológicas, comportamentais, neurológicas e clínicas dos recém-nascidos, além disso, observou diminuição da reatividade à dor nos recém-nascidos durante alguns procedimentos. Os autores concluíram que as intervenções que visam melhorar o ambiente neonatal são eficazes para o desenvolvimento da criança em curto prazo, além disso, os profissionais treinados em Cuidado Desenvolvimento demonstraram um melhor desempenho na assistência aos neonatos e valorizavam mais os estímulos ambientais, físicos e sociais e que ainda existem poucas evidências sobre seus efeitos a médio e longo prazo (GASPARDO et al., 2010).

No estudo de Walter-Nicolet et al. (2010), os autores trataram as estratégias ambientais e o planejamento do plano de cuidados como fatores preventivos à dor e ao estresse neonatal, ou seja, minimizar os fatores dolorosos ou estressantes ao recém-nascido, demonstra um cuidado organizado e adequado aos recém-nascidos.

Quanto à avaliação da dor neonatal, nove (75,0%) pediatras responderam que a avaliação da dor deve ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais e três (25,0%) concordaram parcialmente com essa afirmativa e segundo dois (16,7%) médicos, a avaliação da dor neonatal não é possível sem o uso de escalas, quatro (33,3%) discordaram parcialmente, enquanto quatro (33,3%) concordaram parcialmente e dois (16,7%) afirmaram que é possível realizar a avaliação da dor sem o uso de escalas. Todos os médicos afirmaram que existem escalas para a avaliação da dor neonatal e que o uso de escalas é importante para a prática profissional. As escalas mais citadas pelos médicos foram: COMFORT (citada em 3 questionários), NIPS (em 2 questionários), CRIES (em 1 questionário), os demais médicos escreveram que não recordavam o nome de escalas de avaliação da dor neonatal ou não responderam a alternativa aberta.

Para a técnica do laboratório a avaliação da dor deveria ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais, a mesma respondeu que não sabe se a avaliação da dor neonatal pode se dar sem o uso de escalas, mas afirmou que existem escalas para a avaliação da dor neonatal, apesar de desconhecê-las. A técnica de laboratório afirmou que o uso de escalas é importante para a prática profissional.

Segundo as enfermeiras, a avaliação da dor neonatal para 15 (68,2%) delas deveria ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais, cinco (22,7%) concordaram parcialmente e duas (9,1%) não souberam responder. Segundo, sete (31,8%) enfermeiras, a avaliação da dor neonatal não é possível sem o uso de escalas, três (13,6%) discordaram parcialmente, duas (9,1%) não souberam responder, enquanto cinco (22,7%) concordaram parcialmente e cinco (22,7%), afirmaram que é possível realizar a avaliação da dor sem o uso de escalas; 17 (77,3%) enfermeiras afirmaram que existem escalas para a avaliação da dor neonatal, enquanto cinco (22,7%) não souberam responder. Entre as enfermeiras que afirmaram sobre a existência de escalas, as seguintes escalas foram citadas: NIPS (em 2 questionários), EDIN (em 1 questionário) e NFCS (em 1 questionário); as demais enfermeiras reponderam que não recordaram o nome das escalas ou não responderam à questão aberta. Ainda, quatro (18,2%) enfermeiras referiram que não sabem se o uso de escalas é importante para a prática profissional, quatro (18,2%) concordaram parcialmente e 14 (63,6%) afirmaram que o uso de escalas na avaliação da dor neonatal é importante.

Quanto à avaliação da dor, 31 (67,4%) auxiliares/técnicas referiram que deveria ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais, seis (13,0%) concordaram parcialmente, cinco (10,9%) não souberam responder, uma (2,2%) discordou parcialmente e três (6,5%) responderam que a avaliação da dor não deveria ser contínua. Segundo, cinco (10,9%) auxiliares/técnicas de enfermagem, a avaliação da dor neonatal não é possível sem o uso de escalas, três (6,5%) discordaram parcialmente dessa afirmativa, dez (21,7%) não souberam responder, seis (13,0%) concordaram parcialmente e 22 (47,8%) afirmaram que sim é possível realizar a avaliação da dor sem o uso de escalas. Encontramos

ainda que, 14 (30,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmaram que existem escalas para a avaliação da dor em recém-nascidos, apesar de não recordarem nomes ou siglas, enquanto 28 (60,9%) responderam que não sabem e quatro (8,7%) responderam que não há escalas para a avaliação da dor neonatal. Ainda sobre os resultados relativos às escalas, uma (2,2%) auxiliar/técnica referiu que o uso de escalas de avaliação não é importante para a prática profissional, 24 (52,2%) não souberam responder, cinco (10,9%) concordaram parcialmente e 16 (34,8%) afirmaram que o uso de escalas na avaliação da dor neonatal é importante.

A maioria dos médicos afirma que a dor neonatal deve ser avaliada em conjunto aos sinais vitais, assim como concorda a técnica do laboratório e a maioria das enfermeiras e das auxiliares/técnicas de enfermagem, porém isso não foi observado na prática e nas afirmações dos profissionais entrevistados, portanto discutiremos esta questão em conjunto com os resultados qualitativos no item **“3.2 Quando avaliar a dor neonatal”**.

Sobre a existência de escalas para a avaliação da dor neonatal observou-se que os médicos possuem mais conhecimento sobre este tópico, uma vez que todos conhecem escalas para a avaliação da dor neonatal e consideram importante o seu uso, além disso, em 6 questionários encontramos citadas as seguintes escalas: COMFORT, NIPS e CRIES. A técnica do laboratório nos revelou um conhecimento parcial sobre o assunto, pois considerou que existam escalas de avaliação da dor neonatal e que seu uso é importante, porém não soube descrever nenhum nome.

Quanto à equipe de enfermagem, apesar de 77,3% das enfermeiras terem respondido que existem escalas de dor e 63,6% acharem importante o seu uso, foi encontrado números importantes quanto ao desconhecimento no uso, pois, 22,7% não sabem se existem escalas para a avaliação da dor neonatal. Além disso, apenas quatro questionários continham nomes de escalas (NIPS, NFCS e EDIN), portanto questionou-se, até que ponto há conhecimento sobre as escalas entre as enfermeiras. As auxiliares/técnicas de enfermagem revelaram números que merecem mais destaque ainda, pois apenas 30,4% responderam que existem escalas para a avaliação da dor neonatal, mas nenhum questionário trazia o nome de alguma escala; o desconhecimento apresentou uma porcentagem alta, pois 60,9% não sabiam responder se existem escalas e 52,2% não souberam responder se as escalas são importantes para a avaliação da dor neonatal.

O principal objetivo da avaliação da dor é identificar se uma condição é potencialmente dolorosa, mensurar sua intensidade e prever a necessidade ou não de alguma intervenção, haja visto que, a literatura científica já evidenciou e validou várias escalas ao longo dos anos, as quais são muito recomendadas em artigos científicos nacionais e internacionais, inclusive em revisões atuais (BUENO et al., 2013; GUINSBURG; CUENCA, 2010; HOLSTI; GRUNAU, 2007; HOLSTI et al., 2008; HUMMEL et al., 2008; KRECHEL; BILDINER, 1995; LAWRENCE et al., 1993; SILVA; SILVA, 2010; STEVENS et al.,

2014; SURASERANIVONGSE et al., 2006), como as escalas citadas anteriormente na introdução deste estudo, o NFCS, o BIIP, a NIPS, a CRIES, o PIIP, EDIN e a N-PASS, dentre outras escalas, considera-se muito importante realizar esta avaliação de maneira sistemática.

Além disso, o Ministério da Saúde publicou alguns volumes sobre “A atenção ao recém-nascido” que realiza algumas considerações à dor neonatal no volume 2, como: que sua avaliação deve ser objetiva, portanto por meio de escalas que incluam alguns parâmetros fisiológicos e comportamentais, procurando desta forma, uniformizar os critérios de mensuração desses indicadores, que devem ser avaliados simultaneamente, com a finalidade de se obter maiores informações à respeito das sensibilidade dolorosa à dor e de possíveis interações com o ambiente (BRASIL, 2011b).

Neste estudo, observou-se que 16,7% dos médicos, 22,7% das enfermeiras e 47,8% das auxiliares/técnicas de enfermagem responderam que é possível realizar a avaliação da dor neonatal sem o uso de escalas, contradizendo inúmeras indicações científicas de que a avaliação da dor deve ser objetiva e sistemática. Assim como, o estudo de Chermont et al. (2003), o qual avaliou o conhecimento de 104 pediatras de UTIN de Belém – PA, em relação a avaliação e ao tratamento da dor e constatou que apesar de todos esses médicos acreditarem que o RN é capaz de sentir dor, apenas 35,6% conheciam alguma escala para a avaliação da dor neonatal.

O estudo de Rocha et al. (2009) objetivou encontrar as dificuldades e facilidades de enfermeiros no uso instrumentos para a avaliação da dor neonatal, por meio da análise do discurso do sujeito coletivo proveniente de entrevistas com nove enfermeiras de UTIN. Como dificuldades, as falas apontaram a resistência ao uso de um instrumento para avaliação da dor e a dificuldade em indicar se o resultado da mensuração das escalas era o suficiente para a prescrição de analgésicos ou tomada de condutas, o que influencia na autonomia das enfermeiras. As facilidades apontadas nas falas se referem à padronização com embasamento científico do instrumento e seu direcionamento na assistência ao relacionar o escore da dor neonatal com a necessidade de terapia farmacológica ou não farmacológica. Portanto, reforça-se a necessidade de uma padronização através de protocolos clínicos e escalas, embasados em evidências científicas, para a avaliação da dor neonatal.

Nove (75,0%) médicos acreditavam que a anotação em prontuário, da avaliação da dor, é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal e três (25,0%) médicos concordaram parcialmente.

A técnica do laboratório concordou parcialmente que a anotação em prontuário da avaliação da dor neonatal, é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal.

Das 22 enfermeiras, 20 (90,9%) responderam acreditar que a anotação em prontuário da avaliação da dor, é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal, uma (4,5%) concordou parcialmente e uma (4,5%) discordou parcialmente.

Além disso, 32 (69,6%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmaram que a anotação da avaliação da dor, é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal, seis (13,0%) concordaram parcialmente e oito (17,4%) não souberam responder.

A maioria dos profissionais de saúde deste estudo considera que a anotação em prontuário é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal. O que certamente recomenda a literatura científica uma vez que, a anotação no prontuário do paciente trata-se da documentação do processo saúde-doença e garante a toda equipe a fidedignidade e qualidade da realização de suas observações e ações durante o seu plantão.

As anotações de enfermagem são considerados registros ordenados de dados sobre as ações dos profissionais de enfermagem, os quais são efetuados pela equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) com a finalidade essencial de fornecer informações a respeito da assistência prestada (POSSARI, 2005). Esses dados por sua vez, através de uma análise e raciocínio crítico realizado pelo enfermeiro são transformados em um plano de cuidados individualizado ao paciente, através da Sistematização da assistência de Enfermagem (SAE), que por sua vez pode ser discutido entre a equipe multiprofissional e ser alterado a cada plantão, ou a cada 24 horas.

Sendo assim, os registros sobre procedimentos, avaliação e manejo da dor neonatal devem ser realizados de forma clara, objetiva e sistemática, como um pré-requisito que visa o melhor plano de cuidado para o neonato e família.

Dez (83,3%) médicos acreditavam que repetidos procedimentos dolorosos possam afetar e gerar consequências ao RN seja a pequeno, médio ou longo prazo, enquanto dois (16,7%) concordaram parcialmente. Todos os pediatras acham importante tratar a dor do recém-nascido. A técnica do laboratório concordou parcialmente que repetidos procedimentos dolorosos possam afetar e gerar consequências ao RN, porém referiu que acha importante tratar a dor do bebê.

Quanto à equipe de enfermagem, 17 (77,3%) enfermeiras afirmaram que repetidos procedimentos dolorosos possam afetar e gerar consequências ao RN seja a pequeno, médio ou longo prazo, enquanto quatro (18,2%) concordaram parcialmente e uma (4,5%) não soube dizer. Todas as enfermeiras afirmaram que é importante tratar a dor do neonato. Enquanto, 25 (54,3%) profissionais de enfermagem acreditavam que repetidos procedimentos dolorosos pudesse gerar consequências ao RN seja a pequeno, médio ou longo prazo, e nove (19,6%) concordaram parcialmente, enquanto sete (15,2%) não souberam dizer, duas (4,3%) discordaram parcialmente e três (6,5%) referiram que não causa nenhum dano ao neonato. 43 (93,5%) auxiliares/técnicas de enfermagem acham importante tratar a dor do recém-nascido, enquanto três (6,5%) não souberam responder.

Quanto à discussão sobre os repetidos procedimentos dolorosos acarretarem algum dano em curto, médio e longo prazo, e a importância de tratar a dor neonatal a discussão dos dados

quantitativos, foi apresentada em conjunto com a subcategoria “3.3. A importância da avaliação a dor” dos dados qualitativos.

Os dados relativos ao conhecimento dos profissionais de saúde sobre a dor neonatal estão expressos na Tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo o conhecimento profissional sobre a dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Conhecimento profissional sobre a dor neonatal	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
O RN sente dor								
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Não sei	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Concordo parcialmente	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Sim	12	100,0	1	100,0	22	100,0	41	89,1
A dor altera os sinais fisiológicos do RN								
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	1	100,0	1	4,5	1	2,2
Concordo parcialmente	1	8,3	-	-	1	4,5	10	21,7
Sim	11	91,7	-	-	20	90,9	34	73,9
A dor altera os sinais comportamentais do RN								
Não sei	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Concordo parcialmente	-	-	-	-	1	4,5	1	2,2
Sim	12	100,0	1	100,0	21	95,5	44	95,7
As reações à dor do RN podem ser alteradas pelo ambiente								
Não	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	1	4,5	4	8,7
Concordo parcialmente	-	-	-	-	1	4,5	7	15,2
Sim	12	100,0	1	100,0	20	90,9	31	67,4

- Continua -

- Continuação -

Conhecimento profissional sobre a dor neonatal	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
A avaliação da dor deve ser contínua e a cada verificação de SSVV								
Não	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	2	9,1	5	10,9
Concordo parcialmente	3	25,0	-	-	5	22,7	6	13,0
Sim	9	75,0	1	100,0	15	68,2	31	67,4
A avaliação da dor neonatal pode se dar sem o uso de escalas								
Não	2	16,7	-	-	7	31,8	5	10,9
Discordo Parcialmente	4	33,3	-	-	3	13,6	3	6,5
Não sei	-	-	1	100,0	2	9,1	10	21,7
Concordo parcialmente	4	33,3	-	-	5	22,7	6	13,0
Sim	2	16,7	-	-	5	22,7	22	47,8
Existem escalas para avaliação da dor neonatal								
Não	-	-	-	-	-	-	4	8,7
Não sei	-	-	-	-	5	22,7	28	60,9
Sim	12	100,0	1	100,0	17	77,3	14	30,4
O uso de escalas na avaliação da dor é importante								
Não	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	4	18,2	24	52,2
Concordo parcialmente	-	-	-	-	4	18,2	5	10,9
Sim	12	100,0	1	100,0	14	63,6	16	34,8

- Continua -

- Continuação -

Conhecimento profissional sobre a dor neonatal	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
A anotação da avaliação da dor é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor								
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	1	4,5	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-	8	17,4
Concordo parcialmente	3	25,0	1	100,0	1	4,5	6	13,0
Sim	9	75,0	-	-	20	90,9	32	69,6
Acredita que repetidos procedimentos gerar consequências ao RN								
Não	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Discordo parcialmente	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Não sei	-	-	-	-	1	4,5	7	15,2
Concordo parcialmente	2	16,7	1	100,0	4	18,2	9	19,6
Sim	10	83,3	-	-	17	77,3	25	54,3
Acha importante tratar a dor do RN								
Não sei	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Sim	12	100,0	1	100,0	22	100,0	43	93,5

f = frequência absoluta; % = porcentagem; RN = recém-nascido; SSVV = sinais vitais.

De acordo com os resultados da Tabela 6, a ser apresentada a seguir, 11 (91,7%) médicos concordaram que o contato pele a pele na posição canguru é uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor, enquanto um (8,3%) concordou parcialmente. 11 (91,7%) médicos acreditam que a sucção não nutritiva; a sacarose a 25%; o leite materno e o aleitamento São estratégias não farmacológicas de alívio da dor neonatal, enquanto um (8,3%) concordou parcialmente e oito (66,7%) pediatras concordam que a utilização de medidas comportamentais (postura, posicionamento, contenção facilitada, uso de ninhos e manipulação mínima) prepara adequadamente os recém-nascidos para procedimentos dolorosos, enquanto quatro (33,3%) concordaram parcialmente.

A técnica do laboratório afirmou que o contato pele a pele na posição canguru é uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos, assim como a

sucção não nutritiva; a sacarose a 25%; o leite materno, o aleitamento materno e a utilização de medidas comportamentais preparam adequadamente os recém-nascidos para procedimentos dolorosos.

Das 22 enfermeiras, 19 (86,4%) concordaram que o contato pele a pele na posição canguru é uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos e três (13,6%) informaram que não sabem. 21 (95,5%) enfermeiras afirmaram que a sucção não nutritiva alivia a dor do RN, enquanto uma (4,5%) discordou parcialmente. Quanto à sacarose a 25%, 21 (95,5%) afirmaram que alivia a dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos, enquanto uma (4,5%) concordou parcialmente com esta afirmativa. 20 (90,9%) enfermeiras afirmaram que o leite materno e o aleitamento materno aliviam a dor do neonato durante procedimentos dolorosos, enquanto duas (9,1%) não souberam responder. 18 (81,8%) enfermeiras responderam que a utilização de medidas comportamentais (postura; posicionamento; contenção facilitada; ninhos e manipulação mínima) preparam adequadamente os neonatos para procedimentos dolorosos, enquanto três (13,6%) não souberam responder e uma (4,5%) acredita que as medidas comportamentais não auxiliam em nada, durante os procedimentos potencialmente dolorosos.

Ainda, de acordo com os resultados da Tabela 6, 31 (67,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem concordaram que o contato pele a pele na posição canguru é uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos, sete (15,2%) concordaram parcialmente, sete (15,2%) não souberam responder e uma (2,2%) informou que não concordou. Das 46 profissionais participantes do estudo, 37 (80,4%) acreditam que a sucção não nutritiva alivia a dor do RN e sete (15,2%) concordaram parcialmente com esta afirmativa, enquanto uma (2,2%) não soube responder e uma (2,2%) não concordou. Quanto à sacarose a 25%, 35 (76,1%) auxiliares/técnicas afirmaram que alivia a dor do neonato durante procedimentos dolorosos e seis (13,0%) concordaram parcialmente, enquanto duas (4,3%) não souberam responder, uma (2,2%) discordou parcialmente e duas (4,3%) não concordaram que a sacarose seja um método não farmacológico para o alívio da dor. 32 (69,6%) técnicas/auxiliares de enfermagem afirmaram que o leite materno e o aleitamento materno alivia a dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos e oito (17,4%) concordaram parcialmente, enquanto duas (4,3%) não souberam responder, três (6,5%) discordaram parcialmente e uma (2,2%) não acredita que o leite materno e o aleitamento materno diminui a dor neonatal.

32 (69,6%) auxiliares/técnicas acreditam que a utilização de medidas comportamentais já citadas acima, preparam adequadamente os recém-nascidos para procedimentos dolorosos, sete (15,2%) concordaram parcialmente, enquanto seis (13,0%) não souberam responder e uma (2,2%)

acredita que as medidas comportamentais não preparam o RN adequadamente para procedimentos dolorosos.

Os resultados apresentados acima sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do manejo não farmacológico da dor neonatal serão discutidos em conjunto com a subcategoria **“1.4 Outras intervenções não farmacológicas”** dos resultados qualitativos.

Quando questionados sobre a presença dos pais ou familiares durante procedimentos dolorosos como um processo fundamental para minimizar a dor do neonato, quatro (33,3%) dos médicos responderam que sim, sete (58,3%) responderam que concordam parcialmente e um (8,3%) respondeu que não acha necessário a presença dos pais/familiares. A técnica do laboratório considerou necessária a presença dos pais ou familiares, em todas as coletas que realiza.

Sobre a presença dos pais ou familiares durante os procedimentos dolorosos, pela equipe de enfermagem, ocorreu certa divisão de opiniões entre as enfermeiras, uma vez que dez (45,5%) responderam que sim, oito (36,4%) concordaram parcialmente, duas (9,1%) não souberam responder e duas (9,1%) responderam que discordam parcialmente que a presença dos pais ou familiares para minimizar a dor do RN durante um procedimento doloroso é fundamental. E entre as auxiliares/técnicas 20 (43,5%) acham importante a presença dos pais, 16 (34,8%) concordaram parcialmente, duas (4,3%) não souberam responder, três (6,5%) discordaram parcialmente e cinco (10,9%) responderam que não acham fundamental.

Os resultados apresentados acima sobre o conhecimento dos profissionais de saúde acerca da participação da família, também serão discutidos em conjunto com a categoria **“5. Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal”** dos resultados qualitativos.

Tabela 6 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo o conhecimento profissional sobre os métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Conhecimento profissional sobre métodos não farmacológicos	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Contato pele a pele (canguru) é um método não farmacológica para o alívio da dor neonatal								
Não	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	3	13,6	7	15,2
Concordo parcialmente	1	8,3	-	-	-	-	7	15,2
Sim	11	91,7	1	100,0	19	86,4	31	67,4
A sucção não nutritiva alivia a dor do RN								
Não	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	1	4,5	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Concordo parcialmente	1	8,3	-	-	-	-	7	15,2
Sim	11	91,7	1	100,0	21	95,5	37	80,4
A sacarose a 25% alivia a dor do RN								
Não	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Concordo parcialmente	1	8,3	-	-	1	4,5	6	13,0
Sim	11	91,7	1	100,0	21	95,5	35	76,1
O leite materno e o aleitamento materno aliviam a dor do RN								
Não	1	8,3	-	-	-	-	1	2,2
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	3	6,5
Não sei	-	-	-	-	2	9,1	2	4,3
Concordo parcialmente	-	-	-	-	-	-	8	17,4
Sim	11	91,7	1	100,0	20	90,9	32	69,6

- Continuação -

Conhecimento profissional sobre métodos não farmacológicos	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Medidas comportamentais preparam adequadamente o RN para os procedimentos dolorosos								
Não	-	-	-	-	1	4,5	-	-
Discordo Parcialmente	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Não sei	-	-	-	-	3	13,6	6	13,0
Concordo parcialmente	4	33,3	-	-	-	-	7	15,2
Sim	8	66,7	1	100,0	18	81,8	32	69,6
A presença dos pais/família durante os procedimentos dolorosos é fundamental para minimizar a dor do RN								
Não	1	8,3	-	-	-	-	5	10,9
Discordo parcialmente	-	-	-	-	2	9,1	3	6,5
Não sei	-	-	-	-	2	9,1	2	4,3
Concordo parcialmente	7	58,3	-	-	8	36,4	16	34,8
Sim	4	33,3	1	100,0	10	45,5	20	43,5

f = frequência absoluta; % = porcentagem; RN = recém-nascido.

No que se refere aos procedimentos considerados potencialmente dolorosos para os neonatos, os médicos citaram em questionário, a seguinte frequência: a aspiração oral foi citada por cinco (41,7%) médicos, a intubação traqueal por dez (83,3%), a inserção de sonda gástrica por seis (50,0%). Todos os médicos referiram a retirada de adesivos, a drenagem de tórax, o pós-operatório e as punções de calcâneo, venosa, arterial e lombar, como procedimentos dolorosos aos recém-nascidos. 11 (91,7%) consideraram a injeção intramuscular ou subcutânea, a inserção de cateteres periféricos ou do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC - *Peripherally Inserted Central Catheter*) como procedimentos dolorosos. Apenas quatro (33,3%) médicos consideraram a retirada de cateter intravenoso, a extubação traqueal e o exame de fundo de olho como procedimentos dolorosos e

apenas um (8,3%) pediatra considerou a inserção de um cateter umbilical como um procedimento que causa dor ao neonato.

A técnica do laboratório considerou como procedimentos dolorosos aos recém-nascidos: a intubação traqueal, a retirada de adesivos, as punções de calcâneo, venosa, arterial e lombar, as injeções subcutâneas e intramusculares, a drenagem de tórax e o pós-operatório.

Quanto às enfermeiras, os procedimentos foram citados na seguinte frequência: a aspiração oral foi citada como um procedimento potencialmente doloroso por nove (40,9%) participantes, a intubação traqueal a retirada de adesivos (micropore, esparadrapo e placas de hidrocólóide) foram citadas por 21 (95,5%) enfermeiras. Todas as enfermeiras participantes do estudo consideram a drenagem de tórax, o pós-operatório, as punções de calcâneo, venosa, arterial e lombar, a injeção intramuscular ou subcutânea e a inserção do PICC como procedimentos dolorosos aos recém-nascidos. 15 (68,2%) consideram a retirada de cateter intravenoso como um procedimento potencialmente doloroso, a extubação traqueal foi citada como dolorosa por 12 (54,5%) enfermeiras, o exame de fundo de olho foi considerado como um procedimento doloroso por apenas duas (9,1%) enfermeiras e 11 (50,0%) consideram a inserção de cateter umbilical como um procedimento potencialmente doloroso ao neonato.

Das 46 auxiliares/técnicas de enfermagem que responderam ao inquérito, 14 (30,4%) consideram a aspiração oral como um procedimento doloroso, 34 (73,9%) consideram a intubação traqueal, 37 (80,4%) consideram a retirada de adesivos como um procedimento potencialmente doloroso, 31 (67,4%) consideram a inserção de sonda gástrica ou enteral dolorosa, 45 (97,8%) responderam que a punção de calcâneo é dolorosa, 44 (95,7%) acreditam que a punção venosa provoca dor ao neonato, 43 (93,5%) acreditam que as punções arterial e lombar geram dor ao RN, 42 (91,3%) responderam que a injeção intramuscular ou subcutânea provocam dor, 38 (82,6%) acreditam que a inserção do PICC é um procedimento doloroso aos recém-nascidos. 22 (47,8%) das entrevistadas consideram a retirada de cateter intravenoso como um procedimento potencialmente doloroso, a extubação traqueal é citada como dolorosa por 20 (43,5%) profissionais de enfermagem, o exame de fundo de olho foi considerado como um procedimento doloroso por apenas sete (15,2%) entrevistadas, 19 (41,3%) consideram a inserção de um cateter umbilical como um procedimento potencialmente doloroso ao neonato, assim como 37 (80,4%) consideram a drenagem de tórax e 41 (89,1%) consideram o pós-operatório doloroso.

Diferentemente, das outras categorias profissionais três (6,5%) auxiliares/técnicas de enfermagem citaram outro procedimento realizado na maternidade como doloroso aos recém-nascidos, os possíveis traumas de nascimento (as possíveis escoriações e hematomas do parto fórceps com processo inadequado ou fraturas de clavículas).

A Tabela 7 faz uma apresentação sintética desses dados.

Tabela 7 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo procedimentos potencialmente dolorosos aos neonatos. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Procedimentos potencialmente dolorosos	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Aspiração oral	5	41,7	-	-	9	40,9	14	30,4
Intubação traqueal	10	83,3	1	100,0	21	95,5	34	73,9
Retirada de adesivos	12	100,0	1	100,0	21	95,5	37	80,4
Inserção de sonda gástrica ou enteral	6	50,0	-	-	18	81,8	31	67,4
Punção de calcâneo	12	100,0	1	100,0	22	100,0	45	97,8
Punção venosa	12	100,0	1	100,0	22	100,0	44	95,7
Punção arterial	12	100,0	1	100,0	22	100,0	43	93,5
Punção lombar	12	100,0	1	100,0	22	100,0	43	93,5
Injeção intramuscular ou subcutânea	11	91,7	1	100,0	22	100,0	42	91,3
Inserção de PICC	11	91,7	-	-	22	100,0	38	82,6
Retirada de cateter intravenoso	4	33,3	-	-	15	68,2	22	47,8
Extubação traqueal	4	33,3	-	-	12	54,5	20	43,5
Exame de fundo de olho	4	33,3	-	-	2	9,1	7	15,2
Inserção cateter umbilical	1	8,3	-	-	11	50,0	19	41,3
Drenagem de tórax	12	100,0	1	100,0	22	100,0	37	80,4
Pós-operatório	12	100,0	1	100,0	22	100,0	41	89,1
Outros	-	-	-	-	-	-	3	6,5

f = frequência absoluta; % = porcentagem; PICC = cateter central de inserção periférica.

Segundo Carbajal et al. (2008) os procedimentos dolorosos são aqueles que lesionam a pele ou a mucosa por introdução ou remoção de materiais em vias aéreas, trato digestivo ou trato urinário. E no que se refere a esses procedimentos potencialmente dolorosos, foram encontrados alguns aspectos relevantes nos resultados que merecem destaque, como:

A técnica do laboratório foi a profissional que menos citou procedimentos potencialmente dolorosos, talvez isso tenha ocorrido devido ao desconhecimento sobre como se realizam tais procedimentos, uma vez que não é de sua atribuição profissional realiza-los, porém, se a mesma

tivesse realizado alguma capacitação sobre a dor neonatal, talvez tivesse respondido diferentemente a esta questão.

Houve certa congruência entre os demais profissionais (médicos, enfermeiras e auxiliares/técnicas de enfermagem) sobre os procedimentos, ou seja, a intubação orotraqueal, a retirada de adesivos, a drenagem de tórax, o pós-operatório, a inserção de PICC, a injeção intramuscular ou subcutânea e as punções de calcâneo, venosa, arterial e lombar, foram os procedimentos mais citados por esses profissionais como potencialmente dolorosos;

O procedimento mais citados pelos profissionais de saúde, nesta pesquisa foi a punção de calcâneo, a qual foi citada por todos (100,0%) os médicos, a técnica do laboratório, as enfermeiras e por 45 (97,8%) das auxiliares/técnicas de enfermagem como um procedimento doloroso.

Isto pode ter ocorrido, pois durante a observação de campo foi constatado que é o procedimento realizado com maior frequência, pois é utilizado na maternidade para coleta de glicemia (dextros e eletrólitos) e como se trata de uma maternidade de baixo risco, são os procedimentos realizados como rotina. Cabe-se ressaltar que a maternidade onde o estudo foi realizado só há UCIN, quando o recém-nascido esta em estado clínico crítico é referenciado para uma UTIN do hospital terciário de referência.

O que corrobora com o estudo de Carpellini (2012), em que a autora constatou que na UTIN os 32 neonatos passaram na primeira semana por 1.222 procedimentos potencialmente dolorosos e entre estes 24,6% (o mais frequente) foi a punção de calcâneo. Já na UCIN 8 recém-nascidos foram submetidos a 94 procedimentos potencialmente dolorosos, caracterizando 51,1% como punção de calcâneo. E o estudo de Porter e Anand (1998), que encontraram uma frequência alta na punção de calcâneo, na qual os 7.672 procedimentos invasivos constatados em 144 recém-nascidos, 87% foram punção de calcâneo.

Um dado que merece destaque e criticidade em sua análise, é o que foi encontrado sobre o exame de fundo de olho, que foi considerado potencialmente doloroso, por apenas quatro (33,3%) pediatras, duas (9,1%) enfermeiras e sete (15,2%) auxiliares/técnicas de enfermagem. Considera-se que este dado tenha sido gerado devido à confusão dos profissionais de saúde entre o exame de fundo de olho e o exame do reflexo vermelho, pois nessa maternidade, não há a oftalmoscopia. Portanto, consideramos este dado com esse viés, mas que por outro lado, não justifica a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre a existência deste tipo de exame.

O exame de fundo de olho ou oftalmoscopia avalia as condições do humor vítreo, da retina, dos vasos sanguíneos e do nervo óptico; este exame é realizado para o diagnóstico da retinopatia da prematuridade, logo nos primeiros dias de vida do recém-nascido pré-termo (RNPT) (RIBEIRO, et al., 2013). É um procedimento considerado doloroso por diversos estudos (BELDA et al., 2004; MARSH et

al., 2005). Em uma revisão mais recente, Sun et al. (2010) revisou 8 estudos em que a dor na oftalmoscopia foi identificada através de indicadores fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação de oxigênio), além do choro e do cortisol salivar.

Ribeiro et al. (2013) realizou um estudo quase experimental, no qual realizou uma comparação entre a oferta de leite humano e a oferta de sacarose como métodos não farmacológicos de alívio da dor durante exames de fundo de olho realizados com 14 RNPT, internados em uma unidade neonatal de um hospital universitário. Ao comparar os resultados, não constatou diferença estatística significativa relacionada ao tempo de choro, a concentração do cortisol salivar e a frequência cardíaca entre o leite humano e a sacarose e concluiu que o leite humano parece ser tão eficaz quanto o uso da sacarose. Porém, este estudo apresentou algumas fragilidades, como a pequena amostra de neonatos e a falta de randomização, sugerindo, portanto, novos estudos acerca do tema.

5.1.5 Prática profissional sobre o manejo da dor neonatal

Ao serem questionados acerca das condutas perante a dor neonatal, um (8,3%) pediatra respondeu que discute o caso com a equipe multiprofissional e 12 (100,0%) médicos realizam alguma conduta neste aspecto, das quais, as mais citadas se dividem em não farmacológicas: sucção não nutritiva, oferta de sacarose, realizar o procedimento com o RN no colo materno, contenção facilitada, interrupção temporária do procedimento, contato pele a pele na posição canguru e amamentação; e farmacológicas: sedação (nasal, oral ou intravenosa). A técnica do laboratório respondeu que realiza a sucção não nutritiva e a sacarose a 25%.

Seis (27,3%) enfermeiras informaram que discutem o caso com a equipe multiprofissional e 20 (90,9%) tomam alguma iniciativa perante a dor. As principais condutas citadas pelas enfermeiras foram não farmacológicas: sucção não nutritiva, oferta de sacarose, realizar o procedimento com o RN no colo da mãe, avaliar a necessidade e/ou a interrupção temporária do procedimento, contato pele a pele na posição canguru, amamentação, controle ambiental (minimizar manipulação, ruídos e luminosidade) e confortar o RN após o procedimento doloroso; e farmacológicas: administração de analgésicos.

Ainda a respeito da tomada de conduta perante a dor, uma (2,2%) profissional de enfermagem respondeu não realizar conduta alguma, o que é um dado relevante, pois simplesmente a profissional se omite perante a dor neonatal e isso é algo grave; 33 (71,7%) comunicam à chefia, seis (13,0%) discutem o caso com a equipe multiprofissional, 20 (43,5%) registram em prontuário e 21 (45,7%) fazem uso de alguma estratégia referente à dor. As principais condutas citadas pelas

auxiliares/técnicas de enfermagem se diferenciaram das demais categorias, pois foram citadas mais ações no sentido de acalantar e confortar o recém-nascido, como: realizar o procedimento com o RN no colo materno, medidas de conforto, massagens, banho aquecido, contato pele a pele na posição canguru, posicionamento, controle ambiental (minimizar manipulação, ruídos e luminosidade e aquecer) e interromper temporariamente o procedimento. Outros métodos não farmacológicos foram muito citados como: a sucção não nutritiva e a oferta de sacarose, porém a amamentação foi citada poucas vezes; e farmacológicas: administração de analgésicos.

Nestes resultados encontramos que a maioria dos médicos, a técnica do laboratório e as enfermeiras, pouco discutem com a chefia sobre a avaliação e desta forma, realizam com mais frequência alguma conduta. Diferente das auxiliares/técnicas de enfermagem que discutem mais os casos com a chefia, provavelmente devido à subordinação profissional e da pouca autonomia. Os dados também destacam que poucos profissionais de saúde realizam o registro em prontuário e as ações são tanto não farmacológicas quanto farmacológicas.

As discussões sobre as condutas perante a dor neonatal citadas estão relacionadas com a discussão da subcategoria **“1.2 Utilização de métodos não farmacológicos”** dos dados qualitativos, portanto serão discutidos posteriormente.

As demais práticas dos profissionais de saúde foram descritas nas tabelas a seguir: Tabela 8 – Avaliação e anotação em prontuário sobre a dor neonatal, Tabela 9 - Métodos não farmacológicos para alívio da dor e Tabela 10 - Participação dos pais e familiares no manejo da dor neonatal.

Quando questionados sobre a avaliação da dor no RN após um procedimento doloroso, seguida de anotação em prontuário, a maioria dos pediatras reconheceram que realizam poucas vezes – três (25,0%) ou às vezes – cinco (41,7%), enquanto um (8,3%) pediatra reconhece que nunca realizou avaliação seguida de anotação em prontuário e dois (16,7%) referem que avaliam e anotam na maioria das vezes e um (8,3%) refere que sempre realiza a avaliação da dor e anotação em prontuário. Quando questionados quanto à anotação em prontuário sobre a sua avaliação da dor neonatal aguda, um (8,3%) pediatra refere que nunca realizou a anotação, três (25,0%) referem que poucas vezes e outros três (25,0%) às vezes, um (8,3%) pediatra respondeu que na maioria das vezes faz anotação em prontuário e quatro (33,3%) sempre anotam.

Quando questionados se anotam em prontuário os procedimentos dolorosos que realizaram, um (8,3%) pediatra respondeu que nunca anota, um (8,3%) poucas vezes; um (8,3%) anota às vezes; dois (16,7%) responderam que anotam na maioria das vezes e sete (58,3%) que sempre anotam o procedimento que realizaram. Três (25,0%) pediatras revelaram que nunca anotam em prontuário qual foi a estratégia para aliviar a dor neonatal durante um procedimento doloroso, quatro (33,3%) responderam que poucas vezes anotam, dois (16,7%) que anotam às vezes, enquanto apenas um

(8,3%) anota na maioria das vezes e dois (16,7) responderam que sempre anotam qual método de alívio da dor utilizaram.

A técnica do laboratório referiu que nunca realizou anotação sobre a avaliação da dor do neonato após um procedimento doloroso, nem a sua avaliação da dor aguda e também nunca anota os procedimentos dolorosos que realiza nos neonatos e as estratégias utilizadas para aliviar a sua dor durante estes procedimentos, ou seja, todos os procedimentos de coleta de exames realizados no laboratório pela técnica, não são anotados em prontuário.

A maioria das enfermeiras reconheceu que só realiza às vezes – cinco (22,7%), poucas vezes – sete (31,8%) e nunca – dez (45,5%). Sobre a anotação em prontuário da avaliação da dor neonatal aguda em qualquer momento no plantão, as enfermeiras responderam que nunca o fazem - sete (31,8%) realizam a anotação poucas vezes – 11 (50,0%), às vezes – duas (9,1%), na maioria das vezes – uma (4,5%) e sempre – uma (4,5%). Sobre a anotação no prontuário dos procedimentos dolorosos que realizaram, três (13,6%) enfermeiras responderam que nunca anotam, quatro (18,2%) poucas vezes, três (13,6%) anota às vezes, cinco (22,7%) responderam que anotam na maioria das vezes e sete (31,8%) que sempre anotam os procedimentos realizados. Seis (27,3%) enfermeiras revelaram que nunca anotam em prontuário qual foi a estratégia para aliviar a dor neonatal durante um procedimento doloroso, sete (31,8%) responderam que poucas vezes anotaram, quatro (18,2%) que anotam a estratégia utilizada às vezes e cinco (22,7%), na maioria das vezes.

Quando questionadas sobre a avaliação da dor no RN após um procedimento doloroso, seguida de anotação em prontuário, ocorreu certa divisão de opiniões entre as auxiliares/técnicas de enfermagem uma vez que, 13 (28,3%) nunca anotam, sete (15,2%) poucas vezes anotam, oito (17,4%) anotam às vezes, seis (13,0%) anotam na maioria das vezes e 12 (26,1%) sempre anotam a avaliação da dor neonatal. Sobre a anotação em prontuário da avaliação da dor neonatal aguda em qualquer momento no plantão, as auxiliares/técnicas de enfermagem, houve as seguintes respostas: 15 (32,6%) nunca realizam a anotação, cinco (10,9%) realizam a anotação poucas vezes, duas (4,3%) às vezes, sete (15,2%) anotam na maioria das vezes e 17 (37,0%) sempre anotam. Sobre a anotação em prontuário dos procedimentos dolorosos que realizaram, seis (13,0%) referiram que nunca anotam os procedimentos, duas (4,3%), poucas vezes, quatro (8,7%) o fazem às vezes, 12 (26,1%) anotam na maioria das vezes e 22 (47,8%) responderam que anotam sempre os procedimentos realizados. 15 (32,6%) auxiliares/técnicas de enfermagem revelaram que nunca registram em prontuário qual foi a estratégia para aliviar a dor neonatal durante um procedimento doloroso, oito (17,4%), poucas vezes, sete (15,2%) registram a estratégia utilizada às vezes, cinco (10,9%) anotam na maioria das vezes e 11 (23,9%) documentam sempre qual o método de alívio da dor neonatal utilizou.

Tabela 8 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – anotação em prontuário. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Prática – Anotação em prontuário	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Avalia a dor após procedimento e anota								
Nunca	1	8,3	1	100,0	10	45,5	13	28,3
Poucas vezes	3	25,0	-	-	7	31,8	7	15,2
Às vezes	5	41,7	-	-	5	22,7	8	17,4
Sim, na maioria das vezes	2	16,7	-	-	-	-	6	13,0
Sempre	1	8,3	-	-	-	-	12	26,1
Anota sobre a avaliação da dor aguda								
Nunca	1	8,3	1	100,0	7	31,8	15	32,6
Poucas vezes	3	25,0	-	-	11	50,0	5	10,9
Às vezes	3	25,0	-	-	2	9,1	2	4,3
Sim, na maioria das vezes	1	8,3	-	-	1	4,5	7	15,2
Sempre	4	33,3	-	-	1	4,5	17	37,0
Anota os procedimentos dolorosos realizados								
Nunca	1	8,3	1	100,0	3	13,6	6	13,0
Poucas vezes	1	8,3	-	-	4	18,2	2	4,3
Às vezes	1	8,3	-	-	3	13,6	4	8,7
Sim, na maioria das vezes	2	16,7	-	-	5	22,7	12	26,1
Sempre	7	58,3	-	-	7	31,8	22	47,8
Anota as estratégias utilizadas para alívio da dor neonatal								
Nunca	3	25,0	1	100,0	6	27,3	15	32,6
Poucas vezes	4	33,3	-	-	7	31,8	8	17,4
Às vezes	2	16,7	-	-	4	18,2	7	15,2
Sim, na maioria das vezes	1	8,3	-	-	5	22,7	5	10,9
Sempre	2	16,7	-	-	-	-	11	23,9

f = frequência absoluta; % = porcentagem.

Os resultados quanto ao registro, demonstram dados alarmantes, uma vez que a técnica de laboratório nunca realiza anotação da avaliação, conduta e uso de estratégias e intervenções, assim como os médicos que em minoria realizam anotações. Apesar da enfermagem se preocupar mais com estes aspectos, devido às recomendações do conselho de classe, nota-se que este registro ainda é falho, pois todos os passos relacionados ao manejo da dor neonatal não são anotados adequadamente.

O registro em prontuário é fundamental para a elaboração de um plano de cuidado assistencial e individualizado ao paciente, conforme descrito anteriormente, por tratar-se de uma fonte para a avaliação da assistência prestada, contribuir com o acompanhamento da evolução do paciente e ser um documento de respaldo legal para o profissional.

Os profissionais de saúde devem seguir as normativas de seus Conselhos Federais ou Regionais, que orientam e instruem sobre a prática legal de cada profissão. O COFEN, através da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem esclarece no Art. 14, que todos os profissionais de enfermagem devem anotar no prontuário do paciente as atividades de assistência em saúde. Assim como, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (Resolução COFEN nº 311/07) dispõe no Art. 68, o dever do profissional de enfermagem em registrar no prontuário e em documentos específicos da enfermagem as informações referentes à assistência prestada (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007). E o Conselho Federal de Medicina (CFM), através do Código de Ética Médica (Resolução CFM nº 1.246/88) elaborado com as normas que devem ser seguidas por todos os médicos independente de sua função ou cargo, estabelece no Art. 69 que fica vetado ao médico deixar de elaborar um prontuário médico para cada paciente (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 1988), sendo assim, o registro em prontuário, também é caracterizado por diversos aspectos éticos, legais e de comunicação entre os profissionais de saúde.

Além disso, o prontuário também é um direito legal do paciente, pois trata-se de um banco de dados sobre o mesmo, como consta no Código de Defesa do Consumidor no Art. 43: o consumidor, deverá ter acesso às informações existentes em cadastros, fichas, registros e dados pessoais e de consumo arquivados sobre ele. Além disso, segundo o código, o banco de dados sobre o cliente deve ser objetivo, claro, verdadeiro e em linguagem de fácil compreensão e o consumidor/cliente tem direito de ter acesso a estes dados e a levá-los consigo (INSTITUTO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, 2014).

Um estudo sobre a avaliação dos registros de enfermagem em um hospital universitário de São Paulo-SP analisou 424 prontuários (entre 2006 e 2007), em diferentes unidades clínicas e cirúrgicas, a auditoria verificou o preenchimento do impresso de levantamento de dados, impressos do centro cirúrgico, evolução de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição de enfermagem, checagem da prescrição de enfermagem, checagem da prescrição médica, anotação de enfermagem,

anotação de alta hospitalar e anotação de óbitos. Através de análise qualitativa dos prontuários considerou 26,7% das anotações em prontuário ruins, 64,6% regulares e 8,7% bons. E chegaram a conclusão de que existiam muitos desvios que foram repassados à diretoria de enfermagem e a grupos de melhorias de processos, proporcionando a melhoria da qualidade da assistência. E o registro dessa assistência (SETZ; D'INNOCENZO, 2009).

Observa-se na prática clínica e na literatura científica que existe uma correlação positiva entre os registros bem feitos e a qualidade do cuidado, pois com base nestes registros pode-se permanentemente construir melhores práticas assistenciais, como apontado no estudo acima.

Toda instituição que almeja um prêmio ou selo de qualidade, passa por uma auditoria em seus prontuários, pois um dos requisitos de qualidade (processos) exige a realização de anotações claras em prontuário por todos os profissionais que realizaram assistência ao paciente, com assinatura e carimbo ou número do conselho profissional bem legível; presença de termos de consentimento assinados pelo paciente; sistematização de enfermagem (SAE) aplicada a todos os pacientes, independentemente da unidade em que se encontra (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 1991).

Portanto, perante os aspectos legais, éticos e de qualidade da assistência evidenciados acima e os resultados apresentados com relação ao registro em prontuário deste estudo, faz-se necessário melhorar o incentivo e a orientação sobre a importância do registro e possivelmente criar estratégias, como impressos específicos para a anotação sobre o manejo da dor neonatal. E para que tal processo ocorra todas as ações e condutas tomadas, entre os profissionais devem estar registradas no prontuário do paciente de forma legível, clara, sistemática e padronizada visando atender os objetivos acima.

Quanto à prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal, conforme apresentado na Tabela 9, durante uma punção de calcâneo e/ou punção venosa periférica, quatro (33,4%) médicos afirmam que nunca realizaram apenas a sucção não nutritiva como método de alívio da dor, um (8,3%) utiliza poucas vezes, três (25,0%) às vezes, três (25,0%), na maioria das vezes e um (8,3%) respondeu que sempre realiza. A sucção não nutritiva associada à sacarose a 25%, como métodos não farmacológicos de alívio da dor na punção de calcânea ou venosa, nunca foi realizada por três (25,0%) médicos é utilizada na maioria das vezes por quatro (33,3%) e sempre por cinco (41,7%) médicos.

Três (25,0%) médicos responderam que nunca realizaram a administração de sacarose a 25% antes de um procedimento doloroso ao neonato, um (8,3%) respondeu que às vezes, três (25,0%) administram a sacarose na maioria das vezes e cinco (41,7%) responderam que sempre administram a sacarose antes de procedimentos dolorosos.

Durante uma punção de calcâneo e/ou punção venosa periférica, a técnica do laboratório respondeu que realiza às vezes somente a sucção não nutritiva como método de alívio da dor, porém realiza sempre a sucção não nutritiva associada à sacarose a 25%, portanto, sempre administra a sacarose a 25%.

Nove (40,9%) enfermeiras afirmam que nunca realizaram apenas a sucção não nutritiva como método de alívio da dor em punções periféricas (calcâneo e venosa), cinco (22,7%) utilizam poucas vezes; duas (9,1%) às vezes, três (13,6%), na maioria das vezes e três (13,6%) informaram sempre realizam somente a sucção não nutritiva na punção de calcâneo e/ou periférica. A sucção não nutritiva associada à sacarose a 25%, como método não farmacológicos de alívio da dor na punção de calcâneo ou venosa, é utilizada por uma (4,5%) enfermeira às vezes, por nove (40,9%) na maioria das vezes e por 12 (54,4%) enfermeiras sempre.

Uma (4,5%) enfermeira respondeu que nunca realiza a administração de sacarose a 25% antes de um procedimento doloroso ao neonato, duas (9,1%) utilizam tal estratégia às vezes, seis (27,3%) administram a sacarose na maioria das vezes e 13 (59,1%) o fazem antes de procedimentos dolorosos.

Durante uma punção de calcâneo e/ou punção venosa periférica, oito (17,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmam que nunca realizaram apenas a sucção não nutritiva como método de alívio da dor, quatro (8,7%) utilizam poucas vezes, 12 (26,1%) adotam o método às vezes, sete (15,2%) realizam na maioria das vezes e quinze (32,6%) responderam que o fazem sempre. A sucção não nutritiva associada à sacarose a 25%, como métodos não farmacológicos de alívio da dor na punção do calcâneo ou venosa, nunca é realizada por seis (13,0%) auxiliares/técnicas de enfermagem, poucas vezes por duas (4,3%), às vezes por sete (15,2%) profissionais de enfermagem, enquanto 17 (37,0%) realizam na maioria das vezes e 14 (30,4%) utilizam esta estratégia sempre.

Quanto ao uso da sacarose exclusivamente, seis (13,0%) profissionais de enfermagem, responderam que nunca realizam a administração de sacarose a 25% antes de um procedimento doloroso ao neonato, duas (4,3%) responderam que utilizam tal estratégia poucas vezes, quatro (8,7%) às vezes, 13 (28,3%) na maioria das vezes e 21 (45,7%) sempre administram a sacarose antes de procedimentos dolorosos.

Sobre o aleitamento materno como um método não farmacológico para o alívio da dor antes de procedimentos dolorosos como punção de calcâneo, ou venosa ou ainda intramuscular, quatro (33,3%) pediatras referiram que nunca realizam tal método não farmacológico, seis (50,0%) realizam poucas vezes, dois (16,7%) às vezes. A técnica do laboratório respondeu que utiliza o aleitamento materno como estratégia às vezes. Quatro (18,2%) enfermeiras referiram que nunca realizaram tal manejo, quatro (18,2%) realizam poucas vezes, 14 (63,6%) utilizam tal estratégia às vezes. Enquanto, 16

(34,8%) auxiliares/técnicas referiram que nunca realizam tal estratégia, oito (17,4%) utilizam poucas vezes, 15 (32,6%) às vezes, seis (13,0%) na maioria das vezes e uma (2,2%) sempre.

Segundo os dados analisados, o leite materno cru ou pasteurizado, ofertado ao RN como um método não farmacológico de alívio da dor neonatal em procedimentos dolorosos, quase não é utilizado pelos profissionais de saúde deste estudo uma vez que, oito (66,7%) médicos nunca administraram o leite materno antes de procedimentos, dois (16,7%) ofereceram poucas vezes e dois (16,7%) oferecem às vezes. A técnica do laboratório nunca ofereceu somente o leite materno (cru ou pasteurizado) em procedimentos dolorosos. Dentre as enfermeiras 17 (77,3%) revelaram que nunca administraram o leite materno antes de procedimentos dolorosos, quatro (18,2%) ofertaram poucas vezes e uma (4,5%) oferece o leite às vezes. 35 (76,1%) auxiliares/técnicas de enfermagem nunca ofertaram o leite materno antes de procedimentos dolorosos, sete (15,2%) poucas vezes, três (6,5%) às vezes e apenas uma (2,2%) oferece o leite materno na maioria das vezes.

O contato pele a pele na posição canguru também é um método não farmacológico de alívio da dor pouco utilizado pelos profissionais de saúde, pois cinco (41,7%) pediatras responderam que nunca o utilizaram para alívio da dor, três (25,0%) utilizaram poucas vezes e quatro (33,3%) responderam que utilizaram às vezes essa estratégia. A técnica de laboratório respondeu que o utiliza na maioria das vezes como um método não farmacológico de alívio da dor, porém esse dado não foi observado na prática clínica, na realidade o que observou-se é que ela prefere colocar o recém-nascido no colo materno, aconchegando esse bebê entre os braços e tórax maternos, antes de realizar a coleta de amostras capilares (punção de calcâneo).

Dentre as enfermeiras participantes oito (36,4%) responderam que nunca utilizaram o contato pele a pele na posição canguru como uma estratégia não farmacológica de alívio da dor neonatal, seis (27,3%), poucas vezes, sete (31,8%), às vezes essa estratégia, enquanto apenas uma (4,5%) enfermeira refere que sempre faz uso desta estratégia. Das 46 auxiliares/técnicas de enfermagem do estudo, 25 (54,3%) responderam que nunca faziam uso de tal método para o alívio da dor, oito (17,4%), poucas vezes, oito (17,4%) aplicavam às vezes essa estratégia, enquanto apenas quatro (8,7%) revelaram que utilizam na maioria das vezes e uma (2,2%) refere que sempre faz uso desta estratégia.

O posicionamento e a contenção facilitada do RN antes de um procedimento doloroso são praticados na maioria das vezes pelos médicos. Apenas um (8,3%) médico respondeu que nunca realiza tal estratégia, dois (16,7%) responderam que o realizam às vezes, cinco (41,7%) o fazem na maioria das vezes utilizam e quatro (33,3%) sempre realizam o posicionamento ou contenção facilitada.

A técnica do laboratório referiu que sempre realiza o posicionamento e a contenção facilitada do RN antes de realizar a coleta de exames, se preocupando em organizar o neonato.

Ainda quanto ao posicionamento e a contenção facilitada, uma (4,5%) enfermeira respondeu que nunca realiza outra (4,5%) o faz poucas vezes, sete (31,8%) às vezes, 11 (50,0%) responderam que na maioria das vezes e duas (9,1%) sempre utilizam o posicionamento ou contenção facilitada antes de um procedimento. E entre as auxiliares/técnicas de enfermagem, três (6,5%) responderam que nunca adotam tal método, duas (4,3%) poucas vezes e cinco (10,9%) às vezes realizam, enquanto, 14 (30,4%) utilizam na maioria das vezes e 22 (47,8%) responderam que sempre praticam o posicionamento ou contenção facilitada, antes de algum procedimento doloroso.

Dois (16,7%) médicos responderam que poucas vezes observam os recém-nascidos receberem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor rotineiramente, quatro (33,3%) observam às vezes, três (25,0%) observam tal situação na maioria das vezes e três (25,0%) observam sempre os neonatos receberem alguma intervenção não farmacológica para dor durante os procedimentos dolorosos. A técnica do laboratório respondeu que na maioria das vezes observa que os neonatos recebem alguma intervenção não farmacológica para dor durante procedimentos dolorosos. Entre a equipe de enfermagem duas (9,1%) enfermeiras responderam que poucas vezes observam os recém-nascidos receberem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, três (13,6%) observam às vezes, 12 (54,5%) notam que são realizadas alguma intervenção na maioria das vezes e cinco (22,7%), sempre. E duas (4,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem responderam que poucas vezes observam os recém-nascidos receberem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, sete (15,2%) presenciam poucas vezes, oito (17,4%), às vezes, enquanto, 18 (39,1%) observam tal situação na maioria das vezes e 11 (23,9%) sempre observam.

Os resultados acima apresentados sobre as práticas profissionais quanto ao uso dos métodos não farmacológicos de alívio da dor serão discutidos em conjunto aos dados qualitativos nas seguintes subcategorias **“1.2 A utilização de métodos não farmacológicos”**, **“1.3 O uso sacarose como principal escolha para o alívio da dor neonatal”** e **“1.4 Outras intervenções não farmacológicas”**.

A Tabela 9 ainda ilustra que quatro (33,3%) médicos disseram que poucas vezes e dois (16,7%) às vezes discutem os efeitos das estratégias de alívio da dor utilizadas na prática clínica com outros profissionais de saúde, enquanto três (25,0%) pediatras discutem com a equipe na maioria das vezes e três (16,7%) discutem sempre. A técnica do laboratório respondeu que na maioria das vezes discute os efeitos das estratégias de alívio da dor utilizadas na prática clínica com outros profissionais de saúde.

Uma (4,5%) enfermeira informou que nunca discute os efeitos das estratégias de alívio da dor utilizadas na prática clínica com outros profissionais de saúde, oito (36,4%) revelaram que discutem poucas vezes, nove (40,9%) o fazem às vezes, três (13,6%), na maioria das vezes e apenas uma (4,5%) enfermeira o faz sempre. Oito (17,4%) auxiliares/técnicas informaram que nunca discutem os

efeitos das estratégias de alívio da dor utilizadas na prática clínica com outros profissionais de saúde, cinco (10,9%) discutem poucas vezes, 14 (30,4%) às vezes, 14 (30,4%) na maioria das vezes e apenas cinco (10,9%) discutem sempre com a equipe a melhor estratégia para o plano de cuidados do neonato.

Na literatura científica encontra-se como conceito de trabalho em equipe ações que culminem em um objetivo comum a todos os profissionais que estão atuando em conjunto, desta forma, na área da saúde, pode considerar como um trabalho em equipe a integração das diferentes categorias e especialidades profissionais (médico, enfermeiro, técnicos, auxiliares, psicólogo, assistente social, etc.) provendo ações, com o objetivo de restabelecer a saúde ou o autocuidado ao paciente. E quanto ao trabalho multiprofissional relaciona-se a uma modalidade de trabalho coletivo que se configura em uma relação recíproca entre as intervenções e os diferentes atores (categorias profissionais) (PEDUZZI, 2001). Assim, a discussão das estratégias a serem realizadas, do plano de cuidado dos pacientes, entre outras ações da equipe, se enriquece muito com a discussão entre esses profissionais, uma vez que esta pode proporcionar uma troca de conhecimento, experiências, questionamentos que só acarretará em aspectos positivos aos pacientes (neonatos). Cada um em sua especialidade, pode contribuir amplamente com o cuidado prestado, melhorando consequentemente a qualidade da assistência prestada e prognóstico do paciente.

Na área neonatal, especificamente quanto ao manejo da dor, a troca de experiências e conhecimentos pode ser realizada entre os próprios profissionais, durante discussões sobre a implantação de estratégias e planos de cuidado individualizados e específicos a cada caso. Na prática observa-se que alguns profissionais apresentam mais facilidade de comunicação, em ensinar e aprender com o outro, e isso pode propiciar à equipe multiprofissional desta maternidade um importante ganho teórico e prático.

Tabela 9 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Prática – Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Realiza apenas a sucção não nutritiva nas punções (calcâneo e venosa)								
Nunca	4	33,3	-	-	9	40,9	8	17,4
Poucas vezes	1	8,3	-	-	5	22,7	4	8,7
Às vezes	3	25,0	1	100,0	2	9,1	12	26,1
Sim, na maioria das vezes	3	25,0	-	-	3	13,6	7	15,2
Sempre	1	8,3	-	-	3	13,6	15	32,6
Utiliza a sucção não nutritiva associada à sacarose a 25% (punção de calcâneo e venosa)								
Nunca	3	25,0	-	-	-	-	6	13,0
Poucas vezes	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Às vezes	-	-	-	-	1	4,5	7	15,2
Sim, na maioria das vezes	4	33,3	-	-	9	40,9	17	37,0
Sempre	5	41,7	1	100,0	12	54,5	14	30,4
Administra sacarose 25% antes de um procedimento potencialmente doloroso								
Nunca	3	25,0	-	-	1	4,5	6	13,0
Poucas vezes	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Às vezes	1	8,3	-	-	2	9,1	4	8,7
Sim, na maioria das vezes	3	25,0	-	-	6	27,3	13	28,3
Sempre	5	41,7	1	100,0	13	59,1	21	45,7

- Continua -

- Continuação -

Prática – Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Utiliza o AM para alívio da dor (punções de calcâneo, venosa e/ou injeção IM)								
Nunca	2	16,7	-	-	4	18,2	16	34,8
Poucas vezes	2	16,7	-	-	4	18,2	8	17,4
Às vezes	6	50,0	1	100,0	14	63,6	15	32,6
Sim, na maioria das vezes	2	16,7	-	-	-	-	6	13,0
Sempre	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Oferece leite materno cru ou pasteurizado ao RN antes um procedimento potencialmente doloroso								
Nunca	8	66,7	1	100,0	17	77,3	35	76,1
Poucas vezes	2	16,7	-	-	4	18,2	7	15,2
Às vezes	2	16,7	-	-	1	4,5	3	6,5
Sim, na maioria das vezes	-	-	-	-	-	-	1	2,2
Realiza o contato pele a pele na posição canguru em RN durante punção de calcâneo e/ou injeção IM								
Nunca	5	41,7	-	-	8	36,4	25	54,3
Poucas vezes	3	25,0	-	-	6	27,3	8	17,4
Às vezes	4	33,3	-	-	7	31,8	8	17,4
Sim, na maioria das vezes	-	-	1	100,0	-	-	4	8,7
Sempre	-	-	-	-	1	4,5	1	2,2

- Continua -

- Continuação -

Prática – Métodos não farmacológicos para alívio da dor	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Realiza o posicionamento e a contenção facilitada ao RN antes de um procedimento potencialmente doloroso								
Nunca	1	8,3	-	-	1	4,5	3	6,5
Poucas vezes	-	-	-	-	1	4,5	2	4,3
Às vezes	2	16,7	-	-	7	31,8	5	10,9
Sim, na maioria das vezes	5	41,7	-	-	11	50,0	14	30,4
Sempre	4	33,3	1	100,0	2	9,1	22	47,8
Discute os efeitos das estratégias utilizadas para o alívio da dor em procedimentos com outros profissionais de saúde								
Nunca	-	-	-	-	1	4,5	8	17,4
Poucas vezes	4	33,3	-	-	8	36,4	5	10,9
Às vezes	2	16,7	-	-	9	40,9	14	30,4
Sim, na maioria das vezes	3	25,0	1	100,0	3	13,6	14	30,4
Sempre	3	25,0	-	-	1	4,5	5	10,9
Observa que todos os RN recebem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor								
Nunca	-	-	-	-	-	-	2	4,3
Poucas vezes	2	16,7	-	-	2	9,1	7	15,2
Às vezes	4	33,3	-	-	3	13,6	8	17,4
Sim, na maioria das vezes	3	25,0	1	100,0	12	54,5	18	39,1
Sempre	3	25,0	-	-	5	22,7	11	23,9

f = frequência absoluta; % = porcentagem; RN = recém-nascido; IM = intramuscular.

Finalmente, quanto à participação da família durante os procedimentos potencialmente dolorosos realizados ao neonato na prática assistencial, obteve-se as seguintes respostas dos profissionais.

Um (8,3%) médico refere que nunca informa os pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados nos neonatos, ao contrário da maioria dos pediatras, os quais, seis (50,0%) responderam que comunicam na maioria das vezes e cinco (41,7%) que referiram comunicar os pais ou familiares sempre.

Uma questão que dividiu muito a opinião dos pediatras, foi se solicitam aos pais/família a promoção de medidas de conforto para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos e as respostas encontradas foram: dois (16,7%) médicos nunca tomam esta conduta, dois (16,7%) poucas vezes, dois (16,7%) às vezes, quatro (33,3%) na maioria das vezes e dois (16,7%) disseram que sempre.

Quando questionamos aos médicos do estudo, se eles realizam em sua prática a avaliação da eficácia dos métodos não farmacológicos aplicados para o alívio da dor aguda com outros profissionais da equipe ou com familiares e se a partir desta avaliação realizam mudanças no plano de cuidados do neonato, encontramos as seguintes respostas: dois (16,7%) responderam que nunca o fazem, quatro (33,3%) poucas vezes, um (8,3%) procede às vezes, três (25,0%) responderam que o faz na maioria das vezes, e dois (16,7%) responderam que sempre o discutem as estratégias com a família e a equipe assistencial.

A técnica do laboratório respondeu que na maioria das vezes informa os pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados nos neonatos e a promoverem medidas de conforto para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos. Quanto à discussão sobre a eficácia das estratégias não farmacológicas de alívio da dor com a equipe ou com familiares, identificando e realizando mudanças no plano de cuidados, respondeu que o faz às vezes.

Uma (4,5%) enfermeira refere que às vezes informa os pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados, ao contrário da maioria das enfermeiras, das quais, oito (36,4%) responderam que comunicam na maioria das vezes e 13 (59,1%) disseram que sempre comunicam. Quanto à questão acerca de que se solicitam aos pais/família a promoção de medidas de conforto para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos, uma (4,5%) enfermeira nunca toma esta conduta, três (13,6%) o fazem poucas vezes, oito (36,4%) às vezes, sete (31,8%) na maioria das vezes e três (13,6%) disseram que sempre.

E quando questionamos as enfermeiras participantes do estudo, se elas realizam em sua prática a avaliação da eficácia dos métodos não farmacológicos aplicados para o alívio da dor aguda com outros profissionais da equipe ou com familiares e se a partir desta avaliação realizam mudanças

no plano de cuidados do neonato, encontramos as seguintes respostas: cinco (22,7%) enfermeiras responderam que nunca realizam tal conduta, seis (27,3%) discutem poucas vezes, nove (40,9%) às vezes e duas (9,1%) na maioria das vezes discutem com a família e/ou equipe a estratégia e o plano de cuidados do neonato.

Das 46 auxiliares/técnicas de enfermagem, uma (2,2%) respondeu que às vezes informa aos pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados, ao contrario da maioria das funcionárias, as quais, oito (17,4%) comunicam na maioria das vezes e 37 (80,4%) informaram que sempre comunicam aos pais ou familiares sobre os procedimentos que serão realizados com o seu bebê. Sete (15,2%) auxiliares/técnicas nunca solicitam a presença ou participação dos pais/família para realizar a promoção de medidas de conforto para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos, seis (13,0%) solicitam poucas vezes, nove (19,6%) às vezes, sete (15,2%) responderam que na maioria das vezes o faz e a maioria 17 (37,0%) sempre solicitam.

E quando questionamos as auxiliares/técnicas de enfermagem se elas realizam em sua prática a avaliação da eficácia dos métodos não farmacológicos aplicados para o alívio da dor aguda com outros profissionais da equipe ou com familiares e se a partir desta avaliação realizam mudanças no plano de cuidados do neonato, encontramos as seguintes respostas: a maioria não realiza segundo o inquérito, pois 15 (32,6%) informaram que nunca realizam, 12 (26,1%) poucas vezes, oito (17,4%) às vezes, sete (15,2%) na maioria das vezes e quatro apenas (8,7%) informam que sempre discutem as estratégias e os planos de cuidado com os familiares ou equipe assistencial.

Estes resultados, também foram discutidos em conjunto com os resultados qualitativos na categoria **“5. Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal”**.

Segue resultados expostos na Tabela 10.

Tabela 10 – Distribuição dos profissionais de saúde segundo a prática profissional sobre o manejo da dor neonatal – participação dos pais/família. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Prática – participação dos pais/família	Médicos (n=12)		Técnica do Laboratório (n=1)		Enfermeiras (n=22)		Auxiliares/técnicas enfermagem (n=46)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Informa os pais sobre os procedimentos dolorosos								
Nunca	1	8,3	-	-	-	-	-	-
Poucas vezes	-	-	-	-	-	-	-	-
Às vezes	-	-	-	-	1	4,5	1	2,2
Sim, na maioria das vezes	6	50,0	1	100,0	8	36,4	8	17,4
Sempre	5	41,7	-	-	13	59,1	37	80,4
Solicita aos pais promoverem medidas de conforto à dor								
Nunca	2	16,7	-	-	1	4,5	7	15,2
Poucas vezes	2	16,7	-	-	3	13,6	6	13,0
Às vezes	2	16,7	-	-	8	36,4	9	19,6
Sim, na maioria das vezes	4	33,3	1	100,0	7	31,8	7	15,2
Sempre	2	16,7	-	-	3	13,6	17	37,0
Avalia a eficácia das estratégias não farmacológicas com a equipe/família e identifica mudanças no plano de cuidados								
Nunca	2	16,7	-	-	5	22,7	15	32,6
Poucas vezes	4	33,3	-	-	6	27,3	12	26,1
Às vezes	1	8,3	1	100,0	9	40,9	8	17,4
Sim, na maioria das vezes	3	25,0	-	-	2	9,1	7	15,2
Sempre	2	16,7	-	-	-	-	4	8,7

f = frequência absoluta; % = porcentagem.

5.2 Resultados e discussão dos dados qualitativos

Foram realizadas 7 entrevistas com 3 enfermeiras – 1 enfermeira da UCIN (E1), 1 enfermeira do Centro Cirúrgico e Obstétrico (E2) e a coordenadora de Enfermagem (CE); 2 médicos pediatras (M1), sendo que um deles é o coordenador da pediatria e desenvolve os protocolos pediátricos (M2); 1 técnica de enfermagem (TE) e 1 auxiliar de enfermagem, (AE); e por fim, uma técnica de laboratório (TL), que como citada anteriormente realiza alguns procedimentos de coleta de sangue para exames no laboratório da instituição. Segue dados de caracterização destes profissionais no Quadro 1.

Quadro 1. Caracterização dos profissionais entrevistados segundo idade, estado civil, profissão e tempo de experiência profissional e na área neonatal. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

Profissionais	Sexo	Idade (anos)	Estado Civil	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de experiência na área neonatal (anos)
Enfermeira UCIN (E1)	F	38	Casada	13	13
Enfermeira CO (E2)	F	26	Casada	6	3
Coordenadora de enfermagem (CE)	F	33	União Consensual	13	4
Pediatra (M1)	F	36	Solteira	8	5
Pediatra (M2)	M	34	Casado	8	5
Técnica de Enfermagem (TE)	F	46	Casada	12	10
Auxiliar de Enfermagem (AE)	F	38	Casada	6	4
Técnica do Laboratório (TL)	F	35	Casada	12	12

Fonte: Própria Autora.

Analisando os depoimentos dos profissionais de saúde selecionados que atuam diariamente com a dor neonatal, podemos perceber os múltiplos enfoques que sustentam a complexidade da temática em questão.

Desta forma, apresentamos a síntese das entrevistas, apontando as ideias, pensamentos, sentimentos e ações significantes dos profissionais envolvidos e a partir desta síntese serão complementados na discussão dos dados quantitativos com o embate gerado pelos dados qualitativos.

Desta forma, através das subcategorias classificamos os resultados nas categorias demonstradas no Quadro 2.

Quadro 2. Categorias e subcategorias das entrevistas. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
1ª Fatores facilitadores do manejo da dor neonatal.	1.1 Atuação dos profissionais; 1.2 A utilização de métodos não farmacológicos; 1.3 O uso de sacarose como principal escolha para o alívio da dor neonatal; 1.4 Outras intervenções não farmacológicas.
2ª Fatores dificultadores do manejo da dor neonatal.	2.1 Falhas em como lidar com a dor; 2.2 Excesso de procedimentos dolorosos; 2.3. Fluxo de trabalho e quantidade de recursos humanos.
3ª Avaliação da dor.	3.1. Como avaliar a dor; 3.2. Quando avaliar a dor; 3.3. A importância da avaliação da dor.
4ª Mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor na instituição.	4.1 Treinamentos; 4.2 Protocolos e escalas para avaliação da dor; 4.3 Mudança na atitude dos profissionais e sensibilização da equipe.
5ª Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal.	5.1 Vantagens e apoio ao manejo da dor neonatal com participação da família; 5.2 Dificuldades na participação da família no manejo da dor neonatal.

Fonte: Própria autora.

Segue no Quadro 3 a distribuição dos trechos das entrevistas, demonstrando como chegamos às subcategorias, a partir dos trechos dos depoimentos dos profissionais de saúde entrevistados na segunda etapa deste estudo.

Quadro 3. Distribuição dos trechos das entrevistas e suas subcategorias. Maternidade de Ribeirão Preto – SP, 2013.

SUBCATEGORIAS	ALGUNS TRECHOS DAS ENTREVISTAS
1.1 Atuação dos profissionais.	<i>[...] mas em termos de participação da equipe todo mundo acaba querendo amenizar aquele sofrimento [...] (TE)</i> <i>[...] acho que as pessoas aqui tem uma boa vontade de uma forma geral [...] (M1)</i> <i>Nos métodos todo mundo é colaborativo (AE)</i>
1.2 A utilização de métodos não farmacológicos.	<i>[...] que é a sucção não nutritiva e o uso da sacarose que a gente faz aqui (E1)</i> <i>[...] quando ele tá em contato pele a pele, né, o cheiro da mãe, a batida do coração, a gente já vê que isso alivia [...] (E1)</i> <i>[...] o aleitamento é natural é algo que o bebê já tá acostumado a mamar, além disso, tem o contato dele com a mãe, então assim ele já tá no colo, já é fica mais protegido, e o leite [...] (E2)</i>
1.3 O uso de sacarose como principal escolha para o alívio da dor neonatal.	<i>[...] Como eu vi isso antes da sacarose e agora com a sacarose parece que o efeito é bom [...] (TE)</i> <i>Eu, eu acho que a sacarose é, pelo fato de ser doce, é o RN estimula a sucção, e com isso [...] libera o hormônio de, da serotonina de bem estar [...] (E2)</i> <i>Utilizar a sacarose é mais prático porque a mãe não precisa vir junto com a criança, ela tem alguma dificuldade para deambular porque é puérpera, então acaba sendo mais prático fazer a administração de sacarose (M2)</i>
1.4 Outras intervenções não farmacológicas.	<i>[...] um apoio, aconchega essa criança, a mãe, assim dependendo do procedimento, o aconchego da mãe e a criança e isso é importante também [...] (TL)</i> <i>[...] dependendo do procedimento, porque tem, em cada caso também. Porque tem caso que é um banho também, o banho relaxa bastante, né. O jeito de você aconchega no caso a criança no caso no berço (E1)</i>
2.1 Falhas em como lidar com a dor.	<i>[...] Eu acredito que não esteja incorporado a questão do controle da dor do recém-nascido (CE)</i> <i>Eu acho que a equipe de enfermagem não está preparada exatamente pelo fato da realização da sacarose para procedimentos que não são dolorosos, eu acho que alguns pediatras também não são orientados [...] (M2)</i>
2.2 Excesso de procedimentos dolorosos.	<i>[...] no manejo da dor sim, né eu acho que, os próprios procedimentos né que a gente faz no caso, né procedimentos mais invasivos como coleta de sangue, e ou mesmo o teste do pezinho que a gente faz (E1)</i>
2.3. Fluxo de trabalho e quantidade de recursos humanos.	<i>[...] o que eu acho assim que dificulta é o número de, quando tá lotado, e aí fica pouco profissional em relação ou número de crianças, e aí assim pra você pra [...] disponibilizar um pouquinho antes a sacarose, uns dois minutos antes às vezes acho que isso pode prejudicar [...] (M1)</i> <i>[...] Dá pra gente avaliar mais de perto né, quando tem menos nenê [...] (AE)</i>
3.1. Como avaliar a dor.	<i>Pelas expressões da face, o choro [...] (E2)</i> <i>Pela expressão facial, pelo jeito, pelo movimento dos membros [...] O próprio, o choro mesmo [...] (AE)</i> <i>[...] eu acho que é difícil, precisa ter muita percepção, essa [...] é pra conseguir diferenciar né, porque na verdade ele chora por tudo, tanto quanto, quando tá com dor ou não (E2)</i>
3.2. Quando avaliar a dor.	<i>Assim que a gente vai fazer algum procedimento a gente já observa, como ele tá quietinho, se ele tá dormindo durante esse procedimento e após esse procedimento. Pra ver como, que ele vai ficar (E1)</i> <i>Eu acho que não só nos procedimentos dolorosos, mas eu acho que na avaliação clínica do RN [...] (E2)</i> <i>Eu acredito que em vários momentos [...] (CE)</i>
3.3. A importância da avaliação a dor.	<i>Porque eu acho que é diferencial, eu acho que se e assim é assistência né? É melhor pro RN [...] (E2)</i> <i>Porque a dor ela tá correlacionada com a resposta ao tratamento, então uma criança sentindo dor ela vai ter alterações fisiológicas que vão prejudicá-la na recuperação de alguma enfermidade, além de ser desumano deixar um ser vivo, paciente sentir dor, se você tem a opção de retirar a dor (M2)</i>
4.1 Treinamentos.	<i>[...] treinar toda a equipe, fazê todo o treinamento dessa equipe, é assim treinamento teórico, treinamentos práticos [...] (TL)</i> <i>O treinamento dos funcionários, da equipe multi mesmo não só da enfermagem (CE)</i>
4.2 Protocolos e escalas para avaliação da dor.	<i>[...] talvez estabelecer um protocolo [...] mais concreto de avaliação de dor em criança que esta internada em estado mais grave na unidade de cuidados intermediários [...] (M2)</i>
4.3 Mudança na atitude dos profissionais e sensibilização da equipe.	<i>[...] acho que a sensibilização (CE)</i> <i>[...] mas eu ainda acho que dá pra melhorar mais, conscientizar mais as pessoas da importância pra todo mundo comprar mesmo essa ideia [...] (E2)</i>
5.1 Vantagens e apoio ao manejo da dor neonatal com participação da família.	<i>Eu acho, importante [...] porque quando você deixa o nenê no colo dela pra você colhe um exame, fazer algum procedimento ele se sente muito mais protegido e ele acalma (E1)</i> <i>[...] Então eu acho que assim, o acolhimento do bebê com a mãe, ele se sente mais protegido, é e acho que sente menos dor (E2)</i>
5.2 Dificuldades na participação da família no manejo da dor neonatal.	<i>[...] principalmente por ser da família seria sofrer junto, mas tentar ser uma pessoa que não demonstrasse tanta ansiedade. Que a gente já percebeu que os nenezinho quando a mãe tá muito ansiosa que fica naquela aflição eles acabam sentindo também (TE)</i> <i>Eu acho que na (maternidade) ela não acontece de maneira adequada, que a equipe ainda não pensa neste autocuidado do paciente e não incentiva a participação da mãe e da família no seu próprio cuidado. Pode melhorar (CE)</i>

Fonte: Própria Autora.

5.2.1 Primeira Categoria: Fatores facilitadores do manejo da dor neonatal

1.1 Atuação dos profissionais

Analisando as afirmações nota-se que a boa vontade e interesse da atuação da equipe em realizar a melhor assistência possível ao neonato são um fator facilitador no manejo da dor neonatal.

“[...] mas em termos de participação da equipe todo mundo acaba querendo amenizar aquele sofrimento. Acho que melhora, tem uma preocupação maior” (TE).

“Agora acho que as pessoas aqui têm uma boa vontade de uma forma geral. Pelo menos assim durante o dia [...] eu vejo as meninas tarem com boa vontade pra fazer, não tem acho que grandes problemas não” (M1).

“Nos métodos todo mundo é colaborativo” (AE).

ROCHA (2009) realizou um estudo qualitativo com a análise centralizada no Discurso do Sujeito Coletivo, com objetivo de conhecer a experiência da enfermeira na utilização de instrumentos para a avaliação da dor neonatal e identificar as dificuldades e facilidades encontradas no uso destes instrumentos. A pesquisa abordou nove enfermeiras de quatro Unidades de Terapia Intensiva Neonatais de hospitais públicos e privados de São Paulo - SP e através de entrevistas semiestruturadas constatou que as equipes apresentaram dificuldades e certa falta de adesão em utilizar os instrumentos de avaliação da dor neonatal, provavelmente devido à preocupação da equipe em realizar as outras atividades do exercício profissional que necessitam mais da técnica do que o raciocínio clínico exigido durante a avaliação da dor neonatal. Ao mesmo tempo, constatou que a preocupação e sensibilidade do profissional perante à dor neonatal está diretamente relacionada à sua experiência profissional, pois este se sente com mais autonomia e segurança para tomar uma conduta perante a dor do neonato quando é mais experiente na área. Conclui que apesar das dificuldades encontradas nas equipes, há o uso de instrumentos para avaliação da dor neonatal sistematiza a assistência e alerta a equipe de saúde para tomar alguma conduta perante à dor do bebê.

Já o estudo de Cignacco et. al. (2008) demonstra que o sexo, a idade e a experiência profissional não apresenta relação direta com a avaliação da dor neonatal. No entanto, a profissão apresenta essa influência, pois os enfermeiros tendem achar mais procedimentos dolorosos do que os médicos (CIGNACCO et. al., 2008; SIMONS et. al., 2003), provavelmente devido a enfermagem estar

presente por mais tempo, no cuidado direto ao recém-nascido e consequentemente reconhecer com mais facilidades suas respostas a dor e ao estresse.

Além disso, o manejo da dor pode ser influenciado por diversos fatores tais como conhecimento, crenças e competência técnica (HAMIL-RUTH; MAROHN, 1999; LOVEMAN; GALE, 2000).

Diante destas influencias evidenciadas pela literatura científica, dos depoimentos acima e dos resultados quantitativos relativos à tomada de condutas constatamos que a equipe de saúde desta maternidade se sente a vontade em discutir estratégias e implementar condutas, agregar mudanças e novos conhecimentos, apesar do déficit em teorias e treinamentos como constatado nos resultados sobre capacitações e atualizações recentes, porém essa “boa vontade de uma forma geral” pode trazer ganhos a equipe e proporcionar a melhoria da qualidade e humanização do atendimento dos neonatos.

1.2 A utilização de métodos não farmacológicos

Os métodos não farmacológicos foram citados nas entrevistas, como estratégias que facilitam o manejo da dor neonatal.

“Eu acho que facilita seria esses métodos que a gente tem os não farmacológicos” (E2).

“[...] né que hoje a gente utiliza pra facilitar né, pra aliviar na verdade essa dor, que é a sucção não nutritiva e o uso da sacarose que a gente faz aqui” (E1).

“É assim, toda equipe é treinada quanto ao uso da sacarose [...] pensar no bebê né, o alívio da dor do bebê é uma [...] não só o alívio da dor do bebê quanto à facilidade do bebê na coleta éééé, esse bebê não vai fica tão agitado, [...] vai melhora a agitação do bebê na hora da coleta” (TL).

Segundo os profissionais entrevistados e anotações em diário de bordo sobre a observação da prática, constatou-se que os métodos não farmacológicos de alívio da dor neonatal, são bem vistos pela equipe, pois após a utilização dos métodos citados, os profissionais observam que são eficazes no alívio da dor do neonato.

Isso se confirma, com os dados quantitativos sobre a tomada de conduta, uma vez que todos (100,0%) os médicos e 20 (90,9%) das enfermeiras tomam alguma conduta perante a dor, dos quais os métodos não farmacológicos mais citados por estes profissionais foram: a sucção não nutritiva, a oferta de sacarose, realizar o procedimento com o RN no colo materno, a contenção facilitada, interrupção temporária do procedimento, contato pele a pele na posição canguru e amamentação, as enfermeiras

ainda responderam sobre a necessidade de se realizar o controle ambiental (minimizar manipulação, ruídos e luminosidade) e confortar o RN após um procedimento potencialmente doloroso.

A técnica do laboratório respondeu que realiza a sucção não nutritiva e a sacarose a 25%, com mais frequência e as auxiliares/técnicas de enfermagem à respeito da tomada de conduta perante à dor, 21 (45,7%) auxiliares/técnicas fazem uso de alguma estratégia perante a dor, das quais as principais condutas citadas se diferenciaram das demais categorias, pois foram citadas mais ações no sentido de acalantar e confortar o recém-nascido, como: realizar o procedimento com o RN no colo materno, medidas de conforto, massagens, banho aquecido, contato pele a pele na posição canguru, posicionamento, controle ambiental (minimizar manipulação, ruídos e luminosidade e aquecer) e interromper temporariamente o procedimento.

Ainda, em questão quantitativa aberta, uma funcionária respondeu que aprendeu um pouco sobre os métodos não farmacológicos para alívio da dor neonatal em pesquisas realizadas na mesma instituição deste estudo, portanto, isso nos confere que os profissionais estão atentos às investigações realizadas na instituição e possuem interesse em aprender.

A literatura científica também traz inúmeras evidências nacionais e internacionais sobre a eficácia dos diferentes métodos não farmacológicos. Segundo Walter-Nicolet et al. (2010), os métodos não farmacológicos são mais eficazes e recomendados pela literatura em geral, para a dor neonatal aguda e são muito utilizados devido a equipe de saúde poder implementá-los sem uma prescrição médica.

As medidas não farmacológicas são geralmente utilizadas para procedimentos dolorosos rotineiros e menos invasivos (punção de calcâneo, venosa, arterial e injeções intramusculares). A punção de calcâneo é o tipo de coleta sanguínea mais utilizada nas rotinas da assistência neonatal devido ao menor risco de provocar infecções, visto que é um método menos invasivo, por ser uma área de grande vascularização e de fácil punção, porém, promove desconforto e estresse ao recém-nascido durante o procedimento (BUENO, 2011).

Dentre as condutas citadas nos dados quantitativos, uma preocupação foi a resposta de uma (2,2%) técnica/auxiliar de enfermagem que respondeu não fazer nada perante a dor neonatal (não comunica chefia, não discute com outros profissionais, não registra e não toma conduta). Este dado suscita em forte preocupação com a realidade do cuidado neonatal, pois a profissional se omite perante a dor neonatal e fere o Art. 18 - Respeitar, reconhecer e realizar ações que garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, de tomar decisões sobre sua saúde, tratamento, conforto e bem estar do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007), além de seu juramento profissional e respeito à profissão de enfermagem que possui sua base no cuidado ao outro.

A maioria dos depoimentos é a favor do contato pele a pele na posição canguru como um método não farmacológico para o alívio da dor.

“[...] assim pouco ouvi falar, como tratamento de dor o contato, mas assim diante dos benefícios que ele tem pro RN, é esse vínculo, o apego com a mãe eu acho que deve ser, é acho que é muito interessante” (E2).

“Sou 100%, porque eu acredito que o aconchego do pai ou da mãe, ou do familiar próximo acalma o bebê. É eu não acredito que some a dor, mas eu acredito que alivia, porque eu acredito que o cérebro ele pode capitar o seguinte, que pode ter uma sensação muito ruim, talvez da dor, mas se ele tiver uma sensação bem melhor do que a dor, como do aconchego, se for mais confortável, eu acho que o cérebro começa a dar mais importância para isso do que pra dor” (CE).

“Ajuda porque ele sente o coração da mãe, sente o calor da mãe, então se percebe que o nenê se aconchega e fica mais tranquilo” (AE).

“Eu acho que ajuda bastante [...] Que o canguru ele é, ele também é muito bom quando se é utilizado gente dá pra perceber que o bebê fica mais aconchegante né, quando ele tá em contato pele a pele, né, o cheiro da mãe, a batida do coração, a gente já vê que isso alivia bastante o bebê, isso a gente, e é uma das coisas que a gente tem até que ficar reforçando né com os funcionários” (E1).

Percebemos também o conhecimento superficial acerca do método uma vez que alguns trechos das entrevistas contemplam que “pouco se ouviu falar”, “eu desconheço”, “nunca li nada a respeito”.

“A gente sabe que traz conforto, mas no sentido de dor deve causar algum benefício também, se dá conforto, deve amenizar também. Porque quando eles tão chorando a gente coloca no colo tanto da mãe quanto do pai pra fazer canguru eles ficam calminhos, devem se sentir protegidos, então deve amenizar sim” (TE).

“Posição canguru, nossa eu não tenho muita experiência pra te falar, porque eu não vejo muito, o que eu mais vejo é a sucção mesmo, eu acho que ajuda, mas eu não sei te fala a em relação a isso (à dor) como ficaria. Eu acho que deve ter um aconchego a criança deve se sentir um pouco segura, deve ser menos traumático, mas assim eu não sei te fala [...] (M1).

“Em relação ao contato pele a pele para alívio de dor, eu desconheço, nunca li nada a respeito. Não tenho informação a respeito. Eu sei do contato em sala de parto, ao momento do nascimento, benefícios, vantagens desse contato, mas pra analgesia não farmacológica eu não conheço” (M2).

As afirmações acima são contarditórias em relação aos dados quantitativos quanto ao conhecimento dos profissionais sobre o contato pele a pele na posição canguru como uma estratégia não farmacológica durante a realização de procedimentos dolorosos, pois 11 (91,7%) médicos, a técnica do laboratório, 19 (86,4%) enfermeiras e 31 (67,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem concordaram com essa afirmativa. Isto revela a importância em se comparar os dados quantitativos com os dados qualitativos buscando proporcionar maior complexidade nos dados da pesquisa, pois apesar de muitos afirmarem que consideram o contato um método não farmacológico de alívio da dor, o aspecto qualitativo da pesquisa mostra que este conhecimento é um pouco mais superficial.

A literatura científica mostra que na transição da vida intrauterina para a extrauterina, ocorrem várias alterações no organismo do recém-nascido, principalmente fisiológicas, pois este passa de um organismo completamente dependente de suprimentos, oxigenação e nutrição, para um organismo independente, que requer um grande período de adaptação que pode durar dias (ASKIN, 2002). Este momento para o recém-nascido é descrito por autores, como um intenso período de estresse transitório ao neonato (BELL; McFARLIN, 2006; VIVANCOS et al., 2010).

Como comprovado em diferentes estudos internacionais e visando a redução desse estresse do nascimento (CHRISTENSSON, 1995), a manutenção de temperatura corporal do neonato após o nascimento (BYSTROVA et al., 2003), o reconhecimento da mãe e do odor do leite materno e criação de vínculo de bebês com suas mães (MIZUNO et al., 2004) e o prolongamento do aleitamento materno exclusivo (MIKIEL-KOSTYRA; MAZUR; BOLTRUSKO, 2002) o contato pele a pele na primeira hora de vida foi um importante passo no cuidado em saúde, o qual é reforçado pela resolução do IHAC que engloba ações voltadas à mulher e à assistência ao parto, como citadas no quadro teórico e é fundamental ao recém-nascido e conhecido pelos profissionais de saúde com grande facilidade em instituições intituladas pela IHAC, no momento do parto.

Vivancos et al. (2010) realizou um estudo comparativo, quase-experimental, e testou a efetividade do contato pele a pele entre mãe e filho após o nascimento na redução do comportamento de estresse/dor manifestado pelo choro do RN, após a vacinação contra a Hepatite B. No estudo, 40 neonatos a termos foram divididos em dois grupos (com ou sem contato pele a pele) e foram comparados o tempo de choro durante a vacinação contra Hepatite B. Os resultados encontrados foram que o efeito do contato na diminuição do tempo de choro dos RN, não foi significativo, porém

cl clinicamente, a Síndrome do Chamado pelo Estresse foi observada, bem como a efetividade do período de contato, na modulação do comportamento de choro dos neonatos, enquanto estes estiveram sob o momento terapêutico, desta forma, o contato pele a pele imediatamente após o parto apresenta benefícios ao neonato.

Aliado ao contato pele a pele imediato no nascimento há o Método Canguru desenvolvido na Colômbia na década de 1970, criado para providenciar uma alta hospitalar precoce para recém-nascidos de baixo peso, frente a uma situação crítica de falta de incubadoras, infecções cruzadas, ausência de recursos tecnológicos, desmame precoce, altas taxas de mortalidade neonatal e abandono materno. Este método é caracterizado por colocar o recém-nascido em contato direto com a pele da mãe ou do pai do bebê, sem nenhuma interferência intermediária (incluindo a roupa íntima da mãe), visando promover a redução do gasto de energia e temperatura, colonização da pele do bebê e consequentemente ganho de peso e provisão de vínculo entre mãe-filho.

Na maternidade onde o estudo foi realizado, não há enfermarias para o Método Canguru, portanto o que é realmente realizado são momentos pontuais, na UCIN ou no alojamento conjunto, de realização do contato pele a pele na posição canguru, com a finalidade de manter a temperatura do RN, reduzir o gasto de energia e estimulação do vínculo entre mãe e bebê. Porém, ele é raramente utilizado como estratégia de alívio da dor neonatal, uma vez que isso se confirma nos dados quantitativos da prática profissional, nos quais apenas três (25,0%) médicos utilizaram poucas vezes e quatro (33,3%) responderam que utilizaram às vezes essa estratégia, seis (27,3%) enfermeiras utilizaram poucas vezes, sete (31,8%) utilizam às vezes essa estratégia, enquanto apenas uma (4,5%) enfermeira refere que sempre faz uso desta estratégia, oito (17,4%) responderam que utilizaram poucas vezes, oito (17,4%) responderam que utilizam às vezes essa estratégia, enquanto apenas quatro (8,7%) revelaram que utilizam na maioria das vezes e uma (2,2%) refere que sempre faz uso desta estratégia.

Desta forma, observa-se que as vantagens citadas acima do contato pele a pele imediato no parto e algumas vantagens do Método Canguru, que são de maior conhecimento da equipe, porém quanto ao uso do contato pele a pele na posição canguru, como um método não farmacológico da dor neonatal, encontramos o desconhecimento da equipe, nas afirmações e dados descritos acima.

O contato pele a pele pode ser utilizado para reduzir as atividades do hipotálamo-hipófise-adrenal em resposta à dor (MOONCEY et al., 1997). Este reduz consideravelmente as respostas à dor neonatal (como as expressões faciais) a partir da punção de calcâneo (CASTRAL, 2010).

Um estudo, randomizado, com 95 prematuros, constatou um efeito analgésico do contato pele a pele na posição canguru, tão eficaz quanto a glicose a 25%, durante uma punção (FREIRE; GARCIA; LAMY, 2008). Para um efeito eficaz na redução da dor neonatal pelo contato pele a pele, recomenda-

se realiza-lo 15 minutos antes do procedimento doloroso, como uma punção de calcâneo (JOHNSTON et.al., 2008 e CASTRAL et.al., 2008).

Também se encontra nos depoimentos a dificuldade de aplicar este método em alguns procedimentos dolorosos.

*“Tem uns (procedimentos) que **difícultam** né. Ah, **não tem como a gente puncionar o nenê**, que tá assim em contato pele a pele com a mãe, mas também que nem quando é pra colher exame quando é capilar aí já dá, né. Então tem uns que dá, mas tem uns que num tem jeito” (AE).*

Uma das dificuldades evidenciadas pelos profissionais entrevistados é realizar o contato pele a pele na posição canguru, bem como a amamentação, em procedimentos dolorosos que exijam uma posição adequada, como em procedimentos mais invasivos (exemplo: punções para acessos venosos, punção arterial ou inserção de PICC). O Ministério da Saúde recomenda o contato pele a pele durante procedimentos dolorosos rápidos, especialmente após punções capilares e recomenda que o contato deva ser iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso, quando possível (BRASIL, 2011b).

A amamentação, também ganhou o seu espaço como um método não farmacológico de alívio da dor, mas mesmo assim é menos utilizada que a sacarose a 25% na prática dos profissionais deste estudo.

*“Eu acredito também que é **muito positivo**, porque [...] o aleitamento é natural é algo que o bebê já tá acostumado a mamar, além disso, tem o **contato dele com a mãe**, então assim ele já tá no **colo**, já é fica mais **protegido**, e o **leite** que acaba dando essa sucção que também libera é, o **hormônio** assim dá **prazer**, é **satisfatório** pro RN e ele tá ingerindo leite, então ele vai se saciar” (E2).*

*“Se a amamentação feita de maneira correta tanto para a mãe quanto pro bebê eu acredito que **sim**” (CE).*

*“[...] **contribuí** como coleta de teste do pezinho e coletas de calcâneo dá pra fazer tranquilamente com o bebê amamentando” (TL).*

*“uma punção venosa pra coleta de exame ou pra obter um acesso vascular aí se utiliza métodos não farmacológicos pra dor, como por exemplo, a administração de sacarose via oral, o que **seria interessante seria acrescentar sugar ao peito**, enquanto se colhe exame o que também **reduz a dor**” (M2).*

“[...]funciona, éééé´quando a mãe a gente vai fazer um procedimento uma coleta calcânea no caso, no pé é coloca essa criança no peito, no colo da mãe [...]você percebe que a criança sente mais aconchegada, com aconchego melhor e ela melhora, ela acalma, no colo da mãe e já foi tentou até assim, já fiz várias coletas no teste do pezinho de outras coletas calcâneas com a bebê no peito também, e isso é uma assim, ajuda muito” (TL).

“Então, só do bebê que vamo supor assim se ele tá sugando o seio materno né, e você tá fazendo um procedimento as vezes até mesmo coletando sangue, eu já tive essa experiência de que você coloca o bebê também pra mamar e alivia também” (E1).

Observa-se nos depoimentos dos profissionais que os mesmos acreditam que a amamentação alivia a dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos, mas ao mesmo tempo ocorre a indicação da amamentação para certos tipos de procedimentos (punção de calcâneo ou venosa), sendo um método descartado pela equipe nos demais procedimentos, mas questiona-se o porquê de não se utilizar esta estratégias em injeções intramusculares, como as rotineiras do centro obstétrico. O ideal seria colocar o RN em contato pele a pele imediato, aguardar de 20 a 30 minutos, oferecer a mama materna nesse período dando a possibilidade do bebê sugar, realizar os procedimentos potencialmente dolorosos de rotina, associando dois métodos eficazes e eficientes no alívio da dor neonatal, o contato pele a pele e a amamentação.

Em um estudo realizado como objetivo comparar a combinação entre o contato pele a pele com a amamentação, ao contato pele a pele durante a vacina contra a Hepatite B em recém-nascidos, concluiu-se que a amamentação combinada ao contato materno pele a pele pode potencializar o efeito analgésico do contato materno pele a pele, contribuindo para uma melhor recuperação do RN após o procedimento (SILVA, 2010).

Resgatando os resultados quantitativos relacionados a esta subcategoria, nota-se que a maioria dos profissionais de saúde reconhece o aleitamento materno e a oferta de leite materno (cru ou pasteurizado) como estratégias não farmacológicas para alívio da dor neonatal, representando assim dados positivos a respeito do conhecimento sobre estes métodos, porém na prática clínica, acreditamos que este número possa melhorar, uma vez que poucos profissionais responderam em seu inquérito, utilizarem a amamentação e a oferta de leite materno como estratégias para o alívio da dor durante algum procedimento doloroso. Desta forma, os dados relativos à prática poderiam corresponder ao conhecimento encontrado e aumentar o índice de sua aplicabilidade, pois acreditamos que a utilização destes métodos naturais seriam ideais para uma maternidade que apresenta como

perfil, atendimentos de baixo risco obstétrico, sendo a maioria dos nascimentos, de bebês a termo, é titulada pela IHAC, portanto apoia e incentiva o aleitamento materno, e possui atualmente, grande interesse na humanização e melhoria contínua da assistência.

Diversos estudos definem o aleitamento materno como um redutor significativo da dor durante procedimentos dolorosos realizados em recém-nascidos pré-termo ou a termo, que congrega elementos como o cheiro materno o contato e aconchego no colo materno (SILVA, 2010), sucção, odor, sabor e a composição do leite materno, que auxiliam na diminuição da dor do bebê (LEITE et al., 2006; LEITE et al., 2009). Um possível desafio em aplicar este método, abordada por poucos estudos são os casos em que a mãe possui dificuldades em amamentar, mas tal situação pode ser contornada com o treinamento adequado da técnica de amamentação por parte da equipe em orientar e apoiar esta mulher como orienta a IHAC nesta maternidade.

Nos estudos de revisão sistemática sobre a amamentação e o leite materno como forma de alívio da dor do recém-nascido, de Shah et al. (2006) e Shah et al. (2009), demonstram que a amamentação esteve associada à redução da frequência cardíaca dos bebês, na duração do choro e diminuição dos escores nas escalas de dores utilizadas nos estudos revisados, quando comparada ao placebo e sucção não nutritiva; mas teve efeito similar ou menor quando comparada com a glicose e a sacarose em diferentes dosagens. Porém, nenhum estudo trouxe os efeitos do uso repetitivo das substâncias sacarose e glicose e os autores concluíram que nenhuma das medidas parece eliminar a dor completamente, mas o aleitamento materno é o mais recomendado, devido à ausência de custos, por ser livre de riscos, devido à facilidade por ter a mãe próxima ao recém-nascido e facilitar vínculo mãe-filho, além de seu uso para alívio da dor incentivar o aleitamento materno (SHAH; ALIWALLAS; SHAH, 2007). Segundo a literatura científica, o ideal para amenizar a dor neonatal é que o RN esteja sugando o seio materno pelo menos 5 minutos antes da realização do procedimento potencialmente doloroso, sendo mais eficaz desta maneira (LEITE et al., 2006, LEITE et al., 2009; SHAH et al., 2007; SHAH et al., 2009).

Em um estudo sobre a amamentação, esta foi tão eficaz quanto a sacarose para aliviar a dor de neonatos a termo, durante punções de calcâneo e venosas (NISHITANI, et.al., 2009). Além disso, o aleitamento materno constitui uma forma prática, sem custos adicionais para o alívio da dor do recém-nascido devido à presença da mãe e participação da mesma no cuidado do seu bebê tanto em situações de internação como ambulatorial, além das vantagens analgésicas, nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas (LEITE, 2005; UGA et al. 2008). Dessa forma, pode e deve ser uma medida explorada no local de estudo em questão.

Os resultados apontam que a oferta de leite materno aos neonatos antes de procedimentos dolorosos praticamente não é utilizada pela equipe, pois poucos profissionais responderam que realizam este método na prática, conforme descrito nos resultados quantitativos.

No tocante ao leite materno (cru ou pasteurizado) existem muitas controvérsias de que o mesmo não possui nenhum efeito analgésico. O leite materno é uma substância natural constituída por vitaminas, minerais, carboidratos, proteínas, nitrogenados, lipídeos e água, portanto é muito recomendado para reduzir a resposta à dor do neonato, já que possui raras contra indicações e efeitos colaterais (BUENO, 2011). Além disso, o cheiro do leite, o toque materno também envolvidos na amamentação possuem efeitos eficazes à sensibilidade dolorosa dos recém-nascidos pré-termo ou a termo.

1.3 O uso sacarose como principal escolha para o alívio da dor neonatal

Foi constatado através da análise das entrevistas e na observação descritas nas anotações em diário de bordo, que a sacarose é um método incorporado pelos profissionais da instituição, como o melhor e principal método de alívio da dor neonatal, o qual foi citado em várias entrevistas, quando questionados sobre como o profissional percebe na sua prática profissional o manejo da dor na instituição.

*“[...] a coleta de amostras né, eeee o que a gente utiliza pra melhorar essa coleta seria o **uso da sacarose**. Tá? A criança a gente dá 0,5ml a cada 1 kg de peso no bebê eeee só essa quantidade de sacarose dada ao bebê ele suga eeee ali a gente sente que enquanto ele tem aquela sucção, alivia a dor do bebê porque ele não tem reação nenhum, nenhuma quanto a intervenção, a picada do bebê” (TL).*

“[...] Como eu vi isso antes da sacarose e agora com a sacarose parece que o efeito é bom. Tranquiliza o nenê, deixa ele mais calminho e acaba provocando até sucesso na coleta” (TE).

*“Através da **sacarose**, a gente usa 25%, é o ideal são 10 minutinhos antes da, do procedimento doloroso” (E2).*

*“Eu, eu acho que a **sacarose** é, pelo fato de ser doce, é o RN estimula a sucção, e com isso [...] libera o hormônio de, da serotonina de bem estar, então acaba uma saciez, um relaxamento, o nenê acaba ficando mais relaxado e acaba **aliviando um pouco a dor**. Assim é a gente **associa muito a sacarose com a sucção**, então assim tem bebês que nem sente, nem chora, nem sente nem aquele movimento de na hora da picada, nem da ordenha, então eu acho que é bem positivo” (E2).*

*“É então eu acho uma coisa assim, que [...] **distraí bastante o nenê e diminuí bastante a dor desse nenê**, porque tem nenê que nem chora quando tá com a sacarose. Ah eu acho que desde que você faça o procedimento depois tire eu não vejo desvantagem” (AE).*

*“Bom, no início, eu ficava com receio né, se realmente era bom ou não, mas com o tempo né que a gente foi utilizando a gente percebe. Só que, eu percebo que a, tem só a sacarose eu acho que ela não alivia tanto, eu acho que ela em **conjunto com a sucção não nutritiva** né, que agente faz eu acho que aí sim, a união dos dois eu acho que o bebê, porque na hora que o bebê suga né, o **sugar alivia também** né? [...] Olha eu acho que ela **tem mais vantagem do que desvantagem**. Eu acho que a desvantagem vêm também na, é no profissional tá usando, tipo não adequadamente entendeu? Mais assim, eu acho que as vantagens que ela oferece” (E1).*

Nos dados quantitativos quanto ao conhecimento dos profissionais sobre a sacarose encontramos que a maioria dos profissionais considera a sacarose como um método de alívio da dor neonatal. Esses resultados sobre o manejo da dor neonatal na prática também corroboram com as afirmações dos profissionais acima, uma vez que é o método não farmacológico mais utilizado entre os profissionais, pois três (25,0%) médicos, seis (27,3%) enfermeiras e 13 (28,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem administram a sacarose na maioria das vezes e cinco (41,7%) médicos, a técnica do laboratório, 13 (59,1%) enfermeiras e 21 (45,7%) auxiliares/técnicas de enfermagem responderam que sempre administram a sacarose antes de algum procedimento doloroso.

Os dados confirmam a predileção dos profissionais em optar por este método não farmacológico de alívio da dor neonatal com mais frequência, uma vez que a maternidade onde o estudo foi realizado segue o protocolo de administração de sacarose a 25%, de um Hospital Universitário de Ribeirão Preto que é a referência terciária para esta maternidade. O protocolo da sacarose foi criado a partir de uma pesquisa realizada na instituição terciária que repassou a metodologia para instituição em questão, devido à equipe de pediatria ser praticamente a mesma. Embora esta prática esteja sendo atualmente utilizada no local estudado como medida não farmacológica para o alívio da dor neonatal, não há evidências científicas suficientes sobre os efeitos de doses repetidas de sacarose para os neonatos e seu uso indiscriminado, a curto e a longo prazo.

Há uma infinidade de evidências científicas que comprovam a eficácia da sacarose em determinada concentração, com efeitos benéficos ao alívio da dor do recém-nascido.

As substâncias adocicadas são outra forma, amplamente utilizadas, nas tentativas de alívio da dor do recém-nascido atuando na oralidade, gerando um efeito imediato, na qual a resposta produzida

pelo gosto e a produção de endorfinas acalma o bebê (JOHNSTON et al., 1996); esta ativação do sistema opióide endógeno, estimulada pelas substâncias adocicadas são estimuladas pelos receptores da língua e consequentemente atenua as respostas fisiológicas e comportamentais à dor (BALDA e GUINSBURG, 2010).

Diversos estudos têm demonstrado que o intervalo mais eficaz para o alívio da dor do recém-nascido é sua administração dois minutos antes do procedimento doloroso da sacarose a 25% (GASPARDO; LINHARES; MARTINES, 2005; STEVENS; YAHAMADA; OHLSSON, 2010).

Slater et al. (2010) através de um estudo duplo-cego, randomizado e controlado realizado em um hospital universitário em Londres com recém-nascidos de unidades neonatais escolhidos aleatoriamente, demonstrou uma comparação entre a sacarose a 24% (0,5ml), 2 minutos antes de uma punção de calcâneo e a água destilada (0,5ml), também 2 minutos antes de uma punção de calcâneo em um grupo controle. Na primeira etapa foram realizadas eletroencefalografias para evidenciar a reatividade cerebral à dor, o resultado encontrado foi que não houve uma diferença significativa entre as crianças que receberam sacarose ou as que receberam a água destilada. Já na segunda etapa os bebês que receberam 0,5ml de sacarose 24% antes de procedimentos dolorosos apresentaram menos alterações faciais, durante a punção, do que o grupo que recebeu água destilada, tal respostas à dor foram encontradas através de avaliação com a escala PIIP. Portanto, os pesquisadores concluíram que apesar da sacarose oral reduzir o comportamento da dor observada, não tem efeito significativo sobre a magnitude da coluna vertebral e nos reflexos nociceptivos ou na ativação de redes de dor no cérebro, ou seja, a sacarose pode diminuir os efeitos na atividade de expressão facial após os procedimentos dolorosos, mas não é uma droga analgésica.

O Grupo de Estudo da Dor da Sociedade Italiana de Neonatologia, realizou uma revisão literária sistemática, sobre determinados procedimentos invasivos, e avaliaram os métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor em neonatos, entre junho de 2007 e janeiro de 2008. Neste estudo, quanto aos métodos não farmacológicos, concluiu-se que há grandes evidências que sustentem a utilização da sacarose em conjunto com a sucção não nutritiva para a prevenção da dor durante a punção de calcâneo e punção venosa. Também refere que o uso de doses múltiplas de sacarose em um determinado procedimento (2 min. antes, imediatamente antes da punção e 2 min. após a punção do calcâneo) parece mais eficaz do que uma dose única, mas não está claro se múltiplas doses de sacarose são seguras. Portanto, as diretrizes definidas por esse grupo de estudo da dor orientam que quando possível, deve ser usado o aleitamento materno ou leite humano como formas de alívio da dor, já documentados nos últimos anos por outros estudos (LAGO et al., 2009).

A sacarose a 25% também é muito utilizada em conjunto com a sucção não nutritiva, como constatado nos resultados quantitativos: quatro (33,3%) médicos, nove (40,9%) enfermeiras e 17 (37,0%)

auxiliares/técnicas de enfermagem utilizam na maioria das vezes e cinco (41,7%) médicos, a técnica do laboratório, 12 (54,4%) enfermeiras e 14 (30,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem utilizam os dois métodos associados sempre. A literatura científica também evidencia a eficácia no alívio da dor com medidas não farmacológicas combinadas como a sucção não nutritiva combinada à glicose ou sacarose (TSAO et al., 2007).

A sacarose é vista também como mais prática para utilização do que os outros métodos, pois não depende da presença da mãe, como representada pela fala de M2.

“Utilizar a sacarose é mais prático porque a mãe não precisa vir junto com a criança, ela tem alguma dificuldade para deambular porque é puerpera, então acaba sendo mais prático fazer a administração de sacarose” (M2).

“É necessário também orientar, quando for fazer o procedimento orientar a mãe quanto ao uso da sacarose, o que é a sacarose [...] tem muito funcionário que fala: ah é uma água com açúcar, essa mãe não pode da água com açúcar pra criança em casa, a criança choro dá água com açúcar” (TL).

Observa-se também no depoimento de TL que o uso da sacarose pode gerar confusão nos pais por falta de um conhecimento mais aprofundado por parte dos profissionais e pela falta de um protocolo descrito formalmente.

Assim como, foi constatado nesses depoimentos, o uso indiscriminado da sacarose, em procedimentos não dolorosos, provavelmente pela falta de conhecimento, pois se observa que todos reconhecem que as respostas à dor do neonato diminuem perante o uso da sacarose, mas poucos a conhecem a ponto de saber, o que é a sacarose, por que utilizá-la, quando utilizá-la, qual a dosagem correta e etc.

“[...] são bebês que não estão sugando o seio materno os bebês que estão em jejum, e que tão querendo sugar né? Tem aquela necessidade da sucção, então são bebês que tão muito agitado, que tão chorosos e aí a gente acaba oferecendo né é claro que juntamente com, de acordo com o pediatra a gente tá oferecendo a sacarose pra esse bebê” (E1).

“[...] o uso indiscriminado de sacarose quando você quer que a criança fique mais tranquila para realizar um procedimento, por exemplo, o teste do coraçãozinho, é um método [...] indolor, ele é não invasivo, ele não vai

provocar dor na criança, porém, faz-se a administração rotineiramente de sacarose para que a criança fique calma, tranquila e você consiga fazer o exame, esse uso não é recomendado e na prática é realizado. Então minha crítica é mais quando você usa ela desnecessariamente do que quando indicaria ser usado [...]" (M2).

A administração de sacarose é considerada mais prática pela equipe, do que convidar a mãe e amamentar o bebê, por diversos fatores que foram observados na prática: a mãe é puérpera por muitas vezes tem dificuldade de caminhar até o laboratório de coletas; muitos profissionais ainda acreditam que a mãe não auxilia adequadamente nos procedimentos dolorosos, como será discutido em breve; por vezes a mama é oferecida ao RN, mas ele está saciado ou sonolento e não quer sugar.

Apesar dos protocolos existentes com relação ao uso da sacarose na prática clínica, ainda há necessidade de estudos que investiguem a dosagem máxima da sacarose de acordo com a idade gestacional do recém-nascido (STEVENS, et al., 2005).

O uso de substâncias adocicadas, como a sacarose, é considerado o padrão ouro no tratamento não farmacológico da dor neonatal, uma vez que proporciona o alívio da dor não havendo mais dúvidas de seus benefícios para neonatos à termo e pré-termo (HARRISON; YAMADA; STEVENS, 2010), porém embora haja indicações da sacarose no alívio da dor de recém-nascidos, existe uma preocupação com uso repetitivo da mesma, em longo prazo, pois seus efeitos colaterais ainda são desconhecidos (GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2005; LEITE, 2005).

Existem poucos estudos que investigaram a exposição repetitiva de bebês à administração da sacarose, dentre eles apontou-se como efeitos adversos a queda da saturação de oxigênio e o engasgo, sem intervenções médicas (GIBBINS, et al., 2003). Contudo, Gaspardo et al. (2008) constatou que o uso da sacarose a 25%, administrados em doses repetidas em três dias consecutivos em recém-nascidos pré-termo, não trouxe efeitos colaterais imediatos para o estado de saúde do bebê.

Holsti e Grunau (2010) mostraram que se uma criança de 1000g (peso) receber cerca de dez procedimentos dolorosos por dia, e a cada procedimento receber 0,5 a 1,0 ml de sacarose a 24%, seria como oferecer a uma criança de 10kg, meia lata de refrigerante de "Cola" tradicional por dia, ou seja, uma concentração de açúcar muito alta (11% - 42 g/355 ml), o estudo reconheceu que o líquido utilizado como comparação possui outros componentes nocivos ao organismo como a cafeína, porém a intenção era um exemplo que pudesse ser compreendido por muitas pessoas. O estudo após avaliação de pesquisas, sobre o uso repetido da sacarose revelou que o uso repetido da mesma (mais de 10x/dia) pode interferir no desenvolvimento psicomotor de prematuros extremos, e assim concluíram destacando que a sacarose possui o mesmo efeito analgésico que a amamentação e o cuidado

canguru que por sua vez seriam recomendados por tratarem de métodos mais naturais; e que são necessárias mais pesquisas sobre os efeitos do uso prolongado de sacarose.

Apesar de esse artigo apresentar várias críticas, quanto ao número de estudos avaliados (amostragem baixa) e de existir mais evidências benéficas do que maléficas quanto ao uso da sacarose, é importante ressaltar que é necessário aplicar à este método um olhar crítico quanto ao seu uso indiscriminado e repetitivo e quais efeitos poderemos acometer ao bebê em longo prazo e ao mesmo tempo buscar alternativas mais naturais como a amamentação ou contato pele a pele, para o alívio da dor do neonato.

1.4 Outras intervenções não farmacológicas

Além da sacarose a 25% encontrada nos trechos das entrevistas dos profissionais de saúde desta instituição, foram citados outros métodos não farmacológicos para alívio da dor.

*“[...] uma **sucção não nutritiva**. É e um apoio, aconchega essa criança, a mãe, assim dependendo do procedimento, o **aconchego da mãe** e a criança e isso é importante também [...]” (TL).*

*“[...] dependendo do procedimento, porque tem, em cada caso também. Porque tem caso que é um banho também, o **banho relaxa bastante**, né. O jeito de você **aconchega no caso a criança no caso no berço**, isso também ajuda muito, deixa o bebê menos estressado, então assim, é alguns fatores pra não estressar o bebê que ajuda né?” (E1).*

Também constatamos nos resultados quantitativos o conhecimento dos profissionais a cerca da sucção não nutritiva: 11 (91,7%) pediatras, a técnica do laboratório, 21 (95,5%) enfermeiras e 37 (80,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem acreditam que a sucção não nutritiva alivia a dor do RN durante procedimentos dolorosos; porém, na prática pareceu pouco utilizada: durante uma punção de calcâneo e/ou punção venosa periférica, apenas três (25,0%) médicos, três (13,6%) enfermeiras e sete (15,2%) auxiliares/técnicas de enfermagem realizam na maioria das vezes e um (8,3%) médico, três (13,6%) enfermeiras e quinze (32,6%) auxiliares/técnicas responderam que sempre realizam somente a sucção não nutritiva para o alívio da dor nestes procedimentos.

A sucção não nutritiva, para Balda e Guinsburg (2010), o uso da chupeta não inibe a dor gerada por procedimentos invasivos, por não possuir efeitos analgésicos, mas altera parte do desconforto do recém-nascido, minimizando os efeitos fisiológicos e comportamentais durante estes procedimentos, através da inibição da hiperatividade. Seus efeitos ainda segundo esses autores podem ser gerados pela estimulação dos receptores orofaríngeos, com liberação de serotonina.

Além disso, segundo um estudo, atua fisiologicamente, aumentando a oxigenação, melhorando as funções respiratórias e gastrintestinais, diminuindo a frequência cardíaca e o gasto energético, e promovendo descanso e analgesia (OLIVEIRA, 2011). Embora, a sucção não nutritiva não seja recomendada por alterar ou prejudicar o aleitamento materno, a mesma pode ser utilizada como um coadjuvante no alívio da dor do recém-nascido de forma seletiva, ou seja, apenas durante os procedimentos dolorosos (GUINSBURG, 1999).

Nos depoimentos dos profissionais de saúde há evidenciado por várias vezes a palavra “aconchego” que em conjunto aos resultados quanti revelam que os profissionais também apresentam certo conhecimento sobre a relevância das medidas comportamentais como: o uso do posicionamento, da postura, de ninhos, da contenção facilitada e manipulação mínima, como maneiras de organizar e preparar adequadamente o bebê para procedimentos dolorosos. Oito (66,7%) pediatras, a técnica do laboratório, 18 (81,8%) enfermeiras e 32 (69,6%) auxiliares/técnicas responderam de forma subjetiva que a utilização de medidas comportamentais como postura, prepara adequadamente recém-nascidos para procedimentos dolorosos.

A contenção facilitada consiste em aconchegar o bebê e conter seus braços e pernas de forma flexionada (posição fetal), pode ser aninhar, enrolar, em cueiros ou contenção manual, segundo uma revisão literária de Cignacco et.al. (2007) e o estudo de Gaspardo; Linhares e Martinez (2005) a contenção facilitada organiza a autorregulação do neonato amenizando às respostas a dor do neonato durante procedimentos potencialmente dolorosos.

A prática baseada em evidências classifica os estudos em níveis de evidência, sendo: o nível 1 – evidência forte, caracterizado por pelo menos uma revisão sistemática de diversos estudos clínicos randomizados (ECR), controlados e bem delineados; o nível 2 – evidência forte que contém pelo menos um ECR com poder suficiente, baixo risco de viés, controlado e bem delineado, diretamente aplicável a população de interesse; no nível 3 – são incluídos estudos bem delineados, não randomizados, grupo pré e pós-coorte, séries temporais ou caso-controle pareado; no nível 4 – são classificados estudos não experimentais desenvolvidos em mais de um centro ou grupo de pesquisa; no nível 5 – são consideradas as experiências de autoridades e especialistas, a prática clínica e os estudos descritivos (BUENO; KIMURA; DINIZ; 2009; GRAY, 1997).

Nesse sentido, os estudos de controle clínico, como o posicionamento, a contenção facilitada, massagens, músicas, possuem um nível de evidência menor do que os artigos sobre soluções adocicadas (como a sacarose) e a amamentação, os quais possuem tanto estudos randomizados sistemáticos e controlados, como diversas revisões que caracterizam um nível mais forte de evidência. Mas mesmo assim, é importante considerar que estes métodos também confortam o RN e parecem ser eficazes em minimizar as respostas à dor do neonato.

As intervenções não farmacológicas mais citadas nas entrevistas, quando questionados sobre o que utilizariam para os filhos ou parentes próximos foram o aleitamento materno, o aconchego, o colo, a sucção não nutritiva e em poucos relatos, a sacarose.

*“Eu acho que o **aleitamento** e em segundo acho que a **sacarose** [...] Ah a sucção também né... não nutritiva, mas acho que assim de primeira escolha seria a amamentação mesmo” (E2).*

*“Em um procedimento [...] além do **carinho**, do **aconchego** [...] Só dela sentir o **cheiro das pessoas** que ela estava acostumada ela já se **acalmava**, acho que isso passa segurança pro bebê. É o que eu acredito que ele **reconhece** que é a **voz**, o **cheiro** e o **calor da mãe**, acredito que é isso que ele reconhece” (CE).*

*“Ah eu acho que só o **aconchego** mesmo. Se a mãe junto, a gente põem no **peito** né?” (AE).*

*“Aí, eu usaria a **sucção não nutritiva** que eu acredito, que assim eu percebo né, que dá uma alívio bem e a **sacarose** no caso eu, eu acho e, e mesmo segurar no colo sabe? Um jeito que a gente **aconchega no colo** assim, eu acho que isso ajuda bastante” (E1).*

*“Acho que **colo**, né? Se não fosse a mãe que tivesse ali, mas tivesse outra pessoa que, que não demonstrasse ansiedade [...] o colo, uma pessoa mais tranquila né? Mais calma, e depois **peito** (risos) tadinho! É. Aí ia com a mãe ganha um **colinho, o peito, mamada**” (TE).*

*“Uhum, assim, eu acho que a **sucção** ela ajuda bastante. Tanto no **seio materno** como a não **sucção não nutritiva**” (M1).*

Técnicas que promovem o aconchego, colo, amamentação e o contato pele a pele, envolvem a presença dos pais, da família, especialmente da mãe. Como evidenciado em estudos apresentados anteriormente, tais medidas acalmam o bebê e auxiliam na recuperação mais rápida do recém-nascido do estresse doloroso, simplesmente com uso da voz, cheiro materno ou o conforto (CARBAJAL, et al., 2008).

Portanto, se os profissionais desejam isso para si e para lactantes de suas famílias, deveriam realizá-lo para o próximo também, como uma característica dos princípios da humanização, a caridade, a dedicação ao outro, que também já foram caracterizadas essenciais para a assistência em saúde. Visando o cuidado desenvolvimental, atraumático e humanizado, a participação da família nos cuidados do bebê é fundamental e o plano de cuidado centrado na família são fundamentais, visto que

essas medidas de conforto durante a dor neonatal, representam estratégias importantes do enfrentamento do RN frente a dor, com o apoio da família.

5.2.2 Segunda Categoria: Fatores dificultadores do manejo da dor neonatal

2.1 Falhas em como lidar com a dor

Quanto ao manejo da dor neonatal na instituição em que o estudo foi realizado, os profissionais apontam falhas ou limitações na forma de lidar com a dor neonatal.

“Eu acho que é um pouco limitado, porque [...] fica meio subjetivo esse dado, lá fora no alojamento principalmente, eu acho que eles não tem destreza pra saber o que [...] pra identificar” (E2).

“Eu não percebo que a equipe hoje está tão engajada a respeito de controle ou alívio da dor, algumas pessoas, aquelas que mais trabalham com o recém-nascido, acredito que um percentual maior dentro da UCI, estas sim tem preocupação. Eu acredito que não esteja incorporado a questão do controle da dor do recém-nascido” (CE).

“Eu acho que a equipe de enfermagem não está preparada exatamente pelo fato da realização da sacarose para procedimentos que não são dolorosos, eu acho que alguns pediatras também não são orientados [...]” (M2).

Assim, como em outras profissões, alguns aspectos podem influenciar no processo de trabalho da equipe de saúde e prejudicar a assistência prestada, sendo descritos em muitos estudos como o contexto de trabalho, caracterizado pela filosofia implantada na instituição, a qualidade de vida da equipe de saúde, a sobrecarga de trabalho, o ritmo acelerado de trabalho, as jornadas duplas ou longas, a falta de descansos ao longo do dia, as intensas responsabilidades das tarefas, a falta de instrumentalização e sensibilidade da equipe e a falta de raciocínio crítico-reflexivo (GAÍVA, SCOCHI, 2004; MENOSSI, 2004; OLIVEIRA et al., 2006).

Outros autores como Campos (1999) e Oliveira et al. (2006) consideram que quando a equipe multiprofissional não trabalha agregando as ações terapêuticas e sim isoladamente, cada qual em sua especialidade e de forma pontual gera um processo de trabalho fragmentado e, conseqüentemente mecanizado.

Cabe então à equipe implementar estratégias visando contornar estas questões e melhorar o manejo da dor neonatal, pois em vários tópicos apresentados neste estudo, observa-se que a equipe até possui certo conhecimento, apesar da falta de atualização e capacitação, mas pouco do que conhecem é colocado em prática, portanto, é preciso minimizar esta lacuna.

2.2 Excesso de procedimentos dolorosos

Como causa dos fatores dificultadores para o manejo da dor neonatal, algumas afirmações remetem o excesso de procedimentos dolorosos a que os RN são submetidos na maternidade.

“[...] no manejo da dor sim, né eu acho que, os próprios procedimentos né que a gente faz no caso, né procedimentos mais invasivos como coleta de sangue, e ou mesmo o teste do pezinho que a gente faz” (E1).

Uma das principais recomendações da Academia Americana de Pediatria e Sociedade Pediátrica Canadense é reduzir o número de procedimentos dolorosos e minimizar a dor sempre que possível (HARRISON, YAMADA e STEVENS, 2010).

Tal aspecto, também é evidenciado em inúmeros estudos sobre a dor neonatal, como um estudo realizado em unidades neonatais da França, que demonstrou que 430 neonatos em 14 dias de internação foram submetidos a uma média de 98 procedimentos dolorosos durante o período de estudo e 12 procedimentos dolorosos por dia de hospitalização (CARBAJAL et al., 2008). A pesquisa de Stevens et al. (2011) realizada em unidades neonatais e pediátricas de oito hospitais no Canadá, que mostrou em 3.822 crianças analisadas, que 2.987 (78,2%) tinham passado por um ou mais procedimentos dolorosos registrados em um período de 24 horas, ou seja, com uma média de 6,3 procedimentos por criança (STEVENS et al., 2011). E no Brasil, Prestes (2004) encontrou em seu estudo com 91 neonatos de unidades neonatais de São Paulo – SP, que os mesmos foram submetidos a uma média de três a cinco procedimentos potencialmente dolorosos por dia (PRESTES, 2004). Além de Guinsburg (1999) que apontou RNPT abaixo de 1.000g durante a internação são expostos a mais de 500 intervenções dolorosas.

A repetição de estímulos dolorosos em recém-nascidos internados por períodos prolongados em UTIN são preocupantes e acarretam diversos malefícios aos mesmos. Como Brummelte et al. (2012) constatou em seu estudo e concluiu que a dor em prematuros extremos pode prejudicar o desenvolvimento cerebral, através da perda de micro-porções de massa cerebral.

2.3 Fluxo de trabalho e quantidade de recursos humanos

É encontrado com clareza nos depoimentos, a questão do fluxo aumentado de clientes na maternidade e a falta de recursos humanos, para que neste contexto de aumento no número de internações, e em como isso influencia na qualidade da assistência, segundo a própria equipe entrevistada.

“[...] o que eu acho assim que dificulta é o número de, quando tá lotado, e aí fica pouco profissional em relação ou número de crianças, e aí assim pra você pra [...] disponibilizar um pouquinho antes a sacarose, uns dois minutos antes às vezes acho que isso pode prejudicar, as pessoas dão imediatamente nem espera e já faz a coleta, eu acho que é o que mais dificulta” (M1).

“[...]Dá pra gente avaliar mais de perto né, quando tem menos nenê [...]” (AE).

“Eu acho que a assistência mesmo, assim o número de funcionários, quando tá com oito binômios que é o recomendado então elas acabam ficando mais presente no quarto [...] nossa avaliação durante as visitas, então assim, sempre tem duas enfermeiras no alojamento ou mesmo uma noite eu acho que é suficiente pra tá tendo, podendo avaliar cada RN de forma individual” (E2).

“Eu acredito que os funcionários banalizam o uso da sacarose, mesmo com vários treinamentos, capacitações, orientações, procedimentos operacionais, porque quando o plantão está muito tumultuado [...] Um plantão tumultuado, seria sobre o fluxo alto, seria por exemplo 11 nascimentos em um plantão de 6 horas, ou 8 nascimentos em 6 horas, sei lá [...] mais ou menos isso, isso aumenta consequentemente a quantidade de pacientes no PA (pronto atendimento), no CO (Pré-Parto e Centro Cirúrgico e Obstétrico) e depois no alojamento conjunto. Uma taxa de ocupação de 85% de pacientes já é um fluxo alto, já é um plantão tumultuado porque a funcionária fica com mais de 8 binômios o que são pelo menos 16 pacientes entre mãe e bebê” (CE).

O alojamento conjunto pode ser definido como um sistema hospitalar em que recém-nascido sadio, logo após o nascimento permanece 24 horas por dia sob os cuidados maternos, até a alta hospitalar. Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais e orientações à mãe, sobre sua saúde e a saúde de seu bebê (BRASIL, 1993).

Segundo o Parecer nº 016/2010 do dia 04 de março de 2010 do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP), o qual trata sobre o tema alojamento conjunto, define no item “1.3 Recomenda-se uma equipe multiprofissional treinada, com um enfermeiro para 30 binômios, um auxiliar de enfermagem para 8 binômios e um pediatra para 20 recém-nascidos”. Ou seja, esta seria a equipe mínima para atuação em cada período ou plantões em uma maternidade com alojamento conjunto, como o caso do estudo (CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO, 2010).

O objetivo do alojamento conjunto não é sobrecarregar a mulher em atividades, mas promover o autocuidado e cuidado do seu bebê, de forma que até a sua alta hospitalar a mesma possa realizar as atividades com segurança, posteriormente, em sua residência. Caso a mãe não consiga lidar com as novas experiências é convocado um cuidador para Recber as orientações de cuidados e manejos, para auxiliar essa puérpera em um momento tão especial e cheio de novidades e transformações.

Soares, Gaidzinski e Cirico (2010) em seu estudo realizou uma busca em prontuário e observação sobre atividade da equipe de enfermagem em alojamento conjunto e destacou que a equipe de enfermagem realiza um total de 192 atividades, dentre elas, atividades específicas das enfermeiras como o planejamento e avaliação da assistência, bem como atividades prescritas (curativos); além disso, a equipe de enfermagem, também é responsável por atividades tais como: orientações, controles de sinais vitais e balanço hídrico, procedimentos, atividades que envolviam o auxílio oferecido às pacientes (tanto para mãe, quanto para o RN), à documentação e registros; e, além disso, atividades indiretas como: provisão de materiais, equipamentos; uso do computador e telefone; limpeza da unidade do paciente; atividades de ensino, tanto a alunos como atividades de treinamento e desenvolvimento de profissionais e atividades pessoais como alimentação, hidratação e socialização.

Corroborar com estas atividades citadas pelo estudo, a inclusão dos 10 passos do IHAC, na maternidade onde este estudo foi realizado, o que desprende da equipe, energia e esforços em orientar e capacitar as puérperas para amamentarem seu bebê e se sentirem seguras quanto às técnicas de amamentação, cuidados com as mamas e autocuidado. Em meio a esta complexidade, percebe-se que na prática, assim como nas afirmações dos profissionais que utilizando esta equipe mínima recomendada pelo parecer do COREN-SP, os profissionais não conseguem realizar uma assistência de qualidade e individualizada, com todas as orientações e capacitação das puérperas e por este motivo a queixa de uma dificuldade para realização de atividades com maior tempo e qualidade da assistência.

Como encontrado na fala da CE um grande fluxo, esgotaria as funcionárias, pois estas ficaram com mais de 8 binômios (16 pacientes), o que acarreta em uma assistência de menor qualidade, corriqueira e rápida, sem aprofundar no contexto de atenção em alojamento conjunto descrito acima.

Oliveira et al. (2007) ainda ressaltam, que para um ambiente de trabalho humanizado, os profissionais de saúde necessitam ser valorizados pela instituição e receberem auxílio psicológico para aprenderem a lidar com os sentimentos vivenciados na prática, além de serem instrumentalizados para tal prática humana. Isso implica na capacidade do profissional em lidar com o processo de trabalho e dar conta de situações humanas, ou seja, é “gente cuidando de gente”, observamos aqui que prover saúde e humanização nos ambientes de trabalho, possivelmente ampliará os olhares dos profissionais, os capacitando melhor para um acolhimento humanizado nos serviços de saúde.

5.2.3 Terceira Categoria: Avaliação da Dor

3.1 Como avaliar a dor

A maioria os depoimentos revela que a avaliação da dor é realizada através de aspectos observados pela equipe, como as alterações em face, dos sinais vitais, movimentos e choro do neonato, de forma subjetiva.

*“Pelas **expressões da face**, o **choro** [...] assim a gente não sei, acho que o choro com lágrima éee, acaba demonstrando um sofrimento maior do que aquele choro só de de fome, enfim, aquele chorinho mais leve. E eu acho que eu os **movimentos do bebê** também assim de membros, de se contorcer” (E2).*

*“Hoje eu acredito que elas avaliam pela **intensidade de choro**. E pelo estado de **irritabilidade** eu acredito que é isso. Só que aí pode significar outras coisas também fome, [...] frio, pode significar tudo isso, até hoje eu acredito que elas avaliam assim [...]” (CE).*

*“Você percebe pelas reações éééé, características da **face do bebê e pelo choro**, através de choro, **agitação**, se ele **puxa ou não o bracinho a mão**” (TL).*

*“Eu acho que sim, às vezes um **choro**, você avalia se aquele chorinho é uma dorzinha ou é uma fraldinha suja [...]” (TE).*

*“[...] o **choro** e aí no toque né? Às vezes conforme você movimenta esse bebê ele apresenta uns reflexos né, que indicando, a face dele indicando dores mesmo” (E1).*

*“Pela **expressão facial**, pelo **jeito**, pelo **movimento dos membros** [...] O próprio, o **choro** mesmo eu acho que é diferente” (AE).*

Os depoimentos demonstram que os profissionais avaliam a dor, nesta instituição, principalmente, através dos parâmetros comportamentais (choro, mímica facial, movimentos de autoregulação, agitação, irritabilidade), sendo o choro o parâmetro mais citado, dentre os entrevistados.

No entanto, estudiosos ressaltam que o choro é inespecífico, pois pode ser desencadeado por outros estímulos não dolorosos, como a fome, o frio e outros fatores estressantes ao neonato, portanto não deve ser utilizado isoladamente, como parâmetro para avaliação da dor (GIBBINS; STEVENS, 2001; GUINSBURG, 1999).

Sendo assim, como já discutido anteriormente, para a avaliação da dor neonatal é necessário avaliar o contexto em que vivência o neonato, sistematizar a avaliação através de uma escala de avaliação de dor e sempre que possível associar na avaliação parâmetros comportamentais, fisiológicos, bioquímicos, de autorregulação e sono e vigília.

Em conjunto a esta forma subjetiva de avaliação, foi muito citada a dificuldade da equipe em avaliar a dor neonatal, como o desconhecimento de escalas de avaliação da dor e a ausência da utilização destas na instituição, como algo que facilitaria a avaliação da dor neonatal.

“[...] eu acho que é difícil, precisa ter muita percepção, essa [...] é pra conseguir diferenciar né, porque na verdade ele chora por tudo, tanto quanto, quando tá com dor ou não” (E2).

“Bebê não pode fazer escala de dor né [...]ele não vai preencher, mas eu acho que o profissional pode preencher algumas características que ele apresente, em uma escala que pode variar tipo de 1 a 10, não vai ter... ser tipo uma escala de carinha, que não é ele que está preenchendo, mas uma escala de 1 a 10 preenchendo os sinais e sintomas eu acredito que é possível mensurar a dor do bebê” (CE).

“Então você tem algumas escalas, eu acredito que na (maternidade) na prática não seja realizada, uma outra situação que eu esqueci de comentar que é importante a avaliação de escala de dor é pra transporte, é recomendado que sempre seja feita antes de transporte, mas aqui eu acredito que seja mais subjetivo de acordo com a face da criança, a impressão subjetiva ali de agitação, taquicardia, queda de saturação ou então um método mais subjetivo” (M2).

“A gente não tem, num trabalha assim com, com ficha, em relação a dor, talvez se tivesse facilitaria mais do que na anotação [...] junto com as outras anotações do plantão” (TE).

“É esse que é o problema, porque não tem escala pra dor, que é um negócio muito pessoal né? Porque o choro né assim, em si por só ele, ele não é só igual a dor, ele em RN ele é a favor de muitas coisas né? Eu acho que teria, que ter mesmo uma escala, principalmente pras crianças da UCI, né? As escalas medem a avaliação de dor, de que mede toda assim quando a criança tá relaxaaaaada, a expressão faciaaaaal, o tipo de choro, o assim frequência cardíaca [...]” (M1).

Os depoimentos acima revelaram que a falta de protocolos e escalas para a avaliação da dor neonatal faz com que os profissionais de saúde se sintam confusos, no “achismo” quanto às questões relacionadas à avaliação da dor neonatal. Isso compreende todo um contexto que precisará ser modificado e que também será discutido nas subcategorias subsequentes, uma vez que reapareceram em outras afirmações.

Mas, como já discutimos nos dados quantitativos, existem várias escalas para a avaliação da dor neonatal que devem ser utilizadas, na forma de protocolos completos sobre o manejo da dor neonatal, uma vez que a avaliação da dor deve ser objetiva, sistemática e mensurável através de um instrumento adequado. As afirmativas simplesmente reforçam esses resultados, de que é necessário sistematizar a avaliação da dor nesta instituição, de forma simples e prática, para que tenha aplicabilidade e uso contínuo.

3.2 Quando avaliar a dor

As afirmações revelaram condutas distintas quanto ao momento indicado para a avaliação da dor, segundo os profissionais entrevistados:

Avaliar a dor antes, após ou durante procedimentos dolorosos.

“Assim que a gente vai fazer algum procedimento a gente já observa, como ele tá quietinho, se ele tá dormindo durante esse procedimento e após esse procedimento. Pra ver como, que ele vai ficar” (E1).

“Quando vai fazer uma punção, quando o nenê tá chorando muito, quando o nenê tem características de trauma, né, se vê que tem distocia de ombro é isso” (AE).

“[...] nas demais situações de crianças hígidas sem nenhuma complicação eu não vejo muita necessidade” (M2).

Avaliar a dor antes não só na ocasião dos procedimentos dolorosos, mas em vários momentos do plantão.

“A avaliação de dor ela deve ser feita pra toda criança crítica, criança que tem algum estado de comprometimento, criança na Unidade de Cuidados Intermediários, que esteja grave, por exemplo em ventilação mecânica, ou com dreno de tórax é necessário realizar a avaliação de dor, a gente tem algumas escalas que fazem esse tipo de avaliação e em relação a coleta de exames, já pressupõe que vai causar a dor e observar por exemplo, eu citei um exemplo: se tem uma frequência maior, que a gente tiver uma fratura de clavícula, observar a dor nestes pacientes também [...] por exemplo tá recebendo, medicação, sedação ou analgesia principalmente o ideal é ser feito pelo menos de 2 vezes ao dia, de 2 a 3 vezes por dia” (M2).

“Eu acho que não só nos procedimentos dolorosos, mas eu acho que na avaliação clínica do RN, se ele tá dor, se ele não tem um sono adequado, se ele tá muito choroso, assim levanta uma hipótese de, de que algo não está tão normal assim, excluindo outros fatores que seria a tá mamando bem, mantém produção, se seria um choro [...] que caracterizaria ou só fome ou outras eliminações, ou dor” (E2).

“Eu acredito que em vários momentos, tipo o próprio posicionamento dele no berço aquecido, dentro da incubadora [...] ou numa posição de amamentação, eu acredito que a gente pode estabelecer algumas metodologias para o controle de dor” (CE).

“Assim de criança de alojamento conjunto [...] toda vez que vai fazer algum procedimento eu acho. Como de acesso, coleta de sangue, agora as crianças aqui (UCI), de uma forma geral são às vezes, são crianças que tão geralmente tendo alguma coisa né, então você tem que olha mais essa dor” (M1).

Trazendo os dados quantitativos, nove (75,0%) pediatras responderam que a avaliação da dor deve ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais, assim como a técnica do laboratório, 15 (68,2%) enfermeiras e 31 (67,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem. Porém, nas primeiras afirmações dentre os entrevistados, isso não fica claro, pois a maioria avalia a dor, ou acha importante avaliar a dor antes ou após algum procedimento potencialmente doloroso.

Também encontrado nas entrevistas que a dor deve ser avaliada em casos especiais, em que os recém-nascidos necessitam de intervenções terapêuticas (ventilação mecânica, sedação, analgésicos) ou em cuidados na UCIN.

Conforme recomendação da Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor, a avaliação da dor deve ser realizada em conjunto com a avaliação dos Sinais Vitais, sendo tratada como um 5º sinal vital (SOUSA, 2002), assim como, recomenda também o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b) nos cadernos “A atenção ao recém-nascido”. Essa seria a forma ideal de avaliação da dor neonatal.

3.3 A importância da avaliação a dor

Os depoimentos decorrentes das entrevistas trouxeram uma percepção e preocupação imediata sobre a importância da avaliação da dor, como uma assistência diferenciada e preocupação com a inabilidade de expressá-la, além de, a necessidade do conforto, tranquilidade e sono do recém-nascido.

“Porque eu acho que é diferencial, eu acho que se e assim é assistência né? É melhor pro RN por mais que, ele é indefeso, ele não fala, é ele tá sob os cuidados sempre de alguém, então eu acho que tem que ter essa percepção de que ele também tem dor e tem que ser cuidado” (E2).

“Eu acho que traz benefício por trazer conforto, por trazer tranquilidade [...] a questão do sono do bebê, aaahhh pode controlar a perda de peso também, acho que tá tudo amarrado” (CE).

“Porque a dor ela tá correlacionada com a resposta ao tratamento, então uma criança sentindo dor ela vai ter alterações fisiológicas que vão prejudicá-la na recuperação de alguma enfermidade, além de ser desumano deixar um ser vivo, paciente sentir dor, se você tem a opção de retirar a dor” (M2).

“[...] o bebê num fala [...] a não ser esse reflexo que a gente nota que ele tem é uma forma que a gente tem de ajudar o bebê nesse alívio da dor (TL).

“Por ser importante para a recuperação e alívio do bebezinho” (E1).

“Devido as consequências da dor para o bebê, estresse, irritabilidade, alteração dos sinais, penso que é isso e melhorar a assistência também” (M1).

No tocante aos dados quantitativos sobre a importância de tratar a dor do bebê temos, que todos (100,0%) os pediatras, a técnica do laboratório, todas (100,0%) as enfermeiras e a maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem - 43 (93,5%) acham importante tratar a dor do recém-nascido. Dez (83,3%) médicos, 17 (77,3%) enfermeiras e 25 (54,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem acreditavam que repetidos procedimentos dolorosos possam afetar e gerar consequências ao RN seja a pequeno, médio ou longo prazo, enquanto a técnica do laboratório concordou parcialmente com esta afirmativa.

Tratar a dor neonatal é de suma importância, pois como visto anteriormente neste estudo a dor acarreta consequência deletérias ao neonato, a curto (GRUNAU, 2002), médio (ANAND, 1987) e longo prazo (ANAND et al., 2001; BEGGS et al., 2012), comprovados por diferentes estudos, através de muitas evidências científicas. Além disso, como demonstrado na introdução deste estudo, existem também os aspectos éticos e humanitários que envolvem esta questão.

5.2.4 Quarta Categoria: Mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor na instituição

4.1 Treinamentos

Alguns trechos das entrevistas mostraram a necessidade de treinamentos, específicos acerca da avaliação e tratamento da dor neonatal.

“[...] é importante pra gente tá tendo com frequência, esses treinamentos nem que for a cada seis meses pra tá, ééé lembrando né, porque no dia a dia ele acaba se perdendo” (E1).

“Eu acho que o treinamento da equipe, assim aprofundá esse treinamento, porque assim eu vejo que muitas pessoas não sabem assim o, o a essência da sacarose como é que ela age, como é que ela funciona, quanto tempo que ele tem que se feita, né a cada a sucção não nutritiva, às vezes associar igual uma chupeta. Então assim, então tá estimulando o uso de chupeta, não é isso né, e incentivar mais o aleitamento materno, acho que tentar promover esse aleitamento materno durante os procedimentos, acho que é a capacitação, assim volta o olhar mais crítico pra, pra esses métodos” (E2).

“[...] treinar toda a equipe, fazê todo o treinamento dessa equipe, é assim treinamento teórico, treinamentos práticos, mostrando pra toda equipe todos que fazem procedimentos invasivos ou não invasivos nesse bebê [...] é necessário

alguns treinamentos práticos pela rotatividade de funcionários né, é pessoas que de repente não tem tanta facilidade com a coleta em RN.” (TL).

“[...] sugestão de treinamento, protocolo às vezes algum curso [...] Se a gente tivesse treinamento da dor também ajudaria” (TE).

“O treinamento dos funcionários, da equipe multi mesmo não só da enfermagem” (CE).

“[...] o que a gente poderia colocar na instituição seria um pouquinho, ééé mais treinamentos, mais divulgar mais esse alívio da dor do bebê, pra que todos os procedimentos [...] não só na nossa maternidade, mas como em outros lugares” (TL).

“[...] eu acho que seria necessário treinar toda a equipe, tanto médica, quanto de enfermagem em relação a quando se indicar e quando aplicar e para a equipe médica [...] (M2).

Todos os resultados expostos e os depoimentos acima demonstram com muita clareza que todos sentem a necessidade de capacitação da equipe, de treinamentos que visem aprofundar os conhecimentos já existentes, de forma substancial e com certa frequência.

A Portaria GM/MS nº 198 institui em 2004 a Política nacional de Educação Permanente em Saúde, como uma forma de capacitar e desenvolver os profissionais da área da saúde, como uma estratégia do SUS (BRASIL, 2004). Nesse sentido, todos os esforços de capacitação dos profissionais devem ser colocados em prática pelas instituições com objetivo de transferência entre conhecimentos, sobre a dor neonatal e outros temas relacionados à criança. Minimizar esta lacuna entre a teoria e a prática será um grande desafio, mas a transferência de conhecimento e transformação desta realidade é possível e necessária.

4.2 Protocolos e escalas para avaliação da dor

A implantação de protocolos de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de escalas para avaliação foram mencionados também como mudanças que trariam melhoria ao manejo da dor neonatal.

“Acho que a escala de dor, e eu acho que sempre tá fa, é fazendo orientações pras pessoas não esquece isso por que às vezes principalmente acho que no dia que tá mais tumultuado às vezes pode passa despercebido [...] a escala ajudaria” (M1).

“Primeiro ter a escala de mensuração de dor. Para a avaliação, identificação dos sinais, dos sintomas que serão mensurados na escala de dor [...]” (CE).

“[...] talvez estabelecer um protocolo [...] mais concreto de avaliação de dor em criança que esta internada em estado mais grave na unidade de cuidados intermediários, ser rotineira, ser protocolo, ser feita a avaliação diária da dor dele, com escala da dor” (M2).

Os protocolos clínicos são fundamentais para a implantação de um bom manejo da dor neonatal, a padronização de procedimentos e de condutas, auxilia na organização das unidades e gestão de um manejo adequado. Crescêncio, Zanelato e Leventhal (2009) evidenciaram em seu estudo a falta de protocolos tanto de avaliação, quanto do manejo da dor neonatal. A disposição de protocolos e procedimentos também são requisitos para as titulações de qualidade do hospital (COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR, 2014).

Além disso, a instituição deve ter uma política que estimule a criação de documentos, protocolos clínicos, bem como suas atualizações periódicas. Estes protocolos deverão ser seguidos pelos profissionais de saúde, mas sem esquecer também do cuidado individualizado e sistematizado para cada paciente. Estes são apenas uma forma sistematizada de organizar a avaliação e o manejo da dor seja por medidas não farmacológicas ou farmacológicas.

4.3 Mudança na atitude dos profissionais e sensibilização da equipe

As mudanças de comportamento e ações de alguns profissionais também foram apontadas nas entrevistas, como uma necessidade de sensibilização e/ou conscientização da equipe de saúde.

“Eu acho que o barulho, eu acho que interfere bastante né, acaba colaborando né? O toque nesse bebê eu acho que tem que ser, a gente tem que tá mais atenta como tocar esse bebê, não de forma brusca né, com delicadeza né?” (E1).

“[...] uma atitude, funcionários adequado pra o cuidado com o bebê né? Eu acho que em geral é isso que consegue ajuda mais assim. É a instrução mesmo, dos profissionais” (M1).

“[...] acho que a sensibilização” (CE).

“[...] mesmo com vários treinamentos, capacitações, orientações, procedimentos operacionais, porque quando o plantão está muito tumultuado, o choro do bebê passa a ser tido como algo que traz irritabilidade para a equipe inteira [...]” (CE).

“[...] mas eu ainda acho que dá pra melhorar mais, conscientizar mais as pessoas da importância pra todo mundo comprar mesmo essa ideia, pra virar não uma rotina, porque tem que individualizar a assistência, mas pra que ter consciência de que, porque eu vejo que às vezes as pessoas são meio frias assim em relação ao RN porque acha quer tudo chora, então num, num encara como: “Ah tá com dor” encara como um choro de bebê, porque o bebê chora pra tudo” (E2).

As afirmações acima tocam em um tema importante na aplicabilidade de mudanças em um ambiente de trabalho: a conscientização e sensibilização dos profissionais de saúde para transformarem o local de trabalho em um ambiente humanizado. Este é um trabalho que depende de ações individuais que devem contagiar e estimular o próximo a realizar o melhor plano de cuidado à criança, como se estivesse realizando as ações para seus familiares.

Para programar qualquer transformação, o passo inicial é essa conscientização dos profissionais de que o tratamento da dor neonatal é importante e capaz de ser realizado com um pequeno toque, ou atitude de colocar o RN para sugar, ou de acalmá-lo e confortá-lo. Essa mudança de atitude individual pode ser mobilizada através de oficinas de humanização da assistência e capacitação da equipe.

É necessário fazer o profissional refletir sobre o seu trabalho, colocá-lo no lugar do paciente, para ver, ouvir e sentir (cuidado integral, holístico). Leite (2005) referiu que o profissional de saúde não deve considerar a dor somente como algo interligado à patologia e a internação, mas está relacionada também à atitude dos profissionais de saúde e assim cabe a enfermagem o papel principal para o diagnóstico e tratamento da dor, uma vez que realiza a assistência direta ao neonato em tempo integral.

Nesse sentido, cabe à equipe multiprofissional, discutir as estratégias e o melhor plano de cuidado visando um cuidado atraumático, desenvolvimental e humanizado ao neonato.

5.2.5 Quinta Categoria: Participação dos pais e/ou família no manejo da dor neonatal

5.1 Vantagens e apoio ao manejo da dor neonatal com participação da família

Algumas afirmações remetem a importância da participação da família como uma vantagem para o cuidado ao neonato no contexto da dor.

“Eu acho, importante [...] porque quando você deixa o nenê no colo dela pra você colher um exame, fazer algum procedimento ele se sente muito mais protegido e ele acalma” (E1).

“Muito importante [...] todas às vezes convida-se a mãe pra vir e você percebe que a criança sente mais tranquila com a mãe perto; até mesmo esse contato da mãe quando a gente coloca a mãe no divã e é uma mãe que fica distante tal, você pede pra mãe aproximar e isso melhora a criança sabe: parece que dá um, parece que acalma, é notável isso na prática [...] normalmente colhe no colo da mãe, assim o ideal também no peito, mas se no caso não é o horário da criança amamentar a gente vai dar a sacarose coloca a criança no colo da mãe e colhe no colo da mãe, se é algum procedimento que não dá pra colher no colo da mãe, a mãe sempre está ao lado da criança, a gente pede pra colocar a mão ficar com essa criança [...] acalmar criança, ou até mesmo conversar com a criança, pra criança ouvir a voz da mãe e fazer o procedimento e eu acho que isso é o que melhora muito nas intervenções, nos procedimentos, no alívio da dor” (TL).

“Eu acho importante [...] eu acho por conta do vínculo mesmo; a presença dela, às vezes nem tá no colo, que nem se for uma punção venosa, às vezes éeeee nem tá no colo, mas só de ela tá ali do lado segurando, pondo a mão na cabecinha, eu acho que já dá um apoio pro bebê que tá ali” (E2).

“Eu vejo que hoje [...] melhora muito essa participação, antes não, não tinha tanto. Hoje eu acho que com a TL que vem buscar, ela já leva as mães então assim, virou um pouco cultural [...] ou mesmo quando a gente tá sozinha em outros plantões, a gente leva a mãe é quem segura o algodão, então assim, uní o útil ao agradável [...] então eu acho que assim, o acolhimento do bebê com a mãe, ele se sente mais protegido, é e acho que sente menos dor” (E2).

Percebe-se nos trechos dos depoimentos que alguns profissionais consideraram relevante a participação da família principalmente da mãe, como parte integrante do cuidado ao neonato. Chama-se atenção à fala da TL que descreve que todas as mães são convidadas por ela na coleta de exames e mesmo que o procedimento não seja possível de ser realizado no colo (exemplo: punção arterial, que exige acuidade técnica e uma posição adequada no momento da punção), que é possível solicitar à mãe que realize um toque na criança, que afague seu bebê e converse com ele, promovendo apoio acalmando-o.

Isto revela o conhecimento ou a maior sensibilidade para este cuidado por parte da técnica do laboratório, que se confirma com os dados quantitativos em que a mesma revelou que considera necessária a presença dos pais ou familiares, em todas as coletas de exame que realiza e que na maioria das vezes informa os pais e familiares sobre qual procedimento doloroso irá realizar, porém somente às vezes discute as estratégias e eficácia de algum método de alívio da dor com os familiares.

Contudo, estes passos demonstraram maior preocupação em relação à participação da família do que se comparado os resultados com outros profissionais, como os médicos que se dividiram em suas opiniões, revelando que a maioria (58,3%) concorda parcialmente que a participação da família seja fundamental no cuidado do recém-nascido; apenas 33,3% solicitam aos pais/família a promoção de medidas de conforto para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos na maioria das vezes e 16,7% sempre. No entanto, a maioria dos médicos informa aos pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados nos neonatos 50,0% comunicam na maioria das vezes e 41,7% sempre o fazem.

A equipe de enfermagem também se dividiu entre as opiniões, mas a maioria 45,5% considerou importante a participação dos pais e/ou familiares nos cuidados do neonato, assim como uma porcentagem parecida 43,5% dentre as auxiliares/técnicas de enfermagem. Quanto à solicitação da participação dos pais com vistas ao conforto durante procedimentos dolorosos, a maioria (31,8%) das enfermeiras realizam tal manejo na maioria das vezes e a maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem realizam sempre (37,0%). Ainda, a maior parte da equipe de enfermagem comunica os pais e/ou familiares sobre os procedimentos dolorosos que realizaram com o neonato, sendo que 59,1% das enfermeiras comunicam sempre e 80,4% das auxiliares/técnicas de enfermagem também. Poucas enfermeiras e auxiliares/técnicas discutem sobre a eficácia das estratégias de manejo da dor com os familiares, como descrito nos resultados quantitativos.

No que tange às evidências científicas sobre a relevância e fundamental importância da família no cuidado ao neonato, estudos na área da psicologia descrevem o vínculo entre mãe e bebê pela “Teoria do Apego”, em que os seres humanos assim como outros animais apresentam certa inclinação em criar vínculos afetivos, ao longo do tempo (SABLE, 2008). Desta forma, a dependência inicial da criança não só conduz o adulto a assumir o papel de cuidador, mas, também, possibilita o estabelecimento de uma relação (vínculo) mãe-bebê, considerada a base do processo de socialização entre os indivíduos. A Teoria do Apego originou-se do estudo de Bowlby o qual procurou conceituar suas observações sobre crianças que eram separadas de seus pais e cuidadas por pessoas não familiares e em locais desconhecidos, tais observações revelaram que essa separação da família, dos primeiros laços afetivos, lhes trazia profundo sofrimento e prejuízos ao seu desenvolvimento global (BOWLBY, 1988).

Araujo e Rodrigues (2010) revelam a importância do estímulo do contato mãe-bebê para o crescimento e o desenvolvimento saudável, possibilitando o equilíbrio psicológico, social e espiritual. Tal estímulo pode ser gerado através da realização de cuidados maternos diários ao bebê, possibilitando à mãe o (re)conhecimento de seu filho e ligação afetiva.

Como o cuidado está ligado diretamente à enfermagem, como base desta profissão, cabe a toda equipe de saúde, mas principalmente aos profissionais de enfermagem serem os pilares da promoção e fortalecimento desse vínculo e assim estar atentos à implantação de estratégias que propiciem às mães expressar sentimentos e inseri-las gradualmente no cuidado, desenvolvendo habilidades no cuidado ao neonato e o vínculo afetivo (COSTA; ARANTES; BRITO; 2010).

Portanto, os profissionais de saúde devem se reconhecer como parte deste processo, agregar a família no cuidado realizando um cuidado centrado ao neonato e família, estando sempre presente e tentando compreender a reação de sofrimento dos pais e auxiliar os membros da família a identificar as redes de apoio seja Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleos de Saúde da Família (NSF), assistência social, apoio religioso à família, familiares, vizinhos, amigos que possam fornecer alguma ajuda, posterior à internação, a esta família e sem dúvida estimular e apoiar o vínculo mãe-bebê ou família-bebê, como descrito no cuidado desenvolvimental ao neonato.

O uso de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor neonatal que incluam a presença da mãe é amplamente indicado por inúmeros motivos e benefícios ao binômio (mãe e bebê), inclusive em evidências nacionais, pois ao ser amamentado durante procedimento doloroso o RN apresenta menos respostas à dor e a mãe pode confortar e acalmar seu bebê, sentindo-se mais participativa no cuidado ao neonato (LEITE, 2005). Durante o contato pele a pele imediato o RN apresenta menos respostas à dor em procedimentos dolorosos e promove a mulher redução do estresse, ansiedade e dor, além de aumentar a produção de ocitocina (hormônio) que reduz o risco de hemorragias maternas no puerpério imediato (VIVANCOS, 2010).

5.2 Dificuldades na participação da família no manejo da dor neonatal

Em contrapartida, algumas afirmações mencionam a participação da família como um fator que dificulta a assistência.

*“[...] principalmente por ser da família **seria sofrer junto**, mas tentar ser uma pessoa que não demonstrasse tanta ansiedade. Que a gente já percebeu que os nenezinhos quando a mãe tá muito ansiosa que fica naquela aflição eles acabam sentindo também” (TE).*

“[...] tem muita mãe que tem dó, às vezes chora junto, então assim, se elas não quiserem [...] eu não levo, mas eu sempre pergunto se elas querem tá indo junto” (E2).

“Eu acho que pro bebê sim, talvez pra ela depende da, de como ela tá entendeu? [...] tem mãe que vai ficar super angustiada em vê coleta sangue, em vê pega veia [...] às vezes as meninas começam a tenta punciona muito, às vezes ela começa fica meio angustiada porque com razão né?” (M1).

“É eu acho que depende da mãe mesmo, quando a mãe colabora [...] Se é uma mãe colaborativa, que não fica com medo do procedimento, né eu acho que, que é válido, agora quando é uma mãe que já tá mais estressada, é uma mãe mais insegura, eu acho que não, não é bom” (E1).

“Eu acho que na (maternidade) ela não acontece de maneira adequada, que a equipe ainda não pensa neste autocuidado do paciente e não incentiva a participação da mãe e da família no seu próprio cuidado. Pode melhorar” (CE).

“[...] um dos motivos também seja o fato da mãe presenciando a coleta, em alguns casos ela pode se queixar que estão sendo realizadas várias punções, que é desnecessária a coleta gera uma situação de estresse pra mãe e para quem tá colhendo o exame. No fim, ele é mais benéfico do que maléfico, mas eu imagino que essa dificuldade seja um dos fatores que interfira na prática dessa atividade” (M2).

Nestas afirmações ficam claras as dificuldades da equipe em considerar a participação da mãe ou família nos cuidados aos neonatos, principalmente, quanto a sua presença durante procedimentos dolorosos. Conclui-se por meio dos depoimentos que, a insegurança ou que a falta de manejo técnico nos procedimentos por parte dos profissionais seja um motivo, pois se tentariam várias punções e isso afligiria a mulher e deixaria o profissional ansioso. Nota-se também a falta do acolhimento e comunicação para com esta mulher, em lhe explicar a necessidade do procedimento, deixando a mãe menos chorosa e ansiosa durante os procedimentos dolorosos. Conciliado a estes fatores a falta de incentivo à mulher, sobre a relevância de sua presença e participação, para confortar seu bebê durante procedimentos dolorosos; por fim a praticidade e tranquilidade dos profissionais em realizar o procedimento sem a presença dos familiares e seus possíveis questionamentos.

A equipe de saúde precisa considerar que durante o ciclo gravídico-puerperal a mulher passa por muitas alterações psicoemocionais e sociais, as quais neste período podem gerar tanto sentimentos positivos agregados à expectativa de um novo membro familiar, como sentimentos

negativos como destacados por Beck (2006): angústia, medo, insegurança, decepção, autoestima baixa, dentre outros que podem gerar um quadro de depressão na gestação ou no pós-parto.

Frente a esta mistura de sentimentos nesse período e aos diversificados contextos que podem estar inseridas cada mulher após o nascimento do seu bebê, o papel do comportamento materno na regulação do bebê pode ser modulado em diferentes reações maternas frente aos desafios, como ver seu bebê passar por procedimentos potencialmente dolorosos, internações prolongadas ou simples procedimentos de rotina, ou seja, cada mãe irá reagir de uma forma ao auxiliar no cuidado de seu bebê, a situação de enfrentamento da dor, a depender de seu estado emocional e humor (CASTRAL, 2010).

Agregado a isso, autores como Scochi et. al. (2003) revelam que o fato da mãe não poder segurar seu bebê no colo, aconchegá-lo e acariciá-lo é muito frustrante para essas mães que tem seus bebês internados em unidades neonatais, pois esta situação gera medo, insegurança e falta de autoconfiança a esta mulher. Além disso, agrega-se a estes sentimentos o choque e estresse pela hospitalização de seu bebê, que até então era esperado saudável e a presença de um ambiente novo, estressante e confuso, como uma unidade neonatal, pode gerar um sentimento de impotência para assumir os cuidados com seu filho que apresenta risco de vida.

Tais sentimentos podem ser atenuados ou reforçados de acordo com a oportunidade que essa mãe tem ou não de participar dos cuidados do seu filho de alguma forma. Portanto, neste momento a comunicação entre os profissionais de saúde e a família é fundamental para criação de vínculos, dessa família para com o recém-nascido, e dessa família para com a equipe e o ambiente hospitalar.

Castrol et. al. (2012) em estudo descritivo investigou a associação entre fatores maternos (humor, ansiedade, dentre outros) com as respostas à dor de prematuros submetidos à punção de calcâneo em posição canguru. Após a comparação desses parâmetros constatou que a depressão ou ansiedade e comportamento materno não influenciam na resposta do prematuro à dor e estresse, mas a capacidade das mães em regular seu próprio estresse contribuiu para a resposta à dor e estresse dos RNPT.

Leite (2005), ao comparar dois grupos de mães que amamentaram ou não amamentaram durante a punção de calcâneo para a coleta de sangue para o teste do pezinho, concluiu que houve mais manifestações maternas com intenção de confortar o bebê no grupo de mães que não amamentou durante o procedimento. No geral, o embalo foi o comportamento que mais prevaleceu nas mães, manifestação esta que parece ser instintiva em situações de desconforto do filho, mostrando que as mães procuram participar do alívio da dor do bebê.

Subentende-se assim que, a participação das mães ativamente no conforto de seus neonatos durante procedimentos dolorosos pode ser algo satisfatório para o binômio, uma vez que ao

amamentar e ao realizar o contato pele a pele na posição canguru, a mãe se sente mais presente e útil no cuidado de seu bebê que necessita de cuidados de saúde.

O cuidado do bebê pode ser centrado também na família, através do diálogo, troca de informações e de comunicação não verbal. No entanto, no cotidiano do trabalho, a preocupação com o estado de saúde do neonato e o controle biológico, centrado na doença, faz com que os profissionais não percebam que estão utilizando termos técnicos na comunicação com os pais, muito menos apresentando a disposição para ouvir e acolher os familiares (SCOCHI, 2000).

Sob esta ótica, as instituições e todos os profissionais de saúde devem trabalhar a melhoria deste processo de acolhimento dos familiares e estimular a participação dos pais nos cuidados ao neonato, diariamente, como uma “cultura” (citada por E2) de humanização da assistência.

6 Conclusão

6 CONCLUSÃO

O percurso metodológico utilizado nas duas etapas desta investigação possibilitou a apreensão de alguns dados sobre o conhecimento e as práticas adotadas pelos profissionais de saúde desta maternidade de Ribeirão Preto - SP, referentes à avaliação e o tratamento não farmacológico da dor neonatal, bem como na identificação de fatores facilitadores e dificultadores no manejo adequado da dor neonatal, conforme síntese que se segue:

- ✓ A maioria dos profissionais de saúde deste estudo são casados, do sexo feminino, se formaram em instituições particulares de ensino e trabalhavam em apenas um vínculo empregatício.
- ✓ Todos os profissionais médicos, a técnica do laboratório e as enfermeiras (100,0%) utilizavam pelo menos uma fonte de atualização científica, bem como a maioria dos auxiliares/técnicas de enfermagem, dos quais apenas três (6,5%) informaram que não utilizavam nenhuma fonte de atualização.
- ✓ A capacitação de recursos humanos na temática da dor neonatal, seja por iniciativa pessoal ou institucional, ainda é rara, visto que apenas um (8,3%) médico, três (13,6%) enfermeiras e duas (4,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem frequentaram cursos ou capacitações nos últimos 12 meses.
- ✓ A totalidade de médicos, das enfermeiras, a técnica do laboratório (100,0%) e a grande maioria (89,1%) das auxiliares/técnicas de enfermagem referiram que o recém-nascido é capaz de sentir dor.
- ✓ A totalidade dos médicos, a técnica do laboratório, as enfermeiras (100,0%) e maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem - 43 (93,5%) acham importante tratar a dor do neonato.
- ✓ A maioria dos profissionais de saúde, 11 (91,7%) médicos, 20 (90,9%) enfermeiras e 34 (73,9%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmaram que a dor altera os parâmetros fisiológicos do neonato, enquanto a técnica do laboratório não soube responder; Todos os médicos (100,0%), a técnica do laboratório, 21 (95,5%) enfermeiras e 44 (95,7%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmaram que a dor altera os parâmetros comportamentais dos neonatos; assim como a maioria dos profissionais afirmaram que o ambiente pode influenciar na reatividade do recém-nascido à dor.
- ✓ A maior parte dos profissionais de saúde, nove (75,0%) médicos, a técnica do laboratório, 15 (68,2%) enfermeiras e 31 (67,4%) auxiliares/técnicas de enfermagem afirmam que a dor neonatal deve ser avaliada em conjunto aos sinais vitais.

- ✓ A avaliação da dor é realizada de forma subjetiva, sendo o choro, a mímica facial e os movimentos corporais os mais citados como forma de avaliação pela equipe nas entrevistas (gravadas), e nos dados quantitativos foi constatado que todos os médicos, a maioria das enfermeiras sabem que há escalas de avaliação da dor neonatal, mas como a técnica do laboratório e a maioria das auxiliares/técnicas de enfermagem existem a falta de conhecimento específico e aprofundado das escalas, pois na instituição não há instrumentos de avaliação de dor neonatal.
- ✓ Houve divergência de opiniões entre os profissionais de saúde sobre o uso de escalas para a avaliação da dor neonatal, uma vez que quatro (33,3%) médicos discordaram parcialmente que avaliação da dor pode se dar sem o uso de escalas, sete (31,8%) enfermeiras acreditam que não é possível avaliar a dor sem o uso de escalas, enquanto 22 (47,8%) auxiliares/técnicas de enfermagem acreditam que sim e a técnica do laboratório não soube responder. Contudo, a maioria dos profissionais considera importante o uso de escalas de avaliação da dor neonatal: todos os médicos (100,0%), a técnica do laboratório (100,0%), 14 (63,6%) enfermeiras e 16 (34,8%) das auxiliares/técnicas de enfermagem. A utilização destas, segundo a equipe seria importante, pois facilitaria a avaliação da dor neonatal.
- ✓ A maior parte dos profissionais de saúde considera importante a anotação em prontuário como um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal, porém na prática o registro de procedimentos ou estratégias de alívio da dor neonatal raramente são registrados pelos profissionais de saúde, principalmente entre os médicos e pela técnica do laboratório.
- ✓ A maioria dos profissionais acredita que procedimentos potencialmente dolorosos repetidos podem gerar alguma consequência ao neonato a curto, médio ou longo prazo, 10 (83,3%) médicos, 17 (77,3%) enfermeiras e 25 (54,3%) auxiliares/técnicas de enfermagem.
- ✓ A intubação orotraqueal, a retirada de adesivos, a drenagem de tórax, o pós-operatório, a inserção de PICC, a injeção intramuscular ou subcutânea e as punções de calcâneo, venosa, arterial e lombar, foram os procedimentos mais citados por todos os profissionais de saúde como potencialmente dolorosos.
- ✓ Nos depoimentos nota-se que a boa vontade e interesse da atuação da equipe em realizar a melhor assistência possível ao neonato, como um fator facilitador no manejo da dor neonatal, assim como o uso dos métodos não farmacológicos.
- ✓ Foi constatado que a sacarose é um método incorporado pelos profissionais da instituição, como o melhor e principal método de alívio da dor neonatal, o qual foi citado em diversas entrevistas. A mesma é reconhecida pela equipe como um método mais prático para uso do que os demais métodos não farmacológicos. É constatado nas entrevistas o seu uso

indiscriminado, ou seja, uso da sacarose a 25% em procedimentos que não são dolorosos ao neonato.

- ✓ Em vários trechos das entrevistas encontramos que a equipe considera o contato pele a pele na posição canguru como um método não farmacológico para o alívio da dor, porém existe um conhecimento superficial acerca do método, assim como profissionais que desconhecem seus efeitos para alívio da dor do neonato.
- ✓ A amamentação possui o seu espaço como um método não farmacológico de alívio da dor, mas mesmo assim é menos utilizada que a sacarose a 25%, uma vez que a sacarose é um método incorporado pelos profissionais da instituição, como o melhor e principal método não farmacológico de alívio da dor neonatal.
- ✓ Outros métodos não farmacológicos para alívio da dor neonatal são de conhecimento da equipe e foram citados nas entrevistas como: a sucção não nutritiva, o posicionamento, o aconchego da mãe, o banho e o controle ambiental (ruídos e luminosidade).
- ✓ As intervenções não farmacológicas mais citadas nos depoimentos quando questionados sobre o que utilizariam como método de alívio da dor para os filhos ou parentes próximos foram: o aleitamento materno, o aconchego, o colo, a sucção não nutritiva e em poucos relatos, a sacarose. O que gerou incongruência com suas práticas diárias uma vez que preferem a sacarose ao uso destas outras medidas não farmacológicas que possibilitam a presença materna.
- ✓ Os entrevistados apontaram falhas na tratativa da dor neonatal, bem como a questão do excesso de procedimentos potencialmente dolorosos, a questão do fluxo aumentado de clientes na maternidade e a falta de recursos humanos, como fatores dificultadores que influencia na assistência em saúde.
- ✓ Algumas entrevistas demonstraram a necessidade de treinamentos, específicos acerca da avaliação e tratamento da dor neonatal, bem como a necessidade de implantação de protocolos clínicos para o uso de métodos não farmacológicos de alívio da dor e o uso de escalas.
- ✓ As mudanças de comportamento e ações, a sensibilização e/ou conscientização da equipe de saúde, também foram citados como propostas de melhorias para o manejo da dor neonatal.
- ✓ Alguns profissionais consideram a participação da família como facilitados para manejo da dor neonatal, em contrapartida, alguns depoimentos mencionam a participação da família como um fator que dificulta a assistência.

Este estudo torna-se relevante, pois proporcionou identificação do conhecimento e práticas dos profissionais de saúde relacionadas à dor neonatal, nesta instituição e desta forma pode-se concluir

que há um conhecimento superficial dos profissionais de saúde quanto à avaliação e o manejo não farmacológico da dor neonatal aguda nesta maternidade, assim como a falta de protocolos clínicos formais, registros e capacitação dos profissionais de saúde. Apesar das inúmeras evidências disponíveis na literatura nacional e internacional, ainda existe uma lacuna entre a teoria e a prática a ser preenchida pelos profissionais desta instituição.

E agregando-se tais dados aos conceitos de humanismo, às políticas de humanização da assistência e ao cuidado desenvolvimental do neonato por meio do cuidado centrado na família, sugere-se uma mudança de ações e condutas nesta equipe de saúde, que deverá ser movida e estimulada a partir de oficinas de sensibilização e capacitações profissionais fundamentadas na transferência de conhecimento, tornando-os sujeitos ativos na criação e implantação de treinamentos, documentações e políticas internas de avaliação e manejo da dor neonatal.

Com base nos resultados e observações de campo, sugerimos a necessidade de se trabalhar com alguns temas relacionados à dor neonatal como: conceitos e fisiologia da dor, avaliação, importância do seu tratamento, redução e reconhecimento de procedimentos potencialmente dolorosos, manejo não farmacológico da dor, tratamento farmacológico da dor, a importância do registro e do empoderamento dos pais e da família no cuidado ao neonato sob assistência de saúde.

Bem como, sugerimos a implementação da amamentação como principal método de escolha dentre os profissionais de saúde desta instituição, como método para aliviar a dor do neonato, uma vez que a maioria dos recém-nascidos nasce de termo, em boas condições de saúde, a maternidade apoia a IHAC e possibilitaria inclusão da mãe nos cuidados de saúde do neonato.

Finalmente, visando uma assistência ética, integral e humanizada sugerimos a implantação de protocolos clínicos, fluxos para tomada decisão, auditorias e atualizações constantes dos documentos relacionados ao manejo da dor neonatal nesta maternidade. Outros desdobramentos desse estudo incluem a motivação para realização de pesquisas futuras relacionados ao tema, nesta instituição.

Referências²

² Trabalho apresentado de acordo com as normas estabelecidas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. NBR 10520 – Informação e documentação. Citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, ago. de 2002. Foram observadas as orientações para apresentação e elaboração de referências (conforme a ABNT) de: FURTADO, V. N. B. de O. et al. (coord.). Diretrizes para apresentação de dissertações e teses da USP: documento eletrônico e impresso – Parte I São Paulo: SIBi-USP, 2009.

REFERÊNCIAS

AITA, M.; SNIDER, L. The art of developmental care in NICU: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, Oxford, v. 41, n. 3, p. 223-232, Feb. 2003.

AKUMA, A. O.; JORDAN, S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. **J. Adv. Nurs.**, Oxford, v. 68, n. 6, p. 1288-301, June 2012.

ALS, H.; LAWHON, G.; DUFFY, F. H.; MCANULTY, G. B.; GIBES-GROSSMAN, R.; BLICKMAN, J. G. Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant. **JAMA**, Chicago, v. 272, n. 11, p. 853-8, Sep. 1994.

ALS, H. Toward synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. **Infant Mental Health J.**, New York, v. 3, n. 4, p. 229-43, 1982.

ANAND, K. J.; CARR, D. B. The neuroanatomy, neurophysiology, and neurochemistry of pain, stress, and analgesia in newborns and children. **Pediatric Clinics of North America**, Philadelphia, v. 36, n. 4, p. 795-822, Aug. 1989.

ANAND, K. J. S.; DPHIL, M. B. B. S.; HIKEY, P. R. Pain and its effects in the human neonate and fetus. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 317, n. 21, p. 1321-9, 1987.

ANAND, K. J.; INTERNATIONAL EVIDENCE-BASED GROUP FOR NEONATAL PAIN. Consensus statement for the prevention and management of pain in the newborn. **Arch. Pediatr. Adolesc. Med.**, Chicago, v. 155, n. 2, p. 173-80, Feb. 2001.

ANTONINI, S. R. R.; JORGE, S. M.; MOREIRA, A. C. The emergence of salivary cortisol circadian rhythm and its relationship to sleep activity in preterm infants. **Clin. Endocrinol.**, Oxford, v. 52, n. 4, p. 423-6, April 2000.

ARAUJO, B. B. M.; RODRIGUES, B. M. R. D. Vivências e perspectivas maternas na internação do filho prematuro em unidade de tratamento intensivo neonatal. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 865-72, dez. 2010.

ARONE, M. E.; CUNHA, I. C. K. O. Tecnologia e humanização: desafios gerenciados pelo enfermeiro em prol da integralidade da assistência. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 60, n. 6, p. 721-3, nov.-dez. 2007.

ASKIN, D. F. Complications in the transition from fetal to neonatal life. **JOGNN**, Hoboken, NJ, v. 31, n. 3, p. 318-27, 2002.

AXELIN, A.; OJAJARVI, U.; VIITANEN, J.; LEHTONEN, L. Promoting shorter duration of ventilator treatment decreases the number of painful procedures in preterm infants. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 98, n. 3, p. 1751-5, 2009.

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 583-92, julho-set. 2004.

BALDA, R. C. X.; GUINSBURG, R. Conforto e analgesia no período neonatal. In: AGUIAR, C. R.; COSTA, H. P. F.; RUGOLO, L. M. S. S.; SADECK, L. S. R.; COSTA, M. T. Z.; PACHI, P. R.; MARBA, S. T. M. **O recém-nascido de muito baixo peso**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 9, p. 97-117.

BALDA, R. C. X.; GUINSBURG, R. Perceptions of neonatal pain. **NeoReviews**, São Paulo, v. 8, n. 12, p. 533-42, 2007.

BARBOSA, W. Sociologia e trabalho: uma leitura sociológica introdutória - síntese da obra a desordem do trabalho. **TT Scritta**, São Paulo, 1996. Disponível em: <http://www.goiania.ifgoias.edu.br/ciencias humanas/images/downloads/cadernos/caderno_sociologia_trabalho.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2014.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BECK, C. T. Postpartum depression Individualized developmental care for the very low-birth-weight preterm infant it isn't just the blues. **Am. J. Nurs.**, Concord, v. 106, n. 5, p. 40-50, quiz 50-1, May 2006.

BEGGS, S.; CURRIE, W.; SALTER, M. W.; FITZGERALD, M.; WALKER, S. M. Priming of adult pain responses by neonatal pain experience: maintenance by central neuroimmune activity. **Brain**, Oxford, v. 135, p. 404-17, 2012.

BELDA, S.; PALLÁS, C. R.; DE LA CRUZ, J.; TEJADA, P. Screening for retinopathy of prematurity: is it painful? **Biol. Neonate**, Basel, v. 86, n. 3, p.195-200, 2004.

BELL, A.; McFARLIN, B. L. Maternal and fetal stress responses during birth: adaptive or maladaptive? **J. Midwifery Womens Health**, Malden, MA, v. 51, n. 5, p. 319-20, 2006.

BEYER, J. E.; WELLS, N. The assessment of pain in children. **Pediatr. Clin. North Am.**, Philadelphia, PA, v. 36, p. 837-54, 1989.

BILGEN, H.; OZEK, E.; CEBECI, D.; ORS, R. Comparison of sucrose, expressed breast Milk and breast-feeding on the neonatal response to heel prick. **J. Pain**, Philadelphia, v. 2, n. 5, p. 301-5, 2001.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano: compaixão pela terra. 8 ed. São Paulo: Vozes, 2002.

BOLELA, F. **A humanização em terapia intensiva na perspectiva da equipe de saúde**. 2008. 126f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BOLTANSKI, L. U. C. **As classes sociais e o corpo**. Tradução de Regina A. Machado. São Paulo: Graal, 2004. 173 p.

BOWLBY, J. **A secure base: parent-child attachment and healthy human development**. New York. Basic Books, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria n. 1016, de 26 de agosto de 1993. Dispõe sobre as Normas Básicas de Alojamento Conjunto**. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=757>>. Acesso em: 20 nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de dezembro de 2012. Atualiza as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.41/95. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

_____. **Manual de humanização**. 2000. Disponível em: <<http://www.portalthumaniza.org.br/ph/dados/anexos/80-2.doc>>. Acesso em: 24 jan. 2013

_____. **Portaria nº 569/GM 01 de junho de 2000. Dispõe sobre o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2001a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

_____. **Portaria nº 693/GM Em 5 de julho de 2000 - Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru, destinado a promover a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**. 2001d. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-693.htm>>. Acesso em: 12 junho 2013.

_____. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da secretaria de Humanização. **HUMANIZASUS Política Nacional de humanização**. Brasília, 2003a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2013.

_____. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e AIDS. **Projeto Nascer**. Brasília: Ministério da Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e AIDS, 2003b.

_____. **Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariagm198polos.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2013.

_____. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. Brasília, 2006b.

_____. **Portaria nº 1.683, de 12 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas de orientação para a implantação do método canguru**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1683_12_07_2007.html>. Acesso em: 18 abr. 2013.

_____. **Atenção humanizada ao recém nascido de baixo-peso: método canguru**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Humanização: formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010a.

_____. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, 2010b.

_____. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2011a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2011b. 4 v. (Série A. Normas e Manuais Técnicas) p. 33-41.

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde. 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.Saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2013.

_____. **Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014a, que redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/124045-1153.html>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

_____. **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014b. Dispõe sobre as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido no Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2014/Mai/8/portaria-no-371-de-7-de-maio-de-2014-institui>>. Acesso em: 14 jun. 2014.

BRASIL. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Objetivos do Milênio.** 2000. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/ODM.aspx>> Acesso em: 14 jun. 2014.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

BRENNAN, P. A.; PARGAS, R.; WALKER, E. F.; GREEN, P.; NEWPORT, D. J.; STOWE, Z. Maternal depression and infant cortisol: influences of timing, comorbidity and treatment. **J. Child Psychol. Psychiatry**, v. 49, n. 10, p. 1099–1107, Oct. 2008.

BRUMMELTE, S.; GRUNAU, R. E.; CHAU, V.; POSKITT, K. J.; BRANT, R.; VINALL, J.; GOVER, A.; SYNNEs, A. R.; MILLER, S. P. Procedural Pain and Brain Development in Premature Newborns. **Ann. Neurol.**, Chicago, v. 71, n. 3, p. 385-96, 2012.

BUENO, M. **Leite materno ordenhado e glicose 25% no alívio da dor em recém-nascidos pré-termo tardios submetidos à lancetagem de calcâneo: ensaio clínico randomizado de não inferioridade.** 2011. 212f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

BUENO, M.; COSTA, P.; OLIVEIRA, A. A. S.; CARDOSO, R.; KIMURA, F. A. Tradução e adaptação do premature infant pain profile para a língua portuguesa. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p.29-35, Jan-Mar, 2013.

BUENO, M.; KIMURA, A. F.; DINIZ, C. S. Evidências científicas no controle da dor no período neonatal. **Acta Paul Enferm.** São Paulo, v.22, n.6, p.828-32, 2009.

BUENO, M.; YAMADA, J.; HARRISON, D.; KHAN, S.; OHLSSON, A.; ADAMS-WEBBER, T.; BEYENE, J.; STEVENS, B. A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutionjs for pain in neonates. **Pain Res. Manag.**, Oakville, Ont., v. 18, n. 3, p. 153-61, 2013.

BURNS, N.; GROVE, S. K. **The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization**. 5ª ed. St. Louis: Ed. Elsevier, 2005.

BYERS, J. F. Components of developmental care and the evidence for their use in the NICU. **MCN: Am. J. Matern Child Nurs.**, Hagerstown, MD, v. 28, n. 3, p. 174-80, May/June 2003.

BYSTROVA, K.; WIDSTRÖM, A. M.; MATTHIESEN, A. S.; RANSJÖ-ARVIDSON, A. B.; WELLES-NYSTRÖM, B.; WASSBERG, C.; VORONTSOV, I.; UVNÄS-MOBERG, K. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of "the stress of being born": a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St. Petersburg. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 92, n. 3, p. 320-6, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

CAPELLINI, V. K. **Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual**. 2012. 134f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

CAPELLINI, V. K.; DARÉ, M.; CASTRAL, T. C.; CHRISTOFFEL, M.; LEITE, A. M.; SCOCCHI, C. S. G. Conhecimento e atitudes de profissionais de saúde sobre avaliação e manejo da dor neonatal. **Rev. Eletron. Enferm**, Goiânia, v. 16, n. 2, 2014. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n2/pdf/v16n2a12.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

CARBAJAL, R.; ROUSSET, A.; DANAN, C.; COQUERY, S.; NOLENT, P.; DUCROCQ, S.; SAIZOU, C.; LAPILLONNE, A.; GRANIER, M.; DURAND, P.; LENCLÉN, R.; COURSOL, A.; HUBERT, P.; DE SAINT BLANQUAT, L.; BOËLLE, P. Y.; ANNEQUIN, D.; CIMERMAN, P.; ANAND, K. J.; BRÉART, G. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **JAMA**, Chicago, v. 300, n. 1, p. 60-70, Jul. 2008.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 15, p. 105-11, jan-fev. 2005.

CASTRAL, T. C. **A relação entre fatores maternos e a resposta à dor e ao estresse do prematuro em posição de canguru**. 2010. 215f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

CASTRAL, T. C.; WARNOCK, F.; LEITE, A. M.; HAAS, V. J.; SCOCCHI, C. G. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. **Eur. J. Pain**, London, v. 12, n. 4, p. 464-71, May 2008.

CASTRAL, T. C.; WARNOCK, F. F.; RIBEIRO, L. M.; VASCONCELOS, M. G. L.; LEITE, A. M.; SCOCCHI, C. G. S. Fatores maternos influenciam a resposta à dor e ao estresse do neonato em posição canguru. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.3, maio-jun. 2012.

CECÍLIO, L. C. O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão em cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 589-99, 2011.

CHERMONT, A. G.; GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X.; KOPELMAN, B. O que os pediatras conhecem sobre avaliação e tratamento da dor no recém-nascido? **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 3, p. 265-72, maio-jun. 2003.

CHRISTENSSON, R.; CABRERA, T.; CRISTENSSON, E.; UVNAS-MOBERG, K.; WINBERG, J. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. **Acta Paediatr.**, Oslo, PA., v. 29, p. 445-57, 2002.

CIGNACCO, E.; HAMERS, J. P.; STOFFEL, L.; VAN LINGEN, R. A.; SCHÜTZ, N.; MÜLLER, R.; ZIMMERMANN, L. J.; NELLE, M. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. **Swiss Med. Wkly**, Basel, v. 138, n. 33-4, p. 484-91, 2008.

CIGNACCO, E.; SELLAM, G.; STOFFEL, L.; GERULL, R.; NELLE, M.; ANAND, K. J.; ENGBERG, S. Oral sucrose and “facilitated tucking” for repeated pain relief in preterms: a randomised controlled trial. **Sci. Res. Pediatrics**, Basel, v. 129, n. 2, p. 1-10, 2012.

COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR – CQH. **Manual de Requisitos de Avaliação do Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar, 1991-2014**. Disponível em: <<http://www.cqh.org.br/portal/pag/inicial.php>>. Acesso em: 2 julho 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Código de ética dos profissionais de enfermagem, 2007**. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4158>>. Acesso em: 10 abril 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. **Decreto N 94.406/87, Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 Lei do Exercício do Profissional de Enfermagem**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/decreto-n-9440687_4173.html>. Acesso em: 1 julho 2014.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de Ética Médica**. Resolução CFM Nº1931/2009 D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p. 173. Disponível em: <<http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>>. Acesso em: 1 junho 2014.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - COREN. **Parecer nº 016/2010**, de 4 de março de 2010. Disponível em: <http://portal.coren-sp.gov.br/sites/default/files/parecer_coren_sp_2010_16_0.pdf>. Acesso em: 29 junho 2014.

COSTA, M. C. G.; ARANTES, M. Q.; BRITO, M. D. C. A UTI neonatal sob a ótica das mães. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 12, n. 4, p. 698-704, out.-dez. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7130>>. Acesso em: 23 jan. 2013.

CRESCÊNCIO, E. P.; ZANELATO, S.; LEVENTHAL, L. C. Avaliação e alívio da dor no recém-nascido. **Rev. Eletrônica Enferm.**, Goiânia, v. 11, n. 1, p. 64-9, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a08.htm>>. Acesso em: 25 dez. 2013.

DESLANDES, S. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 416 p.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p. 195-223.

DINIZ, D.; GUILHEM, D. **O que é bioética**. São Paulo: Brasiliense, 2002. 69 p.

ELIAS, M. V.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-25, julho-ago. 2006.

FLORES PEÑA, Y. **O processo de trabalho da enfermeira no cuidado à criança sadia em uma instituição da Seguridad Social do México**. 2004. 214f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

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**, Amsterdam, v. 139, n. 1, p. 28-33, Sep. 2008.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC)**, 2011 – Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/activities_9994.htm>. Acesso em: 20 jan. 2013.

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai.-jun. 2004.

GARIGLIO, M. T. O cuidado em saúde. In: MINAS GERAIS, Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. **Oficinas de qualificação da atenção primária à saúde em Belo Horizonte: oficina 2 – atenção centrada na pessoa**. Belo Horizonte, 2012.

GASPARDO, C. M.; MIYASE, C. I.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E.; MARTINS LINHARES, M. B. et al. Is pain relief equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? **J. Pain**, Amsterdam, v. 137, n. 1, p. 16-25, 2008.

GASPARDO, C. M.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **J. Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 6, p. 435-442, nov.-dez. 2005.

GASPARDO, C. M.; MYASE, C. I.; CHIMELLO, J. T.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. M. Is pain really equally efficacious and free of side effects with repeated doses of oral sucrose in preterm neonates? **Pain**, Amsterdam, v. 137, n. 1, p. 16-25, 2006.

GASPARDO, C. M.; MARTINEZ, F. E.; LINHARES, M. B. M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Rev. Paul. Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 77-85, 2010.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based healthcare: how to make health policy and management decisions**. New York: Churchill Livingstone, 1997.

GIBBINS, S.; STEVENS, B. State of the art: pain assessment and management in high-risk infants. **Newborn Infant Nurs. Rev.**, Philadelphia, v. 1, n. 2, p. 85-96, 2001.

GIBBINS, S.; STEVENS, B.; ASZTALOS, E. Assesment and management of acute pain in high-risk neonates. **Expert Opin. Pharmacother.**, London, v. 4, n. 4, p. 475-83, Apr. 2003.

GRANDE BIBLIOTECA LAROUSSE CULTURAL. São Paulo: Nova Cultural, 1998.

GRUNAU, R. Early pain in preterm infants: a model of long-term effects. **Clin. Perinatol.**, Philadelphia, v. 29, n. 3, p. 373-94, Sep. 2002.

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

GRUNAU, R. E. et al. Neonatal procedural pain exposure predicts lower cortisol and behavioral reactivity in preterm infants in the NICU. **Pain**, Amsterdam, v. 113, n. 3, p. 293-300, Feb. 2005.

GUIMARÃES, L. A. M.; GRUBITS, S. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

GUINSBURG, R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 75, n. 3, p. 149-60, 1999.

GUINSBURG, R.; BALDA, R. C. X. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. In: MORAIS, M. B.; CAMPOS, S. O.; SILVESTREINI, W. S. **Guia de pediatria**: guias de medicina ambulatorial e hospitalar. Barueri: Manole, 2005.

GUINSBURG, R.; CUENCA, M. C. **A linguagem da dor no recém-nascido**. Documento Científico do Departamento de Neonatologia Sociedade Brasileira de Pediatria, 2010. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_linguagem-da-dor-out2010.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

HAMIL-RUTH RJ, MAROHN, ML. Evaluation of pain in the critically ill patient. **J crit car**. v.15, p.35-54. 1999.

HARRISON, D.; ELIA, S.; ROYLE, J.; MANIAS, E. Pain management strategies used during early childhood immunisation in Victoria. **J. Paediatrics Child Health**, Victoria, v. 10, n. 1, p. 1-6, 2013.

HARRISON, D.; YAMADA, J.; STEVENS, B. Strategies for the Prevention and Management of Neonatal and Infant Pain. **Curr. Pain Headache Reports**, New York, v. 14, n. 2, p. 113-23, April 2010.

HAYDT, R. C. **Avaliação do processo ensino-aprendizagem**. São Paulo: Ática, 2002.

HERRINGTON, C. J.; OLOMU, I. N.; GELLER, S. M. Salivary cortisol as indicators of pain in preterm infants: a pilot study. **Clin. Nurs. Res.**, Newbury Park, v. 13, n. 1, p. 53-68, Feb. 2004.

HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, W. **WONG. Fundamentos de Enfermagem pediátrica**. 7ªed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 243-8.

HOLSTI, L.; GRUNAU, R. E. Initial validation of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP). **Pain**, Amsterdam, v. 5, n. 3, p. 264-72, Mar. 2007.

HOLSTI, L.; GRUNAU, R. E.; OBERLANDER, T. F.; OSIOVICH, H. Is it painful or not? Discriminant validity of the Behavioral Indicators of Infant Pain (BIIP) scale. **Clin. J. Pain**, Amsterdam, v. 24, n. 1, p. 83-8, Jan. 2008.

HOLST, L.; GRUNAU, R. Considerations for Using Sucrose to Reduce Procedural Pain in Preterm Infants. **Pediatrics**. Vancouver, Apr 19, 2010.

HUANG, C. M.; TUNG, W. S.; KUO, L. L.; YING-JU, C. Comparison of pain responses of premature infants to the heelstick between containment and swaddling. **Jornal of Nursing Researches**, Taipei, v.12, n.1, p.31-40, mar. 2004.

HUMMEL, P. A.; PUCHALSKI, M. L.; CREECH, S. D.; WEISS, M. G. Clinical reliability and validity of the N-PASS: neonatal pain, agitation and sedation scale with prolonged pain. **J Perinatol**. v.1, p. 55-60, Jan. 2008.

IHEU Minimum Statement on Humanism. **What is humanism?** 2014. Disponível em: <<http://iheu.org/humanism/what-is-humanism/>> Acesso em: 25 junho 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR - IBDC. **Código de defesa do consumidor**. 2014. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/consultas/codigo-de-defesa-do-consumidor/capitulo-vii>>. Acesso em: 30 julho 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010 Ribeirão Preto – SP**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=354340&search=sao-paulo|ribeirao-preto> . Acesso em: 24 jun. 2014.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN - IASP. **Pain terminology**, 1994. Disponível em: <<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>>. Acesso em: 30 Ago. 2011.

JOHNSTON, C. C.; FILION, F.; CAMPBELL-YEO, M.; GOULET, C.; BELL, L.; MCNAUGHTON, K.; BYRON, J.; AITA, M.; FINLEY, G. A.; WALKER, C. D. Kangaroo mother care diminishes pain from heel lance in very preterm neonates: a crossover trial. **BMC Pediatr.**, London, v. 8, p. 13, April 2008.

JOHNSTON, C. C.; STEVENS, B. J. Experience in a neonatal intensive care unit affects pain response. **Pediatrics**, Springfield, Il., v. 98, n. 5, p. 925-30, 1996.

KOPP, C. B. Regulation of distress and negative emotions: a developmental view. **Develop. Psychol.**, Washington DC, v. 25, n. 3, p. 343-54, 1989.

KRAEMER, K. L.; CASH Jr., J. I.; NUNAMAKER, J. F. The information systems research challenge: survey research methods. **Harvard Business School**, Boston, v. 25, n. 3, p.343-54, 1991.

KRECHEL, S. W.; BILDNER, J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score. Initial testing of validity and reliability. **Paediatr. Anaesth.**, Paris, v. 5, n. 1, p. 53-61, 1995.

LAGO, P.; GARETTI, E.; MERAZZI, D.; PIERAGOSTINI, L.; ANCORA, G.; PIRELLI, A.; BELLINI, C. V.; PAIN STUDY GROUP OF THE ITALIAN SOCIETY OF NEONATOLOGY. Guidelines for procedural pain in the newborn. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 98, n. 6, p. 932-9, June 2009.

LAWRENCE, C.; ALTSCHUL, S.; BOGUSKI, M.; LIU, J.; NEUWALD, A.; WOOTTON, J. Detecting subtle sequence signals: a Gibbs sampling strategy for multiple alignment. **Sci. Clin. J. Pain**, New York, v. 262, n. 5131, p. 208-14, 1993.

LEITE, A. M.; LINHARES, M. B. M.; LANDER, J.; CASTRAL, T. C.; SANTOS, C. B.; SCOCHI, C. G. S. Effects of breastfeeding on pain relief in full term newborns. **Clin. J. Pain**, New York, v. 25, p. 827-32, 2009.

LEITE, A. M. **Efeitos da amamentação no alívio da dor em recém-nascidos a termo durante a coleta do teste do pezinho**. 2005. 153f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

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

LEMONS, J.A. e cols. Prevention and management of pain and stress in the neonate. **Pediatrics**, v. 105, n. 2, p. 454-458, 2000.

LIAW, J. J.; ZENG, W. P.; YANG, L.; YUH, Y. S.; YIN, T.; , M. H. Nonnutritive Sucking and Oral Sucrose Relieve Neonatal Pain During Intramuscular Injection of Hepatitis Vaccine. **J. Pain Symptom Manage.**, v. 42, n.6, p. 918-30, Dec. 2011.

LIKERT, R. A technique for the measurement of attitudes. **Arch. Psychol.**, New York, v. 22, n.140, p. 5-55, june 1932.

LOVEMAN, E.; GALE, A. Factors influencing nurse's inferences about patient pain. **Br j nurs.** v.9, p.334-7, 2000.

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.**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 270-6, 2011.

MARSH, V. A.; MARSH, V. A.; YOUNG, W. O.; DUNAWAY, K. K.; KISSLING, G. E.; CARLOS, R. Q.; JONES, S. M.; SHOCKLEY, D. H.; WEAVER, N. L.; RANSOM, J. L.; GAL, P. Efficacy of topical anesthetics to reduce pain in the premature infants during eye examinations for retinopathy of prematurity. **Ann. Pharmacother.**, Cincinnati, v. 39, n. 5, p. 829-33, 2005.

MARTIN, F. Documentation. *Nursing*, v. 24, n. 6 , p. 63-64, 1994.

MARTINS, R. S. **Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais com relação ao manejo da dor no recém-nascido.** 2010. 87f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2010.

MARTINS, C. ; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 472-8, jul./set. 2006.

MATHEW, P. J.; MATHEW, J. L. Assessment and management of pain in infants. **Postgraduate Med. J.**, Leicester, v. 79, n. 934, p. 438-43, 2003.

MEDEIROS, M. D.; MADEIRA, L. M. Prevenção e tratamento da dor no recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 10, n. 2, p. 118-24, 2006.

MEEK, J. Options for procedural pain in newborn infants. **Arch. Dis. Child Educ. Pract. Ed.**, London, v. 97, n. 1, p. 23–8, 2012.

MELLO, I. M. **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil**: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais. 03 de março de 2008 (versão definitiva). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/humaniza/pdf/livro/livro_dra_inaia_Humanizacao_nos_Hospitais_do_Brasil.pdf>. Acesso em: 29 junho 2014.

MENOSSE, M. J.A. **Complexidade da dor da criança e do adolescente com câncer hospitalizados e as múltiplas dimensões do seu cuidar**. 2004. 118f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MIKIEL-KOSTYRA, K.; MAZUR, J.; BOLTRUSZKO, I. Effect of early skin-to-skin contact after delivery on duration of breastfeeding: a prospective cohort study. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 91, p. 1301-6, 2002.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S.; DESLANTES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul.-set. 1993.

MIZUNO, K.; MIZUNO, N.; SHINOHARA, T.; NODA, M. Mother-infant skin-to-skin contact after delivery results in early recognition of own mother's milk odour. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 93, n. 12, p. 1640-5, 2004.

MOONCEY S, GIANNAKOULOPOULOS X, GLOVER V, ET AL. The effect of mother-infant skin-to-skin contact on plasma cortisol and beta-endorphin concentrations in preterm newborn. **Infant Behav. Dev.**, Norwood, N.J., v. 20, n. 4, p. 553-7, 1997.

NASCIMENTO, L. A.; SANTOS, M. R.; ARONI, P.; MARTINS, M. B.; KRELING, M. C. G. D. Manejo da dor e dificuldades relatadas pela equipe de enfermagem na administração de opióides. **Rev. Eletr. Enferm.**, Goiás, v. 13, n. 4, p. 714-20, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v13/n4/pdf/v13n4a16.pdf>. Acesso em: 11 jan. 2012.

NISHITANI, S.; MIYAMURA, T.; TAGAWA, M.; SUMI, M.; TAKASE, R.; DOI, H.; MORIUCHI, H.; SHINOHARA, K. The calming effect of a maternal breast milk odor on the human newborn infant. **Neurosci Res.**, Limerick, v. 63, n. 1, p. 66-71, Jan. 2009.

OKADA, M.; TEIXEIRA, M. J. Desenvolvimento do sistema nociceptivo e supressor da dor. In: TEIXEIRA, M. J.; FILHO, J. L. B.; MARQUEZ, J. O.; YENG, L. T. **Dor no contexto interdisciplinar**. Curitiba: Editora Maio, 2003. p. 89-117.

OLIVEIRA, B. R. G.; LOPES, T. A.; VIERA, C. S.; COLLEI, N. O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, p. 105-113, 2006.

OLIVEIRA, R. M.; SILVA, A. V. S.; SILVA, L. M. S.; SILVA, A. P. A. D.; CHAVES, E. M. C.; BEZERRA, S. C. Implementação de medidas para o alívio da dor em neonatos pela equipe de enfermagem. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.277-283, abr-jun 2011.

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

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEREIRA, A. L. S. T.; GUINSBURG, R.; ALMEIDA, M. F. B.; MONTEIRO, A. C.; SANTOS, A. M. N.; KOPELMAN, B. I. Validade de parâmetros comportamentais e fisiológicos para avaliação da dor aguda de recém-nascidos a termo. **São Paulo Med. J.**, São Paulo, v. 117, n. 2, p. 72-80, 1999.

PINSONNEAULT, A.; KRAEMER, K. L. Survey research in management information systems: an assesment. **J. Manage. Inform. System**, v. 10, n. 2, p. 75-105, Sept. 1993.

PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1991.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POSSARI, J. F. **Prontuário do paciente e os registros de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2005.

PORTER, F. L.; ANAND, K. J. Epidemiology of pain in neonates. **Research and Clinical Forums**, Kent, v. 20, p. 9-16, 1998.

PRECHTL, H. F. R. The behavioural states of the newborn infant: a review. **Brain Res.**, Oxford, v. 76, n. 2, p. 185-212, 1974. (Duidenvoorde Lecture In: Annual Meeting of the European Brain and Behavior Society, 5, Rotterdam, 4th September, 1973.)

PRESTES, A. C. **Epidemiologia da dor aguda em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias: frequência da realização de procedimentos dolorosos e do emprego de analgésicos por via sistêmica**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

PRESTES, A. C.; GUINSBURG, R.; BALDA, R. C.; MARBA, S. T.; RUGOLO, L. M.; PACHI, P. R. et al. Frequência do emprego de analgésicos em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias. **J Pediatr**, v.81, n.5, p.405-410, 2005.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto – SP. **Projeto Floresce uma Vida**. 1995. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/floresce/i16floresce.php>>. Acesso em: 22 jun. 2014.

RIBEIRO, L. M. **O leite humano e a sacarose 25% no alívio da dor em prematuros submetidos ao exame de fundo de olho**: ensaio clínico randomizado. 2012. 139f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

RIBEIRO, L. M.; CASTRAL, T. C.; MONTANHOLI, L. L.; DARÉ, M. F.; SILVA, A. C. A.; ANTONINI, S. R. R.; SCOCHI, C. G. S. O leite humano no alívio da dor neonatal no exame de fundo de olho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 1039-45, 2013.

RICARTE, I. L. M. ; GALVAO, M. C. B. ; GRAD, R. M. ; PLUYE, P. . Avaliação da relevância clínica de evidências distribuídas eletronicamente. In: **Congresso Brasileiro de Informática em Saúde**, 2012, Curitiba. Anais do Congresso Brasileiro de Informática em Saúde, 2012.

ROCHA, M. C. P. **A experiência da enfermeira de unidade de terapia intensiva neonatal na utilização de instrumentos de avaliação da dor em neonatos**. 2009. 131f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

SABLE, P. What is adult attachment? **Clin. Soc. Work J.**, New York, v. 36, p. 21-30, 2008.

SÃO PAULO. Leis e Decretos. Diário Oficial Poder Executivo. Estado de São Paulo Seção I Palácio dos Bandeirantes. Nº 222 – DOE de 28/11/12 – Seção 1 – p.64 Saúde. **Resolução SS - 116, de 27-11-2012. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Estadual de Humanização nos serviços hospitalares, ambulatoriais e outros tipos de serviços no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde e dá outras providências**. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssesp/bibliote/informe_eletronico/2012/iels.nov.12/leis223/E_R-SS-116_271112.pdf>. Acesso em: 3 julho 2013.

SCOCHI, C. G. S. **A humanização da assistência hospitalar ao bebê prematuro**: bases teóricas para o cuidado de enfermagem. 2000. 245f. Tese (livre-docência) – Escola De Enfermagem De Ribeirão Preto, Universidade De São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C. G. S.; KOKUDAY, M. de L. do P.; RIUL, M. J. S.; ROSSANEZ, L. S. S.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 539-43, jul.-ago. 2003.

SCOCHI, C. G. S.; CARLETTI, M.; NUNES, R.; FURTADO, M. C. C.; LEITE, A. M. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 59, n. 2, p.188-94, abril 2006.

SELLAM, G.; SCHULZ, C.; HÄMMERLI, N. S.; CIGNACCO, E. Neonatal intensive care: optimizing pain management in newborn infants. **Krankenpfl. Soins Infirm.**, Bern, v. 104, n. 9, p. 32-3, 2011.

SETZ, V. G.; D' INNOCENZO, M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 313-7, 2009.

SHAH, P. S.; ALIWALAS, L. I.; SHAH, V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database System. Rev.**, Oxford, n. 3, p. CD004950, 2009.

SHAH, P. S.; ALIWALLAS, L. I.; SHAH, V. Breastfeeding or breast milk to alleviate procedural pain in neonates: a systematic review. **Breastfeed Med.**, Oxford, v. 2, n. 2, p. 74-82, 2007.

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, A. C. T. O. **Efeito da amamentação e do contato pele a pele no alívio da dor de recém-nascidos a termo durante a administração da vacina contra Hepatite B.** 2010. 106f Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SILVA, T. P.; SILVA, L. J. Escala de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. **Acta Med. Portuguesa**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 437-54, 2010.

SLATER, R. ; CORNELISSEN, L.; FABRIZI, L.; PATTEN, D.; YOXEN, J.; WORLEY, A.; BOYD, S.; MEEK, J.; FITZGERALD, M. Oral sucrose as an analgesic drug for procedural pain in newborn infants: a randomised controlled trial. **Lancet**, London, v. 376, n. 9748, p. 1225-32, Oct. 2010.

SIMONS, S.; VAN DIJK, M.; ANAND, R.; ROTHHOFT, D.; VAN LINGEN, R.; TIBBOEL, D. Do we still hurt newborn babies? **Arch Pediatr Adolesc Med.** v.157, p.1058-64, 2003.

SOARES, A. V. N.; GAIDZINSKI, R. R.; CIRICO, M. O. V. Identificação das intervenções de enfermagem no Sistema de Alojamento Conjunto. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 308-17, 2010.

SOUSA, F. A. E. F. Dor: o quinto sinal vital. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 446-7, 2002.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 1-6, 2007.

STEVENS, B. et al. Consistent management of repeated procedural pain with sucrose in preterm neonates: is it effective and safe for repeated use over time? **Clin. J. Pain**, New York, v.21, n.6, p.543-548, 2005.

STEVENS B.; TADIO, A.; OHLSSON, A.; EINARSON, T. The efficacy of sucrose for relieving procedural pain in neonates: a systematic review and meta-analysis. **Acta Paediatr.**, Oslo, v. 86, n. 3, p. 837-42, 1997.

STEVENS, B. J.; ABBOTT, L. K.; YAMADA, J.; HARRISON, D.; STINSON, J.; TADDIO, A.; BARWICK, M.; LATIMER, M.; SCOTT, S. D.; RASHOTTE, J.; CAMPBELL, F.; FINLEY, G. A.; CIHR TEAM IN CHILDREN'S PAIN. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **CMAJ: Can. Med. Assoc. J.**, Ottawa, v. 183, n. 7, p. E403-E10, Apr. 2011.

STEVENS, B.; FRANCK, L.; GIBBINS, S.; MCGRATH, P. J.; DUPUIS, A.; YAMADA, J. Determining the structure of acute pain responses in vulnerable neonates. **Can J Nurs Res.**, Montreal, v. 39, n. 2, p. 32-47, 2007.

STEVENS, B. J.; GIBBINS, S.; YAMADA, J.; DIONNE, K.; LEE, G.; JOHNSTON, C.; TADDIO, A. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. **Clin J Pain.** v.30, n.3, p. 238-43, Mar. 2014.

STEVENS, B.; JOHNSTON, C.; PETRYSHEN, P.; TADDIO, A. Premature Infant Pain Profile: development and initial validation. **Clin. J. Pain**, New York, v. 2, n. 12, p. 13-22, 1996.

STEVENS, B. J.; YAMADA, J.; OHLSSON, A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v. 20, n. 1, p. CD001069, Jan. 2010.

SUN, X.; LEMYRE, B.; BARROWMAN, N.; O'CONNOR, M. Pain management during eye examinations for retinopathy of prematurity in preterm infants: a systematic review. **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 99, n. 3, p. 329-34, 2010.

SURASERANIVONGSE, S.; KAOSAARD, R.; INTAKONG, P.; PORNSIRIPRASERT, S.; KARNCHANA, Y.; KAOPINPRUCK, J.; SANGJEEN, K. A comparison of postoperative pain scales in neonates. **Br. J. Anaesth.**, London, v. 97, n. 4, p. 540-4, 2006.

TAVARES, J. A. M. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Ed. Diagramic, 2009.

TSAO, J. C.; TSAO, J. C. I.; EVANS, S.; MELDRUM, M.; ALTMAN, T.; ZELTZER, L. K. A review of CAM for procedural pain in infancy. Part I. Sucrose and non-nutritive sucking. **Evidence-based Complement. Alternative Med.:** eCAM, Oxford, v. 5, n. 4, p. 371-81, Dec. 2008.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2008.

UGA, E.; CANDRIELLA, M.; PERINO, A.; ALLONI, V.; ANGILELLA, G.; TRADA, M.; ZILLOTTO, A. M.; ROSSI, M. B.; TOZZINI, D.; TRIPALDI, C.; VAGLIO, M.; GROSSI, L.; ALLEN, M.; PROVERA, S. Heel lance in newborn during breastfeeding: an evaluation of analgesic effect of this procedure. **Ital. J. Pediatr.**, London, v. 34, n. 1, p. 3, 2008.

UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS - DUDH. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1996. Disponível em: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=por>. Acesso em: 2 julho 2014.

VIVANCOS, R. B. Z. **Efeito do contato pele-a-pele imediato ao nascimento na reatividade à dor dos recém-nascidos durante a vacina contra a Hepatite B**. 2008. 129f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

VIVANCOS, R. B. Z.; LEITE, M. C.; SCOCHI, C. G. S.; SANTOS, C. B. O contato pele a pele ao nascimento e o choro de recém-nascidos durante vacinação contra Hepatite B. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 461-5, 2010.

WALTER-NICOLET, E.; ANNEQUIN, D.; BIRAN, V.; MITANCHEZ, D.; TOURNIAIRE, B. Pain management in newborns from prevention to treatment. **Paediatr. Drugs**, New Zealand, v. 12, n. 6, p. 353-65, Dec. 2010.

WARD-LARSON C.; HORN R. A.; GOSNELL F. The efficacy of facilitated tucking for relieving procedural pain of endotracheal suctioning in VLBWI. **MCN Am. J. Matern. Child Nurs.**, v. 29, n. 3, p.151-56, 2004.

WARNOCK, F. F.; CASTRAL, T. C.; BRANT, R.; SEKILIAN, M.; LEITE, A. M. OWENS, S. P.; SCOCHI, C. G. S. Brief report: Maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. **Journal of Pediatric Psychology**. School of Nursing, University of British Columbia, Vancouver, British Columbia, Canada.; v.35, n.9, p.975-84, out. 2010.

WARNOCK, F. F.; SANDRIN, D. Comprehensive description of newborn distress behavior in response to acute pain (newborn male circumcision). **Pain**. Vancouver, v.107, n.3, Pages 242–255, February 2004.

WEERTH, C.; HEES, Y. V.; BUITELAAR, J. K. Prenatal maternal cortisol levels and infant behavior during the first 5 months. **Early Hum. Develop.**, Amsterdam, v. 74, n. 2, p. 139-51, Nov. 2003.

Apêndices

APÊNDICES**APÊNDICE A – Questionário com questões objetivas para coleta quantitativa****QUESTIONÁRIO SOBRE O CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO MANEJO DA DOR NEONATAL***

Iniciais nome: _____. _____. _____. _____. _____. _____

Nº _____

Caro Profissional de Saúde

Você está recebendo um questionário que tem por objetivo estudar os conhecimentos e as práticas dos profissionais de saúde no manejo da dor neonatal através dos métodos não farmacológicos. A sua resposta não será utilizada para avaliar o seu desempenho no trabalho, mas irá contribuir na identificação de fatores facilitadores e dificultadores em trabalhar a dor neonatal.

Esse questionário é auto-aplicado e anônimo. Você deverá preenchê-lo, sem consultar outras pessoas, protocolos ou qualquer material didático. O tempo estimado para seu preenchimento é de 20 minutos. Agradecemos a sua contribuição!

I. DADOS PESSOAIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**1. Qual a sua categoria profissional?**

() Auxiliar () Técnico de enfermagem () Enfermeiro () Pediatra/Neonatalogista () Biomédico

2. Sexo:

() Feminino () Masculino

3. Idade _____ anos**II. FORMAÇÃO PROFISSIONAL****4. Qual tipo de instituição realizou sua formação técnica ou sua graduação?**

() Instituição Pública () Instituição Privada

5. Quanto tempo de formado?

Especificar: _____ ano (s).

6. Qual sua formação profissional? (Nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta).

() especialização. Qual área? _____

() residência. Qual área? _____

() mestrado. Qual área? _____

() doutorado. Qual área? _____

* Questionário adaptado do projeto de pós-doutorado: "Transferência do conhecimento no uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos". Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Responsável: Profa. Dra. Marilda Moreira Christoffel.

7. Quanto tempo de experiência profissional?

Especificar: _____ anos.

8. Quanto tempo de experiência na área neonatal?

Especificar: _____ anos.

9. Há quanto tempo trabalha neste serviço?

Especificar: _____ anos.

III. DADOS PROFISSIONAIS**10. Qual seu turno de trabalho neste serviço?**☐ Manhã ☐ Tarde ☐ Noite ☐ Rodízio de períodos ☐ Plantonista**11. Qual sua carga horária semanal?**☐ menos 20h/sem. ☐ 24h/sem. ☐ 30h/sem. ☐ 36h/sem. ☐ mais de 36h/sem.**12. Você possui outros vínculos empregatícios? Quantos?**☐ Nenhum ☐ Um ☐ Dois ☐ Mais de dois**13. Neste outro vínculo de trabalho você trabalha na área neonatal?**☐ Sim ☐ Não. Especificar: _____**IV. QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL SOBRE A DOR NEONATAL****14. Quais fontes de informações você utiliza para se atualizar sobre a dor do recém-nascido? (Nessa questão você pode assinalar mais de uma resposta).**

- ☐ Nenhuma fonte
- ☐ Livros didáticos
- ☐ Artigos. Qual (ais) revista(s)? _____
- ☐ Orientação da chefia
- ☐ Aprendizado com outras colegas profissionais
- ☐ Cursos em eventos científicos
- ☐ Curso na própria instituição
- ☐ Protocolos existente na instituição
- ☐ Manual Ministério da Saúde
- ☐ Internet. Qual o site? _____
- ☐ Outros. Quais? _____

15. Você realizou algum treinamento sobre o tema dor do recém-nascido nos últimos 12 meses?☐ Não ☐ Sim Onde? _____**16. Você já recebeu alguma informação ou treinamento sobre como avaliar ou tratar a dor do recém-nascido?**

- a. ☐ nunca recebi informação a respeito
- b. ☐ já recebi no curso de graduação
- c. ☐ já recebi no curso de especialização
- d. ☐ já recebi no curso de mestrado/doutorado

- e. ☐ já, recebi em cursos
- f. ☐ já, recebi em congressos científicos
- g. ☐ já, recebi através de periódicos ou revistas
- h. outros. _____

17. Ao identificar que o recém-nascido apresentou dor durante a realização de um procedimento doloroso, que conduta você realiza em relação a este caso? (Nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta).

- a. ☐ não faz nada
- b. ☐ comunica a chefia
- c. ☐ discute com a equipe multiprofissional
- d. ☐ registra no prontuário
- e. ☐ utiliza alguma estratégia para alívio da dor. Qual (is)? _____

V. CONHECIMENTO PROFISSIONAL SOBRE O MANEJO DA DOR

18. Em sua opinião o recém-nascido sente dor?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

19. A dor no recém-nascido altera sinais fisiológicos como a Frequência Cardíaca (FC), a Frequência Respiratória (FR), a Temperatura (T), a Pressão Intracraniana (PIC) e a Saturação de O₂?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

20. A dor no recém-nascido altera sinais comportamentais como: a mimica facial, movimentos de braços, pernas e o choro?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

21. Você acredita que as reações à dor do recém-nascido podem ser alteradas pelo ambiente como ruídos e luminosidade?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

22. A avaliação da dor no recém-nascido deve ser contínua e a cada verificação dos sinais vitais?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

23. Você concorda que a avaliação da dor neonatal pode se dar SEM o uso de escalas?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

24. Existem escalas para a avaliação da dor em recém-nascidos?

☐ Não ☐ Não sei ☐ Sim. **Caso responda NÃO ou NÃO SEI pule para a questão nº26. Caso respondido SIM, descreva qual (is) escalas você conhece:** _____

25. O uso de escalas de dor neonatal é importante para a prática profissional?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

26. A anotação no prontuário do recém-nascido, da avaliação da dor é um pré-requisito para a implementação de um bom manejo da dor neonatal?

☐ Não ☐ Discordo parcialmente ☐ Não sei ☐ Concordo parcialmente ☐ Sim

27. O contato pele a pele na posição canguru é uma estratégia não farmacológicas para o alívio da dor durante a realização de procedimentos dolorosos?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

28. A sucção não nutritiva alivia a dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

29. O uso de sacarose a 25% alivia a dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

30. O leite materno e o aleitamento materno aliviam a dor do recém-nascido durante procedimentos dolorosos?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

31. A utilização de medidas comportamentais como postura, posicionamento, contenção facilitada, uso de ninhos e manipulação mínima prepara adequadamente recém-nascidos para procedimentos dolorosos?.

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

32. Você acha que a presença dos pais/família durante os procedimentos dolorosos é importante para minimizar a dor do recém-nascido?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

33. Você acredita que repetidos procedimentos dolorosos possam afetar e gerar consequências ao recém-nascido a pequeno, médio e longo prazo?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

34. Você acha importante tratar a dor do recém-nascido?

() Não () Discordo parcialmente () Não sei () Concordo parcialmente () Sim

Caso tenha respondido positivamente, descreva o pôrque: _____

35. Assinale quais os procedimentos listados abaixo que você considera doloroso para o recém-nascido:

- () Aspiração oral
- () Intubação traqueal
- () Retirada de adesivos (micropore, esparadrapos, placas de hidrocolóide)
- () Inserção de sonda gástrica ou enteral
- () Punção de calcâneo
- () Punção venosa
- () Punção arterial
- () Punção lombar
- () Injeção intramuscular ou subcutânea
- () Cateter de inserção periférica/ PICC
- () Retirada de cateter intravenoso
- () Extubação traqueal
- () Exame de fundo de olho

() Inserção cateter umbilical

() Drenagem de tórax

() Pós-operatório

() Outros : _____

VI. PRÁTICA PROFISSIONAL NO MANEJO DA DOR - MÉTOSOS NÃO FARMACOLÓGICOS

Responda as questões abaixo de acordo com as suas práticas profissionais:

36. Avalio a dor no recém-nascido após um procedimento doloroso e anoto em prontuário.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

37. Realizo apenas a sucção não nutritiva com dedo enluvado com luva de látex na punção de calcâneo e punção venosa periférica.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

38. Utilizo a sucção não nutritiva associada à sacarose a 25% na punção de calcâneo e punção venosa periférica.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

39. Administro a sacarose 25% antes de um procedimento considerado doloroso ao recém-nascido. (

) Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

Caso tenha respondido que sempre, sim ou às vezes especifique como (quantidade e quanto tempo antes do procedimento): _____

40. Utilizo o aleitamento materno para alívio da dor na punção de calcâneo, punção venosa periférica e/ou administração de injeção IM.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

41. Ofereço leite materno cru ou pasteurizado para o recém-nascido antes de realizar um procedimento doloroso.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

Caso tenha respondido que sempre, sim ou às vezes especifique como (quantidade e quanto tempo antes do procedimento): _____

42. Realizo o contato pele a pele na posição canguru em recém-nascidos que realizam a punção de calcâneo e/ou administração de injeção IM.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

43. Informo aos pais/familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

44. Solicito aos pais/familiares a promover medidas de conforto para o alívio da dor durante o procedimento.

() Nunca () Poucas vezes () Às vezes () Sim, na maioria das vezes () Sempre

45. Realizo o posicionamento e a contenção facilitada no recém-nascido antes de um procedimento doloroso.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

46. Discuto sobre os efeitos das estratégias utilizadas para o alívio da dor em procedimentos com outros profissionais de saúde.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

47. Realizo anotação no prontuário sobre a avaliação da dor neonatal aguda.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

48. Realizo anotação no prontuário sobre os procedimentos dolorosos que realizo no recém-nascido.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

49. Realizo anotação no prontuário das estratégias utilizadas para alívio da dor neonatal.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

50. Avalio a eficácia das estratégias não farmacológicas com a equipe e/ou a família e identifico mudanças no plano de cuidados diariamente.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

51. Observo que todos os recém-nascidos recebem intervenções não farmacológicas para o alívio da dor rotineiramente.

()Nunca () Poucas vezes ()Às vezes ()Sim, na maioria das vezes ()Sempre

OBRIGADO PELA SUA CONTRIBUIÇÃO!

APÊNDICE B – Questões para a entrevista semiestruturada

1. Gostaria que você me falasse um pouco sobre como você percebe na sua prática profissional o manejo da dor ao recém-nascido nesta instituição? CP: Quais os fatores facilitadores e dificultadores para o manejo adequado da dor nesta instituição?
2. Quando avaliar a dor neonatal?
3. Como avaliar a dor neonatal?
4. Por que avaliar a dor neonatal?
5. Em sua opinião, quais as mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor neonatal nesta instituição?
6. Que intervenção não farmacológica você usaria para aliviar a dor de seu filho e/ou parente próximo (RN) submetido à procedimentos dolorosos?
7. Me fale um pouco sobre o que você pensa sobre: o contato pele a pele na posição canguru, a sacarose e a amamentação no alívio da dor neonatal. CP: E o que você acha nestas medidas sobre a participação da mãe. Como você faz isso na instituição? Convida a mãe para a coleta?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Código: _____

Título da pesquisa: O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto - SP

Prezado Profissional de saúde,

Por meio deste termo, você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que se chama “O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto - SP”. Meu nome é Caroline Ramos de Oliveira, sou enfermeira desta instituição e aluna de mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Sou responsável por esta pesquisa, que está sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Adriana Moraes Leite, docente da EERP/USP.

Seu apoio e participação são muito importantes para a realização deste estudo, que tem o objetivo de identificar e descrever o conhecimento e as práticas dos profissionais de saúde referentes à avaliação e ao tratamento da dor neonatal. Para isso primeiramente, será aplicado um questionário de auto-preenchimento com questões objetivas o qual solicita dados pessoais como idade, instrução; dados profissionais como carga horária de trabalho e demais vínculos; dados específicos sobre procedimentos considerados dolorosos, identificação da dor, uso de instrumentos para mensurar a dor, uso de medidas para o tratamento da dor, processo de tomada de decisão na avaliação e tratamento da dor. E em seguida, **você poderá ou não** ser convidado para a segunda etapa da coleta de dados em que serão realizadas 7 perguntas abertas aos participantes como por exemplo: “Gostaria que você me falasse um pouco sobre como você percebe na sua prática profissional o manejo da dor ao recém-nascido nesta instituição? e Em sua opinião, quais as mudanças necessárias para melhorar o manejo da dor neonatal nesta instituição?”, por meio de uma entrevista a qual será gravada mediante sua autorização e, posteriormente, será transcrita e lida mostrada para conferência e aprovação da transcrição. O tempo para o preenchimento do questionário será de 20 minutos e da entrevista (caso seja um participante da segunda etapa) cerca de aproximadamente 20 minutos. A pesquisa será realizada nesta instituição na sala reservada para pesquisas e com apenas 1 encontro.

Informamos que, caso aceite participar da pesquisa os dados coletados serão mantidos sob nossa responsabilidade e garantimos que seu nome não será divulgado em nenhum momento, e você poderá aceitar ou não a participar da pesquisa. Os possíveis riscos do estudo se referem a alguns desconfortos que você pode ter no momento em que for responder ao questionário ou durante a entrevista, porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir em nenhum aspecto profissional. Sua participação será completamente voluntária, não havendo custo para você e nem pagamento pela sua participação.

Não haverá divulgação dos dados de forma pessoal às chefias desta instituição. Você terá a garantia de receber respostas a qualquer pergunta sobre este trabalho em qualquer momento, não somente durante a entrevista. Quando terminarmos esta pesquisa, os resultados finais serão divulgados em revistas científicas e apresentados em eventos científicos. Os resultados deste estudo irão contribuir para que a equipe de saúde desta maternidade busque novas alternativas que visem transformações no padrão de assistência para a melhoria da qualidade no manejo da dor neonatal.

Após todos os esclarecimentos, caso você concorde em participar, por favor, assine duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Se tiver alguma dúvida, poderá entrar em contato conosco a qualquer momento por meio do telefone (16) 9176-3740 ou procurar-nos na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Av. Bandeirantes, 3900 Bairro: Monte Alegre - Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902. Ou ainda poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP EERP/USP) que analisou e aprovou esta pesquisa, pois respeita as questões éticas necessárias para a sua realização. O CEP EERP/USP pode ser contatado pelo telefone (16) 3602-3386 e possui horário de funcionamento de segunda à sexta, das 8h às 17h.

Agradecemos a sua colaboração.

VERSO DO TCLE

Eu, _____, RG: _____, após receber o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ler e esclarecer todas as minhas dúvidas referentes à pesquisa "O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de enfermagem de uma maternidade de Ribeirão Preto - SP", AUTORIZO VOLUNTARIAMENTE a minha participação nas atividades desta pesquisa. Estou ciente de que posso desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, que não haverá custo para mim e nem pagamento pela minha participação, que os registros relativos a este trabalho serão utilizados dentro dos princípios éticos devidos e que nossos nomes não serão divulgados. Recebi uma via deste documento assinada pela pesquisadora responsável.

Participante
(Profissional)

Caroline Ramos de Oliveira
E-mail: carolramos52@hotmail.com
(Pesquisadora Responsável/Mestranda EERP/USP)

Ribeirão Preto, ____ de _____ de 201____.

Anexos

ANEXOS

ANEXO A – Documento de autorização para utilização de questionário modelo

Assunto: Re: Adaptação de questionário Marialda
De: Marialda Christoffel (marialdanit@gmail.com)
Para: carolzinha_ramos@yahoo.com.br;
Data: Domingo, 10 de Março de 2013 19:56

Ola Caroline

segue em anexo a versao que utilizei na coleta, pois ao longo do pos-doc realizamos algumas mudanças. qualquer duvida me envia e-mail. So vi sua mensagem hoje. com o temporal aqui fiquei um tempo sem internet.
Acho que poderia utiliza-lo todo.

bjos
boa sorte e espero que possamos comparar dados.
abraços

marialda
Em 7 de março de 2013 07:20, caroline ramos de oliveira
<carolzinha_ramos@yahoo.com.br> escreveu:

Bom dia Marialda e Thaíla,

Venho através deste fazer um pedido importante,
Gostaria solicitar o arquivo e a autorização para utilizar o questionário do pós doc da Marialda como norteador do questionário do meu projeto de mestrado, o qual trata-se de uma entrevista com os profissionais de saúde sobre seu conhecimento acerca dos métodos não farmacológicos de manejo da dor.

Já tive a oportunidade de entrar em contato com o questionário da Marialda através da Profa. Adriana Leite e encontrei algumas questões pertinentes e complementares sobre os métodos não farmacológicos para o manejo da dor e sobre a formação profissional.

Seguindo os princípios éticos e caso vocês autorizem irei citar o trabalho da Marialda e os autores/autora do questionário em meu estudo.
Obs: será apenas uma adaptação do questionário utilizando algumas questões.

Aguardo contato,
Grata,

Caroline Ramos de Oliveira - Mestranda EERP

ANEXO B – Autorização para coleta de dados na instituição

COMISSÃO DE PESQUISA [REDACTED]

Ref.: Projeto de Pesquisa: O manejo da dor neonatal na perspectiva da Equipe de Saúde de uma Maternidade de Ribeirão Preto – SP.

Nº 003/2013

Caroline Ramos de Oliveira

Prezado Pesquisador (a)

Informamos que o seu projeto foi avaliado pela Comissão de Pesquisa Clínica [REDACTED] dia 19/03/2013 e considerado **aprovado** para realização nessa instituição.

Lembramos que essa aprovação pressupõe o cumprimento das seguintes necessidades:

- 1- Apresentação do parecer do CEP antes do início da abordagem de potenciais sujeitos para o estudo
- 2- Apresentação de relatórios parciais (Anexo 3), semestralmente, indicando o andamento da pesquisa.
- 3- Apresentação de relatório final de pesquisa (Anexo 3) que deverá ser acompanhado de um resumo estruturado da mesma (uma lauda, contendo introdução, métodos, resultados e conclusões) para a documentação do projeto de pesquisa junto ao [REDACTED]
- 4- Todos os procedimentos relacionados ao projeto de pesquisa que não estejam dentro da rotina do serviço deverão ser realizados pela equipe do projeto, não se utilizando de funcionários da instituição.

Atenciosamente,

DRª. MARISA MÁRCIA MUSSI-PINHATA

Presidente da Comissão de Pesquisa [REDACTED]

[REDACTED]

ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 201/2013

Ribeirão Preto, 07 de Agosto de 2013.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 164ª Reunião Ordinária, realizada em 07 de agosto de 2013.

Protocolo CAAE: 14938113.7.0000.5393

Projeto: O Manejo da Dor Neonatal na Perspectiva da Equipe de Saúde de uma Maternidade de Ribeirão Preto - SP.

Pesquisadores: Adriana Moraes Leite
Caroline Ramos de Oliveira

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dr.ª. Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Adriana Moraes Leite

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP