UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

TAINE COSTA

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE CURITIBA/PR E REGIÃO METROPOLITANA

SÃO PAULO

2015

TAINE COSTA

CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DE CURITIBA/PR E REGIÃO METROPOLITANA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.ª Drª. Lisabelle Mariano Rossato

SÃO PAULO

2015

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.

Assinatura: _____

Data:___/____/___

Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca "Wanda de Aguiar Horta"
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Costa, Taine

Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana / Taine Costa. São Paulo, 2015.
154 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Lisabelle Mariano Rossato
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Dor. 2. Enfermagem neonatal. 3. Unidades de terapia intensiva. I. Título.

Nome: Taine Costa

Título: Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGE) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca examinadora

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedicatória

Aos meus queridos pais ***João Alceu Costa*** e ***Edevirgen do Rocio Bressan Costa***, pelo amor incondicional; por se dedicarem à minha formação pessoal e profissional; por apoiar sempre meus sonhos e participarem de todos os momentos da minha vida.

Ao meu irmão ***André Felipe Costa***, que me acompanhou nesta caminhada, partilhando de alegrias, expectativas, dúvidas e anseios.

Aos ***enfermeiros***, colegas de trabalho, que dividiram momentos de alegrias, ansiedades, incentivando-me nesta etapa tão importante e desafiadora.

Aos ***recém-nascidos*** internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal que ensinaram-me o valor de lutar pela vida.

Agradecimentos

À minha orientadora, Prof. Dra. ***Lisabelle Mariano Rossato***, pela dedicação e paciência que conduziu este estudo, sempre estimulando meu crescimento pessoal e profissional.

À Prof. Dra. ***Mariana Bueno*** e Prof. Dra. ***Amélia Fumiko Kimura***, pelo estímulo e sugestões em todo esse processo de construção da dissertação, principalmente, no Exame de Qualificação.

Às Prof. Dra. ***Denise Harrison*** e ***Bonnie Stevens,*** pelas contribuições oferecidas para enriquecimento deste trabalho durante as apresentações do projeto.

À Prof. Dra. ***Ana Maria Dyniewicz***, por despertar meu interesse pela pesquisa. Agradeço pela amizade e experiências partilhadas nessa caminhada.

Ao MSc ***Bernardo dos Santos***, pela assessoria estatística.

À ***Jucimara Bora Ramos***, pela cuidadosa revisão de Língua Portuguesa.

Ao ***Serviço de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo***, pelo incentivo na concretização desse trabalho.

Ao ***Hospital Infantil Waldemar Monastier,*** pela oportunidade da realização do mestrado.

À ***Equipe de Enfermagem da UTI Neonatal*** do Hospital Infantil Waldemar Monastier, agradeço pela amizade, pela convivência e superações nesta caminhada.

Aos ***hospitais participantes deste estudo,*** agradeço pela paciência e disponibilidade para a coleta de dados.

À minha avó, ***Santa Ignez Bressan***, pelo apoio, incentivo e carinho.

Às minhas tias ***Rosilda Maria Costa*** e ***Raquel do Rocio Costa,*** pelo incentivo e por possibilitarem minha permanência na cidade durante os estudos.

Às minhas primas ***Karen Costa Bianco*** e ***Elusa Costa***, pela amizade e momentos de descontração.

Às colegas de mestrado, ***Nathália Sposito, Mily Moreno*** e ***Danila Guedes***, pelo companheirismo durante esta fase.

À enfermeira ***Izabella Linha Secco***, pela amizade e ajuda na coleta dos dados.

Às enfermeiras ***Júnia Selma de Freitas*** e ***Caroline Baltazar Carsten dos Santos,*** pela colaboração na coleta de dados.

À acadêmica de enfermagem ***Tatiana Morgado Conte,*** pela configuração dos dados.

Ao doutorando ***Daniel Ignacio da Silva,*** pela contribuição na configuração final da dissertação.

A todos ***meus amigos*** que contribuíram para a elaboração, desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

“Onde estiver aquilo que você cuida e
protege, sem cansar, ali está o que
lhe é mais caro neste mundo”

(Rachel Carvalho)

Costa, T. Conhecimentos e práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMO

Introdução: A dor neonatal merece atenção diferenciada pelos profissionais de saúde, uma vez que os recém-nascidos (RNs) não se expressam verbalmente. A grande dificuldade existente para avaliar e tratar a dor em RNs internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) continua sendo uma preocupação para profissionais e pesquisadores da área. Nesse sentido, essa pesquisa tem como pergunta: Como se dão as práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs internados em UTINs de Curitiba (PR) e Região Metropolitana? **Objetivo geral:** Descrever o conhecimento e as práticas de manejo da dor do RN, empregadas por enfermeiros que atuam em UTINs. **Objetivos específicos:** Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RNs internados; caracterizar as estratégias não farmacológicas e farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados; verificar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros. **Metodologia:** Estudo transversal realizado em seis hospitais de Curitiba (PR) e Região Metropolitana que possuem UTIN com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a amostra do estudo foi constituída por 51 enfermeiros. A coleta de dados se deu por meio de questionários contendo informações a respeito da caracterização das unidades, um questionário referente ao perfil dos enfermeiros, formação, atuação e qualificação profissional e outro sobre conhecimentos e práticas do manejo da dor neonatal. A análise dos dados ocorreu pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 21.0) e o nível de significância adotado foi de 5%. **Resultados:** A maioria dos enfermeiros era mulheres com idade entre 20 e 30 anos e tempo de formação de 1 a 5 anos. Os profissionais responsáveis pela avaliação da dor do RN eram em sua maioria enfermeiros (84,3%), seguidos por técnicos (62,7%) e auxiliares de enfermagem (11,8%). A maioria dos enfermeiros concordou que os RNs são capazes de sentir dor, porém 34,7% afirmaram nunca utilizar escalas para avaliar a dor do RN. 98% dos enfermeiros concordaram que é importante registrar a dor no prontuário do RN, sendo a evolução e anotação de enfermagem os locais mais mencionados em que

ocorre o registro. As medidas não farmacológicas para alívio da dor neonatal assinaladas pelos enfermeiros foram: glicose oral, sucção não nutritiva, posicionamento, ninho, diminuição de estímulos auditivos, método canguru, toque, diminuição de estímulos visuais, contenção, aleitamento materno, massagem e musicoterapia. O Paracetamol e o Fentanil foram as medidas farmacológicas mais assinaladas pelos enfermeiros, seguidos pela Morfina, Codeína, Midazolam, Hidrato de Cloral e Lidocaína. **Conclusões:** Os enfermeiros conhecem as medidas farmacológicas e não farmacológicas para alivio da dor neonatal, porém a prática difere dos conhecimentos apresentados por não utilizarem estas medidas para alívio da dor em RNs.

PALAVRAS-CHAVE: Manejo da dor. Enfermagem Neonatal. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Costa, T. Knowledge and practices of assessment and treatment of pain in newborns admitted to neonatal intensive care units in Curitiba / PR and the metropolitan area [dissertation]. São Paulo: School of Nursing, University of São Paulo; 2015.

ABSTRACT

Introduction: The neonatal pain needs special attention by health professionals, because newborns don't verbalize. The large difficulty to assess and treat pain in newborns admitted in Neonatal Intensive Care Units (NICU) is a big concern for professionals and researchers. For this reason, this research has the question: What are the evaluation practices and treatment of pain in newborns admitted to NICUs in Curitiba (PR) and metropolitan area? **General aim:** To describe the knowledge and practices about newborns' pain relief employed by nurses that work in NICUs. **Specifics aims:** To verify the knowledge of nurses on the management of hospitalized newborns' pain, to characterize the pharmacological and non-pharmacological strategies used by nurses to control hospitalized newborns' pain and identify the ways of registration of the evaluation and treatment of pain held by nurses. **Methodology:** Cross-sectional study that occurred in six hospitals in Curitiba, Paraná State and metropolitan area that have NICU with care by the Unified Health System. The study sample consisted of 51 nurses. The data collection was through questionnaires containing information about the characterization of the units, a questionnaire relating to the profile of nurses, education, experience and professional qualifications and another questionnaire about knowledge and practices of management of neonatal pain. Analysis of the data was the Statistical Package for Social Sciences (SPSS - version 21.0) and the significance level was 5%. **Results:** The majority of nurses are women, the ages are between 20 and 30 years and 1-5 years of graduation. The professionals responsible for newborns' pain assessment are mostly nurses (84.3%), followed by technicians (62.7%) and nursing assistant (11.8%). Most of the nurses agree that newborns are capable of feeling pain, but 34.7% reported never using scales to assess newborns' pain. 98% of the nurses agree that is important to register the pain on newborn' s chart record, being the evolution and nursing note the most mentioned places where the registration takes place. The non-pharmacological measures to relieve neonatal pain marked by nurses were: oral glucose, non-nutritive sucking, positioning, nest, decreased auditory stimuli, kangaroo method, touch, decreased visual stimuli, containment,

breastfeeding, massage and music therapy. Paracetamol and Fentanyl were the pharmacological measures more marked by nurses, followed by Morphine, Codeine, Midazolam, Chloral Hydrate and Lidocaine. **Conclusions:** The nurses know the pharmacological and non-pharmacological measures to relief neonatal pain, but the practice differs from the knowledge shown because they do not use these measures to relief pain in newborns.

KEYWORDS: Pain management. Neonatal nursing. Neonatal intensive care units.

Costa, T. Conocimientos y prácticas de evaluación y tratamiento del dolor en recién nascidos internados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal de Curitiba/PR y Región Metropolitana [disertación]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2015.

RESUMEN

Introducción: El dolor neonatal merece atención diferenciada por los profesionales de salud, una vez que los recién nascidos (RN) no se expresan verbalmente. La grande dificultad existente para evaluar y tratar el dolor en RNs hospitalizados en Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN) continúa siendo una preocupación para profesionales e investigadores del área. En ese sentido, esta investigación tiene como pregunta: Como se dan las prácticas de evaluación y tratamiento del dolor en RNs hospitalizados en UCINs de Curitiba (PR) y Región Metropolitana? **Objetivo general:** Describir el conocimiento y las prácticas de manejo del dolor del RN empleadas por enfermeros que actúan en UCINs. **Objetivos específicos:** Verificar el conocimiento de los enfermeros sobre el manejo del dolor de RNs hospitalizados; caracterizar las estrategias no farmacológicas y farmacológicas adoptadas por los enfermeros para el control del dolor de RNs hospitalizados; verificar la forma de registro del la evaluación y del tratamiento del dolor realizado por los enfermeros. **Metodología:** Estudio transversal que ocurrió en seis hospitales de Curitiba, Estado del Paraná y Región Metropolitana que poseen UCIN con atendimiento por el Sistema Único de Salud (SUS), la muestra del estudio fue constituida por 51 enfermeros. La recolección de dados se dió por medio de cuestionarios conteniendo informaciones al respecto de la caracterización de las unidades, un cuestionario referente al perfil de los enfermeros, formación, actuación y cualificación profesional y otro sobre conocimientos y prácticas del manejo del dolor neonatal. El análisis de los datos ocurrió por el *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versión 21.0) y el nivel de significancia adoptado fue de 5%. **Resultados:** La mayoría de los enfermeros era mujer con edad entre 20 y 30 años y tiempo de formación de 1 a 5 años. Los profesionales responsables por la evaluación del dolor del RN eran en su mayoría enfermeros (84,3%), seguidos por técnicos (62,7%) y auxiliares de enfermería (11,8%). La mayoría de los enfermeros concuerdaran que los RNs son capaces de sentir dolor, sin embargo 34,7% afirmaron nunca utilizar escalas para evaluar el dolor del RN. 98% de los enfermeros

concuerdaran que es importante registrar el dolor en la historia clínica del RN, siendo la evolución y nota de enfermería los locales más mencionados en que ocurre el registro. Las medidas no farmacológicas para alivio del dolor neonatal marcadas por los enfermeros fueron: glucosa oral, succión no nutritiva, posicionamiento, nido, disminución de estímulos auditivos, método canguro, toque, disminución de estímulos visuales, contención, lactancia materna, masaje y musicoterapia. El Paracetamol y el Fentanil fueron las medidas farmacológicas más marcadas por los enfermeros, seguidos por la Morfina, Codeína, Midazolam, Hidrato de Cloral y Lidocaína. **Conclusiones:** Los enfermeros conocen las medidas farmacológicas y no farmacológicas para alivio del dolor neonatal, sin embargo la práctica difiere de los conocimientos presentados por no utilizar estas medidas para alivio del dolor en RNs.

PALABRAS-CLAVE: Manejo del dolor. Enfermería Neonatal. Unidades de Cuidado Intensivo Neonatal.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana segundo o tempo de formação. Curitiba, 2015. (N=51) ... **50**

Tabela 2 - Regime de trabalho dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **51**

Tabela 3 - Carga horária semanal de trabalho dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **53**

Tabela 4 - Fontes de informação sobre dor neonatal utilizadas por enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **53**

Tabela 5 - Intervalos de avaliação da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **55**

Tabela 6 - Locais de registro da avaliação da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **56**

Tabela 7 - Medidas farmacológicas empregadas pelos enfermeiros para o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **57**

Tabela 8 - Medidas não farmacológicas empregadas pelos enfermeiros para o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **58**

Tabela 9 - Conhecimentos dos enfermeiros sobre o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **63**

Tabela 10 - Práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **71**

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificação das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana em pública, mista, canguru e amigo da criança. Curitiba, 2015. (N=6) **46**

Gráfico 2 - Caracterização das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana segundo o número de leitos e média de internação. Curitiba, 2015. (N=6) **47**

Gráfico 3 - Distribuição do número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **48**

Gráfico 4 - Distribuição do número de profissionais por leito das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **49**

Gráfico 5 - Distribuição dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana segundo idade. Curitiba, 2015. (N=51) **50**

Gráfico 6 - Formação complementar dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **51**

Gráfico 7 - Tempo de experiência total, tempo de experiência em UTIN e tempo de experiência na UTIN onde foi realizada a pesquisa. Curitiba, 2015. (N=51) **52**

Gráfico 8 - Escalas da dor utilizadas nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **55**

Gráfico 9 - Conduta realizada pelos enfermeiros quando a escala da dor não é utilizada nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **56**

Gráfico 10 - Conduta realizada pelos enfermeiros quando a escala da dor é utilizada nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51) **57**

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 20
1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO 21
1.2 REVISÃO DE LITERATURA 22
1.2.1 A dor do recém-nascido 22
1.2.2 Avaliação da dor neonatal 27
1.2.3 Tratamento da dor neonatal 30
1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 36
2. OBJETIVOS 37
2.1 OBJETIVO GERAL 38
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 38
3. METODOLOGIA 39
3.1 TIPO DE ESTUDO 40
3.2 LOCAL DA COLETA DE DADOS 40
3.3 OS PARTICIPANTES 40
3.4 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS 41
3.5 ASPECTOS ÉTICOS 42
3.6 ANÁLISE DOS DADOS 43
4. RESULTADOS 44
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UTINS 46
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES 49
4.3 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO MANEJO DA DOR NEONATAL 58
5. DISCUSSÃO 73
6. CONCLUSÃO 102
REFERÊNCIAS 105
APÊNDICES 119
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – coordenador 120
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – enfermeiro 121
APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DAS UTINs 122
ANEXOS 123

ANEXO A – PERFIL DOS ENFERMEIROS 124
ANEXO B - CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NO MANEJO DA DOR NEONATAL 127
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP 133
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA 136
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE 139
ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ 144
ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON 147
ANEXO H – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA 152
ANEXO I – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA 153

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Sou Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Evangélica do Paraná desde 2006, especialista em Terapia Intensiva pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná e durante a graduação me interessei pela área pediátrica. Minha primeira experiência profissional foi no setor da UTI cardíaca, no Hospital Pequeno Príncipe, (referência em atendimento infantil em todas as áreas), local onde o aprendizado me proporcionou a aproximação e a paixão pela pediatria. Neste setor, a convivência diária com a dor de crianças no pós-operatório de cirurgia cardíaca, suscitou-me a necessidade de maior conhecimento na área, visando o manejo da dor infantil.

Depois disso, trabalhei como supervisora noturna no Hospital Vita Batel, com adultos. Nesta mesma época era concursada pela prefeitura de Curitiba, sendo minha área a Vigilância Sanitária e, posteriormente, Unidade de Atendimento 24h. Neste período longe das crianças pude perceber a falta que me faziam e não estava contente com este distanciamento.

Prestei Concurso Estadual e, em 2010, assumi como enfermeira assistencial da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Infantil Waldemar Monastier/PR, onde tenho vínculo atualmente, sentindo-me realizada trabalhando novamente com crianças, especificamente com recém-nascidos. Nesta instituição, com o apoio do Núcleo de Estudos, Ensino e Pesquisa (NEEPS), desenvolvo pesquisas relacionadas a minha unidade junto aos colegas do setor.

O fato de trabalhar com recém-nascidos e de verificar as inúmeras intervenções dolorosas a que são submetidos diariamente e a necessidade de melhoria na avaliação e alívio da dor desses clientes na unidade em que atuo, provocaram-me a busca pelo aprofundamento da temática em questão. A inquietação de saber qual o conhecimento dos enfermeiros e manejo da dor neonatal em diferentes unidades de Curitiba e Região Metropolitana, levou-me à pós-graduação s*tricto sensu,* nível mestrado na Escola de Enfermagem da USP, sob orientação da professora Lisabelle Mariano Rossato.

Ao explorar o manejo da dor nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dessa região, temos um panorama sobre a dinâmica da avaliação e tratamento da dor pelos enfermeiros e a importância dessas ações no desenvolvimento dos recém-nascidos.

1. INTRODUÇÃO

1.INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO DO ESTUDO

A dor em recém-nascidos (RNs) foi por muito tempo subestimada, levando algumas vezes, à iatrogenias. Atualmente, devido ao avanço tecnológico e do conhecimento, sabe-se que os RNs são capazes de sentir e anunciar sua dor. Desse modo, os profissionais precisam estar atualizados sobre os métodos de controle, avaliação e tratamento da dor neonatal, visando um cuidado integral e humanizado aos RNs internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs).

O manejo da dor nas UTINs é algo complexo e desafiador devido sua subjetividade. Os RNs e lactentes são incapazes de verbalizar sua dor, logo, a avaliação depende da observação constante dos profissionais e seu controle envolve estudos e intervenções contínuas atreladas às estratégias de humanização da assistência (Oliveira, 2010).

Portanto, a dor no RN deve ser valorizada como o quinto sinal vital, sendo avaliada de maneira sistematizada e tratada mediante protocolos previamente estabelecidos (Silva et al., 2007), visto que seu alívio é um direito e necessidade do cliente (Sudário, Dias, Sanglard, 2011).

Tanto os profissionais envolvidos no cuidado à dor pediátrica e neonatal, quanto pesquisadores deste tema, necessitam compreender os aspectos fisiológicos, comportamentais, afetivos, cognitivos e culturais em que ela se manifesta, para fornecerem uma assistência adequada (Pölkki et al., 2010). O conhecimento sobre os instrumentos de sua mensuração e as intervenções possíveis devem ser aplicadas levando-se em consideração a especificidade de cada situação (Linhares, Doca, 2010).

Como enfermeira atuante em UTIN deparo-me diariamente com procedimentos dolorosos a que os RNs são submetidos durante o período de internação, sem que haja intervenções eficazes para seu alívio, fato que despertou-me o interesse em pesquisar o manejo da dor em diferentes UTINs.

A busca pela literatura foi realizada para que fundamentasse e respondesse às questões sobre o conhecimento e manejo da dor em RNs. Assim, foram acessadas publicações das bases de dados eletrônicas: LILACs, BIREME,

PUBMED, SCIELO e COCRHANE. Os descritores utilizados para o estudo bibliográfico foram: P*ain, Infant, Newborn, Pain measurement, Intensive care unit, neonatal, neonatal nursing*, isolados ou combinados.

1.2 REVISÃO DE LITERATURA

1.2.1 A dor do recém-nascido

A International Association for the Study of Pain (IASP) em 1979, definiu a dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tissular real ou potencial, sendo que cada indivíduo a descreve conforme suas próprias experiências. Neste mesmo ano, houve destaque aos processos neurais sobre as ações límbicas e corticais que mediavam a dor no adulto (IASP, 1979).

Pelo fato da definição anterior não mencionar indivíduos com impossibilidade de verbalização, como os recém-nascidos, Anand e McGrath (1993) a consideraram incompleta. Assim, em 1994, a definição anterior foi complementada com a informação de que a ausência de comunicação verbal não impede que os indivíduos sintam dor e necessitem de tratamento (Anand, Craig,1996; IASP, 2008).

A partir da década de 80 pesquisas foram desenvolvidas sobre a dor neonatal, incluindo também, a necessidade de analgesia nessa população (Anand, Hickey, 1987). Antes disso, a dor neonatal foi desconsiderada, pois acreditava-se que as vias nervosas dos RNs não eram mielinizadas o suficiente para transmitir estímulos dolorosos e que a função cortical não era integrada (Hockenberry, Wilson, Winkelestein, 2006).

Vale ressaltar que o sistema nervoso humano é complexo, sendo dividido em central, periférico e autônomo. Origina-se da placa neural que forma as pregas neurais, tubo neural e crista neural que se diferenciam e formam todo o sistema nervoso. Esta formação inicia-se na quarta semana gestacional, completando-se durante o primeiro ano pós natal com a mielinização completa (Moore, Persaud, 2000).

Portanto, em estágios precoces do desenvolvimento, o feto já percebe e processa estímulos, sendo que as terminações nervosas sensitivas surgem a partir da 7ª semana de gestação na região perioral e por volta da 22ª-29ª semana de

gestação em toda a superfície corporal. Porém, pode haver resposta exacerbada de dor mesmo com estímulos subliminares, pois no início do desenvolvimento as fibras nervosas são sobrepostas e criam redes de hiperexcitabilidade (Marter, Pryor, 2010).

A partir de 23 semanas de idade gestacional, o feto possui a capacidade de resposta ao estresse. Estímulos dolorosos e estressantes levam a respostas fisiológicas como aumento das catecolaminas, taquicardia, hipertensão arterial e hipertensão craniana. A persistência de estímulos dolorosos por horas ou dias, como ocorre durante internamentos, enfraquece ou desativa a resposta do sistema nervoso simpático ofuscando sinais de dor e desconforto (Marter, Pryor, 2010).

O desenvolvimento neurológico, emocional e cognitivo pode ser afetado devido à exposição precoce à dor. A dor crônica, o estresse e estímulos dolorosos repetidos podem alterar a diferenciação do sistema nervoso central afetando o desenvolvimento cerebral da criança (Anand, Phil, Carr, 1989). Durante a infância, principalmente no primeiro ano de vida, as vias nociceptivas estão em desenvolvimento, desse modo, procedimentos dolorosos podem danificar a estrutura cerebral e o sistema nervoso periférico. Além disso, afetam a percepção da dor e seus limiares, podendo haver alterações de comportamento, cognição, dificuldade de atenção e concentração observados na idade escolar (Okada, Teixeira, 2003).

É importante resaltar que são as UTINs, equipadas com tecnologias complexas, equipe multiprofissional e recursos humanos especializados que dão suporte para a redução da mortalidade neonatal, existindo cada vez mais sobrevida de recém-nascidos pré-termo (RNPTs) e de baixo peso ao nascimento. Porém, ao mesmo tempo em que o ambiente da UTIN constitui-se em cuidado especial e de proteção ao RN, também proporciona estímulos dolorosos, estressantes e de desconforto (Grunau, Holsti, Peters, 2006; Minuzzi et al., 2008). A UTIN não é somente estressante para o RN, mas também para familiares e profissionais de saúde, devido a exposições sonoras, luminosas, manipulação excessiva e procedimentos dolorosos (Chiodi et al., 2012).

Os RNs, com idade gestacional e pesos cada vez mais baixos, permanecem por mais tempo em hospitalização, necessitando de inúmeras intervenções dolorosas (Nicolau, Falcão, 2010; Souza, Stopíglia, Baracat, 2009) sendo assim, a UTIN acarreta estimulação ambiental excessiva comparada aos estímulos recebidos intra- útero (Johnston, Fernandes, Campbell-Yeo, 2011).

Os RNs são submetidos há, aproximadamente, seis procedimentos dolorosos por dia nas primeiras semanas de internação na UTIN, podendo chegar a dezoito (Gaspardo et al., 2008). Segundo revisão de literatura realizada em 2008 por Rocha e Rossato, verificou-se, em tais estudos (Dittz, Malloy-Diniz, 2006; Frank, 2002; Guinsburg, 1996; Prestes et al., 2005; Reichert, Silva; Oliveira, 2000; Scochi et al., 2001) que um RN internado pode receber até 150 procedimentos dolorosos, o que pode contribuir para o aumento de complicações, prejudicando seu crescimento e desenvolvimento.

Estudo realizado por Carbajal et al. (2008) com 8 UTINs (309 RNs) e 5 Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), com 121 crianças, apresentou dados referentes a procedimentos dolorosos, estressantes e de desconforto, além do uso de medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Foram identificados durante um mês e meio 60.969 procedimentos primários e 11.546 procedimentos que necessitaram ser repetidos. O número máximo de procedimentos por RN foi de 613 sendo que 364 destes foram procedimentos dolorosos, numa média de 12 procedimentos dolorosos e 16 procedimentos estressantes por dia. Dos 42.413 procedimentos dolorosos analisados, em 2,1% foram utilizados terapia farmacológica isolada; em 18,2% utilizou-se medidas não-farmacológicas e em 0,4% foram administradas medidas farmacológicas e não-farmacológicas combinadas. Porém, em 79,2% dos procedimentos dolorosos não houve uso de nenhum tipo de analgesia e em 34,2% os procedimentos foram realizados enquanto o RN recebia analgesia ou anestesia por outras razões. Os procedimentos mais comuns foram aspiração nasal (12. 269), aspiração traqueal (9.883), lancetagem de calcâneo (8.396), remoção de adesivos (5.376), inserção de sonda gástrica (1.037), punção venosa (757), punção arterial (755), seguidos de outros procedimentos.

A seguir, são apresentados estudos que demonstram diferentes consequências nocivas aos RNs submetidos a repetidos procedimentos dolorosos durante o período de hospitalização.

Brummelte et al. (2012), demonstrou que a exposição de RNPT à dor durante a internação junto ao acelerado desenvolvimento cerebral na fase neonatal é prejudicial. Neste estudo foram analisados 86 RNs com idade gestacional entre 24-32 semanas, que foram submetidos à primeira ressonância magnética tridimensional em média com 32,1 semanas e, à segunda aproximadamente, 40 semanas. Com as imagens, foram calculadas as perdas de massa cerebral comparadas ao número de

intervenções dolorosas de cada RN. Concluiu-se que a dor em RNPT leva à perda de microporções de massa cerebral.

Um estudo canadense (Grunau et al., 2009) avaliou o *score* cognitivo e motor aos 8 e 18 meses de RNPT e de recém-nascido a termo (RNT). Constatou-se que o maior número de procedimentos dolorosos desde o nascimento até a idade a termo predispõe em menor desenvolvimento cognitivo e motor. A dor e o estresse advindos de procedimentos repetitivos na idade neonatal associam-se com o baixo desenvolvimento neurológico nos primeiros dois anos de vida.

Ranger et al. (2013) desenvolveram uma pesquisa com 42 crianças de 7 anos de idade que nasceram prematuramente. Foram utilizadas imagens de ressonância magnética com a finalidade de estudar os efeitos do estresse relacionado à dor neonatal no desenvolvimento neurológico. Os resultados mostraram que esta relação pode ser um fator que influencia o desenvolvimento da atividade cortical, a qual desempenha um papel importante na geração de cognição e percepção, principalmente habilidades visual-perceptivas na idade escolar, o que também evidencia os efeitos nocivos no neurodesenvolvimento infantil.

Uma pesquisa com 96 RNPTs e 49 RNTs (grupo controle) com o objetivo de investigar a relação entre a dor neonatal e o comportamento de internalização aos 18 meses de idade corrigida em crianças nascidas prematuramente, mostrou que os RNPT apresentaram menor nível cognitivo e demonstraram maiores comportamentos de internalização (ansiedade/depressão) nesta fase. Isto ocorreu, pois foram expostos a alto número de procedimentos dolorosos. Desse modo, a dor neonatal relacionada ao estresse pode contribuir para alteração de microestruturas cerebrais em RNPT, podendo alterar o processo de informação ambiental durante a infância. A idade gestacional, severidade da doença, dias de ventilação mecânica, dor neonatal e exposição à morfina aumentaram os comportamentos de internalização aos 18 meses. Portanto, a necessidade e frequência de procedimentos dolorosos nas UTINs devem ser avaliadas com o objetivo de reduzir a exposição desnecessária à dor (Vinall et al., 2013).

Doesburg et al. (2013), conduziu um estudo em que se verificou o estresse relacionado com a dor neonatal, a atividade da função cortical e a habilidade da percepção visual em crianças de idade escolar que nasceram com idade gestacional extremamente baixa. Foram analisados 54 RNs: 22 com idade gestacional entre 24 e 28 semanas e 32 com idade gestacional entre 28 e 32 semanas, sendo que o

grupo controle foi composto por 25 RNTs. Cada criança foi submetida à encefalografia magnética por 2 minutos e os resultados mostraram que os dois grupos divergiram e estão relacionados com a maturidade no momento do nascimento. O exame demonstrou ainda, que a atividade espontânea neuromagnética foi atípica somente no grupo dos RNs com menor idade gestacional, estando associada com o estresse relacionado à dor neonatal. A dor e o estresse estão associados com a alteração da estrutura e desenvolvimento funcional do cérebro durante o período neonatal, o que reflete, portanto, um importante passo no mapeamento dos efeitos do cuidado clínico e o neurodesenvolvimento dos RNs.

Outro estudo desenvolvido com 101 crianças em idade escolar (sete anos), nascidas prematuramente, avaliou a etiologia da dor neonatal no desenvolvimento neurológico. Entre as crianças não ventiladas, o maior número de procedimentos dolorosos foi associado à menor idade gestacional de nascimento e maior gravidade da doença. Entre os RNs em ventilação mecânica, além do maior número de procedimentos dolorosos e menor idade gestacional, também foi relacionado à maior gravidade da doença, exposição à morfina, número de cirurgias e dias em ventilação mecânica (Ranger et al., 2014). Desse modo, a dor neonatal cumulativa e a exposição à morfina contribuíram para internalização de comportamentos em crianças em idade escolar nascidas prematuramente. O estudo sugere ainda que a morfina pode ter uma relação positiva com a expressão da dor neonatal, mas também uma associação negativa com comportamentos de internalização que aparecem tardiamente no desenvolvimento infantil (Ranger et al, 2014).

A avaliação do peso e do perímetro cefálico de 78 RNPTs foi verificada em estudo desenvolvido por Vinall et al. (2012) e os resultados mostraram que o tempo de exposição a procedimentos dolorosos estão associados ao atraso tanto no crescimento corporal quanto no perímetro cefálico.

Em outra análise, através de lancetagem de calcâneo de rotina, foi coletado amostra de 64 RNs para verificação dos níveis do produto avançado da oxidação de proteínas e concentração de hidroperóxido total. Foi observado que não houve mudanças nos níveis de RNs com pouca ou nenhuma dor, porém em RNs com alta taxa de dor, os níveis aumentaram significantemente. Pequenos procedimentos como lancetagem de calcâneo podem alterar os níveis do produto avançado da oxidação de proteínas e concentração de hidroperóxido total aumentando então, o

estresse oxidativo. Portanto, a dor traz riscos clínicos aos RNs, alterando a integridade cerebral e aumentando a pressão intracraniana (Bellieni, et al., 2009).

Nesse sentido, a dor precisa ser avaliada, por exercer impacto negativo no desenvolvimento do RN, afetando seu mecanismo de reatividade-regulação. Assim, a utilização de intervenções para seu alívio bem como do estresse é de extrema importância, pois visa à proteção neurológica do RN (Klein, Gaspardo, Linhares, 2011).

Todavia, na prática, encontram-se limitações para o alívio da dor, por não haver um biomarcador confiável e uma escala padrão ouro para quantificar a intensidade da dor. Existem mais de 30 escalas de avaliação de dor em RNs, porém nenhuma delas é específica ou demonstrou superioridade (Arias, Guinsburg, 2012). Apesar disso, novas escalas de avaliação da dor e de procedimentos dolorosos ainda continuam sendo construídas e validadas (Lundqvist et al.,2014; Milesi et al., 2010; Schiavenato et al., 2013).

Vale ressaltar que os RNs manifestam a dor de maneira diferente do que em outras faixas etárias, pois não possuem a capacidade de expressar-se verbalmente, merecendo uma atenção diferenciada (Lucena, 2013).

1.2.2 Avaliação da dor neonatal

Segundo a American Academy of Pediatrics (AAP) (2006) a escala mais apropriada para a avaliação da dor neonatal deve ser multidimensional, que inclui parâmetros fisiológicos (alterações na frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão sanguínea, saturação, tônus vagal, sudorese palmar e concentração de cortisol plasmático ou catecolaminase) e parâmetros comportamentais (alterações na expressão facial, movimentos corporais e o choro, porém estes podem estar ausentes em pacientes sedados ou com lesões neurológicas).

As escalas mais utilizadas para avaliar a dor no período neonatal são: Neonatal Infant Pain Score (NIPS) (Lawrence et al.,1993), Premature Infant Pain Profile (PIPP) (Stevens et al., 1996) e Crying, Requires oxigen for saturation above 90%, Incresed vital signs, Expression, Sleep (CRIES) (Krechel, Bildner, 1995).

- NIPS – Escala de Dor no Recém-Nascido e no Lactente: adaptada da escala de dor CHEOPS é utilizada para avaliar a dor em RNPT e RNT sendo composta por cinco indicadores comportamentais e um fisiológico (avaliação da expressão facial,

choro, padrão respiratório, movimentos dos braços e pernas e estado de consciência). É empregada em intervalos de um minuto antes, durante e após o procedimento doloroso e a pontuação igual ou superior a três indica dor (Lawrence et al.,1993; Motta, 2013).

- PIPP – Escala Perfil de Dor do Prematuro: é uma escala multidimensional que leva em conta a idade gestacional do RN. Foi desenvolvida para avaliar a dor derivada de procedimentos e dor pós-operatória. É composta por sete parâmetros (idade gestacional, estado de vigília, frequência cardíaca, taxa de saturação de oxigênio no sangue e três parâmetros de expressão facial: testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial). Cada indicador recebe pontuações entre zero e três. Pontuações iguais ou menores que seis indicam a ausência de dor ou dor mínima e valores iguais ou maiores que 12 indicam a presença de dor moderada ou intensa (Ballantyne et al., 1999; Stevens et al., 1996).

- CRIES - Choro, necessidade de oxigênio para manter a saturação maior que 90%, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, expressão facial e ausência de sono. Foi criada nos EUA, com o objetivo de avaliar a dor em RNs no pós-operatório. Tal escala avalia cinco parâmetros fisiológicos e comportamentais (choro, necessidade de oxigênio para manter a saturação maior que 90%, aumento dos sinais vitais, expressão facial e estado de alerta/sono). Esta escala deve ser utilizada a cada duas horas, nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso, e a cada quatro horas, após mais um ou dois dias, com pontuação máxima de dez, em que escore igual ou maior que cinco deve ser considerado como indicativo de dor, havendo necessidade de analgesia (Krechel, Bildner, 1995).

Embora a literatura apresente diversas escalas para avaliação da dor neonatal, muitos profissionais não as utilizam, dificultando a avaliação precisa e, muitas vezes, não tomando condutas para seu alívio.

Apesar de existir conhecimento técnico sobre o manejo da dor do RN, o qual inclui avaliação e tratamento, a prática desse cuidado não é uma realidade em todas as UTINs, o que prejudica a qualidade da assistência. O enfermeiro necessita de bases científicas para que a avaliação da dor do RN seja fidedigna, deixando de lado o empirismo e o subtratamento (Falcão et al., 2012).

Pesquisa com 15 enfermeiras descreveu que 33% das participantes utilizavam apenas medidas não-farmacológicas para alívio da dor neonatal e 67% faziam uso também de medidas farmacológicas em combinação, sendo que todas

acreditavam que o RN sente dor. Mencionaram como principais medidas não-farmacológicas o conforto, a busca da causa da dor, o exame físico detalhado, a massagem, a diminuição da manipulação, o cantarolar, o aconchego da mãe, o posicionamento, a mudança de decúbito, a proteção da luz, diminuição do barulho, a sucção não-nutritiva, administração de sacarose, realização de acolhimento, minimização da dor, acalmar o RN, manter o RN aquecido, fornecer colo e pedir ajuda de outro profissional para realização de procedimentos invasivos. Apenas uma enfermeira afirmou utilizar escala para avaliação da dor do RN; 2,93% avaliam através de alterações comportamentais e 7% por meio de alterações comportamentais e fisiológicas. O parâmetro fisiológico citado foi somente a queda da saturação de oxigênio e os comportamentais foram choro, irritabilidade, hiperextensão dos membros, expressão da face e gemido à manipulação (Presbytero, Costa, Santos, 2010).

A avaliação da dor sem o uso de escalas pode interfer tanto no processo de enfermagem como na qualidade do atendimento prestado ao RN. A ausência de um protocolo de avaliação da dor também dificulta a adoção da escala. Apesar da identificação e promoção de medidas terapêuticas para aliviar a dor do RN, as enfermeiras não estão envolvidas, permanecem avaliando com critérios particulares, sem evidências científicas (Presbytero, Costa, Santos, 2010).

Um outro estudo com profissionais de enfermagem, sendo 13 enfermeiros e 15 técnicos de enfermagem mostrou que apesar de todos os participantes responderem que os RNs sentem dor, a maior parte afirmou que a dor do RN é igual à de adultos. Os profissionais percebem a dor mediante alterações comportamentais (o choro, expressão facial, resposta motora e irritabilidade) e fisiológicas dos RNs (alterações dos sinais vitais). Entre os procedimentos dolorosos realizados na unidade os mais citados foram: punção venosa, coleta de exames, glicemia capilar, retirada de fitas adesivas da pele, aspiração traqueal, manipulação excessiva, curativos, flebotomias, drenagem de tórax, pequenas cirurgias, procedimentos médicos em geral, entre outros (Veronez, Corrêa, 2010).

A ausência de protocolo de manejo da dor neonatal é verificada quando alguns profissionais afirmaram a não utilização de medidas preventivas para alívio da dor na UTIN, sendo que cada um avalia a dor do RN subjetivamente. Algumas medidas não-farmacológicas foram citadas: conforto, carinho, colo, enrolamento, sucção não-nutritiva, diminuição de barulhos e luzes, toque, glicose oral. Em relação

às medidas farmacológicas os profissionais afirmam que solicitam ao médico a prescrição de analgésicos. O treinamento da equipe assistencial para uniformização de medidas adotadas no manejo da dor neonatal faz-se necessária, juntamente com implantação de escalas para avaliação da dor (Veronez, Corrêa, 2010).

Já a equipe de enfermagem participante do estudo de Ribeiro e Couto (2011), conhece e sabe identificar e caracterizar os sinais de dor. Assim, a identificação e avaliação da dor são ferramentas importantes para o cuidado com RN hospitalizado.

Infelizmente, pouca ou nenhuma atenção é dada ao fenômeno da dor neonatal nas UTINs. Por mais que ocorra avanço tecnológico e científico nesta área como a criação de instrumentos de avaliação da dor, conhecimento de medidas de seu alívio no período neonatal e dos malefícios causados por ela, ainda assim, encontram-se muitas falhas no manejo da dor neonatal (Rodrigues, Silva, 2012).

1.2.3 Tratamento da dor neonatal

Para o tratamento da dor em RNs hospitalizados nas UTINs, são empregadas medidas farmacológicas e não-farmacológicas. Segundo a AAP (2006), o uso dessas medidas para a terapêutica da dor neonatal, bem como a minimização de procedimentos invasivos e estressantes devem estar presentes em protocolos assistenciais em todas as UTINs.

Medidas farmacológicas são empregadas para tratamento da dor em RNs, mas algumas drogas sistêmicas são nocivas para o desenvolvimento do RN, o que torna difícil seu emprego em procedimentos dolorosos rotineiros como punção venosa e de calcanhar. Verifica-se, que pelo menos metade dos procedimentos dolorosos realizados em UTINs, não são tratados com analgesia (Johnston, Fernandes, Campbell-Yeo, 2011). Segundo Carbajal, et al. (2008), apesar do conhecimento e das conseqüências do não tratamento da dor, cerca de 80% dos RNs internados em UTINs são subtratados.

Os agentes analgésicos mais utilizados são os opióides para dor severa, drogas anti-inflamatórias não esteroidais para dor moderada e Paracetamol para dor fraca a moderada, sendo que a farmacocinética e farmacodinâmica é alterada conforme a idade. A anestesia subcutânea ou tópica podem ser administradas para o alívio da dor em procedimentos dolorosos rápidos. A anestesia epidural e peridural também são utilizadas (Playfor, 2008).

A Lidocaína é um anestésico local (sistêmica ou tópica), metabolizada pelo fígado, bloqueia o sistema nervoso inibindo a condução do impulso, pois possui início de ação em dois minutos e sua duração é de duas horas e meia (Viana, Silva, 2010).

O Paracetamol é o analgésico e antitérmico mais utilizado em RNs. Devido ação no sistema nervoso central reduz a febre e a dor é bloqueada por ação periférica (Viana, Silva, 2010).

O uso de opióides é um desafio para o profissional de saúde, por este fato, recomendações de grupos de especialistas orientam sua utilização no controle da dor crônica e aguda em diferentes faixas etárias. A dosagem segura dos agentes opióides para o alívio da dor neonatal diminui os riscos, reduzindo a morbidade e promovendo o bem-estar do paciente (Kraychete et al, 2014).

A Morfina é muito utilizada em pacientes de todas as faixas etárias, é metabolizada pelo fígado e excretada pelos rins. A meia vida de eliminação é longa e a depuração plasmática é diminuída em RNs. A maior penetração cerebral do fármaco aumenta o risco de depressão respiratória (Kraemer, Rose, 2009). Esta droga endovenosa tem seu efeito analgésico após 20 minutos da administração com duração de ação de quatro horas (Playfor, 2008).

Pacientes com idade gestacional inferior a 26 semanas, em grandes períodos de jejum ou instáveis hemodinamicamente possuem maior risco de hipotensão arterial com o uso de morfina (Hall et al., 2005). A hipotensão também pode ser observada depois da administração da droga em bolus (Playfor, 2008).

O Fentanil é um opióide 50 a 100 vezes mais potente do que a morfina, com alta penetração no sistema nervoso central, porém sem alteração da estabilidade hemodinâmica. Sua ação é rápida, podendo ser utilizado em infusão contínua ou como dose única. Acima de cinco dias de infusão contínua, pode ocorrer tolerância ou síndrome de abstinência. Os RNs possuem menos α-1 glicoproteína ácida, onde o opióide se liga, assim apresentam maior fração livre de Fentanil no plasma (Hall, Shbarou, 2009). Este opióide causa menos hipotensão do que comparado com a Morfina, mas pode causar bradicardia. Em administração endovenosa sua meia vida é de 30-60 minutos e seu metabolismo ocorre pelo fígado (Playfor, 2008).

Remifentanil é um opióide sintético, semelhante ao Fentanil e possui efeitos similares aos demais opióides, porém com maior potencial analgésico. Tem uma meia vida de três minutos sendo metabolizado pelo plasma e tecidos. Seu uso

prolongado está associado ao desenvolvimento rápido de tolerância (Playfor, 2008). É um fármaco sutil podendo ser utilizado em RNPTs (Penido et al., 2010).

Já os agentes sedativos benzodiazepínicos possuem atividade específica nos receptores ácidos gama-aminobutíricos, os quais formam a maior parte do sistema inibitório do sistema nervoso central. O Midazolam, mais utilizado, é um agente sedativo que produz amnésia, solúvel em água o qual é convertido pelo ph do plasma e atravessa a barreira cerebral. Se administrado em bolus seu tempo de sedação é em torno de cinco a dez minutos com duração de ação de 30–120 minutos. Quando a administração é contínua a duração é maior e os efeitos da sedação podem persistir por 48h após o término. Pode ocorrer hipotensão durante o uso (Playfor,2008). É utilizado em RNs em ventilação mecânica devido seu efeito sedativo, porém deve ser rigorosamente observado seus efeitos adversos, principalmente quando administrado sozinho (Hall, Shbarou, 2009).

Lorazepam é um benzodiazepínico que pode ser usado em RNs. Possui longa duração de ação, em torno de oito a 12 horas, utilizado também como anticonvulsivante (Hall, Bouyle, Young, 2007).

Os barbitúricos são utilizados para sedação e efeitos analgésicos em RNs (AME, 2011).

Fenobarbital é utilizado como anticonvulsivante e sedativo, age deprimindo o sistema nervoso central, inibindo sua transmissão, porém pode causar hipotensão (AME, 2011).

Tiopental é um anestésico barbitúrico de curta duração, que pode ser utilizado como anestesia geral e tratamento de convulsões após administração de anestésicos, mas pode causar taquicardia, depressão respiratória e hipotensão (Viana, Silva, 2010).

O Hidrato de cloral é usado para hipnose e procedimentos que não requerem sedação ou analgesia como no caso de alguns exames (Allegaert et al., 2005).

O Propofol é um anestésico de curta duração utilizado para indução anestésica e manutenção da anestesia geral, usado em infusão contínua ou em bolus. Pode provocar acidose respiratória, convulsões, bradicardia, edema pulmonar e hipotensão (Viana, Silva, 2010).

Os RNs têm um risco para toxicidade anestésica, porque a fração livre de serum dos agentes anestésicos locais é maior em RNs do que em crianças maiores

e em adultos. Devido a isto, a dose do agente anestésico é menor para que o risco também seja menor (Bosenberg, Flick, 2013).

Outras medidas adotadas para o controle da dor em RNs são as intervenções não-farmacológicas, denominadas de estimulação sensorial (posicionamento e enrolamento em posição fetal, sucção não nutritiva, musicoterapia), estimulação nutritiva (soluções orais adocicadas) e intervenções maternas (cheiro e voz materna, aleitamento materno, contato pele a pele ou método canguru) (Johnston, Fernandes, Campbell-Yeo, 2011).

O baixo risco, baixo custo e grande eficácia na administração de medidas não-farmacológicas para alívio da dor em RNs, faz com que sejam a escolha para procedimentos dolorosos nas UTINs. Tais medidas podem ser usadas individualmente ou em combinação com medidas farmacológicas.

O método canguru consiste em um modelo de assistência perinatal humanizado, por escolha livre da família. Inicia-se com o toque até o posicionamento vertical e pele a pele do RN contra o peito preferencialmente dos pais pelo tempo que considerarem prazeroso. Este modelo de assistência é direcionado à melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1683, de 12/07/2007. Considera-se que, dentre alguns dos princípios desse modelo, haja uma redução de estresse e da dor do RN, por meio do favorecimento do vínculo entre RNs e pais, melhoria da qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo, redução do número de reinternações, entre outros (Brasil, 2011).

A primeira etapa do método tem início no pré-natal e prossegue na UTIN. Consiste em acolhimento dos pais no ambiente da UTIN; esclarecimento das condições de saúde do RN; livre acesso dos pais na unidade; fornecimento de suporte para a amamentação; participação dos pais nas atividades desenvolvidas com seu RN; diminuição de estímulos ambientais na UTIN; proteção da dor e do estresse; posicionamento adequado do RN e medidas que assegurem a permanência da mãe. Na segunda etapa do método a posição canguru é realizada conforme desejo da mãe e desde que o RN apresente estabilidade clínica, dieta enteral e peso mínimo de 1.250g. Na terceira etapa o RN precisa ter peso mínimo de 1.600g, a criança é acompanhada no ambulatório ou na residência até atingir 2.500g. Vale ressaltar que em todas as etapas do método canguru o desejo da família e a estabilidade do RN são considerados e acompanhados por profissionais habilitados (Brasil, 2011).

A posição canguru possibilita a organização comportamental do RN; estimula o sono profundo e a termorregulação (Freire, Garcia, Lamy, 2008); ativa o sistema autonômico diminuindo a frequência cardíaca e ativa o sistema opióide endógeno (Cong et al., 2009). O alívio da dor do RN em posição canguru se relaciona à inibição das fibras descendentes e ao bloqueio da transmissão do estímulo nociceptivo pelas fibras aferentes. O nível de cortisol é alterado em RNs que permanecem na posição canguru por cerca de 20 minutos, o que possibilita então, a liberação de beta-endorfinas, reduzindo o estresse (Kostandy et al., 2008).

Outra medida não-farmacológica utilizada em UTINs são as soluções adocicadas. A eficácia no seu uso, especialmente glicose e sacarose, para o alívio da dor do RN tem sido comprovada, tendo como vantagens: fácil administração, efeito analgésico rápido, baixo custo e ausência de efeitos adversos (Bueno, 2011).

Mesmo o mecanismo de ação da solução de glicose oral não estando totalmente definido, ela é bem aceita e utilizada. A sensação adocicada estimula o paladar, ativa áreas corticais do prazer e faz com que efeitos fisiológicos e sensoriais ocorram (Barr et al., 1999) juntamente com a liberação de opióides endógenos que modulam o estímulo doloroso (Gibbins, Stevens, 2001).

Não há definição e consenso sobre a dosagem e a concentração da glicose oral administrada durante procedimentos dolorosos. A concentração varia de 10% a 30% e o volume administrado de 0,05 a 2ml (Stevens, Yamada, Ohlsson, 2010).

A revisão de literatura realizada por Marcatto, Tavares e Silva (2011) mostra como resultados dos trabalhos disponíveis, que a solução de glicose oral é mais utilizada em procedimentos que geram dor de intensidade leve a moderada, sendo os principais: punções venosas e lancetagem de calcâneo podendo ser utilizada juntamente com a sucção não-nutritiva. Em outros procedimentos dolorosos como a punção arterial, punção lombar e inserção de cateter percutâneo, a glicose oral pode ser usada em associação com analgesia tópica ou sistêmica.

A sucção não-nutritiva é escolha no alívio da dor neonatal em pequenos procedimentos, pois há modulação do desconforto e inibição da hiperatividade, permitindo a organização do RN. Seu uso deve ser seletivo, pois há indícios de desestímulo ao aleitamento materno (Guinsburg, 1999).

A amamentação e o suplemento oral com leite materno também são objetos de estudo no alívio da dor neonatal em procedimentos dolorosos. Nota-se que tanto durante a amamentação como no suplemento oral com leite materno, os RNs

apresentam leve aumento da frequência cardíaca e redução do tempo de choro comparado com outras medidas não-farmacológicas. Escalas de avaliação da dor como PIPP, DAN, NIPS e NFCS apresentam baixo escore de dor em RNs submetidos a procedimentos dolorosos durante amamentação. Porém, em RNs com suplemento oral com leite materno, as escalas de avaliação da dor não apresentam diminuição de escores. No entanto, a amamentação e o suplemento oral com leite materno podem ser utilizados para alívio da dor em RNs em procedimentos dolorosos simples como lancetagem de calcâneo e punção venosa (Shah et al., 2012).

O toque terapêutico também é outra medida não-farmacológica de alívio da dor neonatal, pois durante sua ocorrência, há troca de energia entre o profissional e o RN, estimulando os tecidos. Os tecidos moles são comprimidos e tensionados estimulando, então, as terminações nervosas que irão induzir mudanças neurológicas, glandulares, musculares e mentais (Bretas, 1999). As fibras nervosas são menos mielinizadas do que as fibras do tato, desse modo, o estímulo tátil chega antes à medula inibindo a dor. O hipotálamo sendo estimulado, leva à liberação de endorfinas e encefalinas que agem sobre o estresse, a ansiedade e a dor reduzindo-os (Braunstein, Braz, Pivetta, 2011).

Outra estratégia não-farmacológica a ser empregada é a contenção facilitada. Por meio da flexão firme, porém elástica de braços e pernas do RN, em decúbito lateral ou supino, próximo ao tronco e a face, ela permite o movimento. Durante a contenção facilitada, o sistema nervoso central recebe estímulos contínuos que competem com os estímulos dolorosos, diminuindo a percepção da dor. Esta medida é utilizada em procedimentos menos dolorosos como lancetagem de calcâneo (Corff et al., 1995).

A musicoterapia dentro das UTINs, também vem sendo utilizada terapeuticamente no manejo da dor, da ansiedade e do estresse (Keith, Russell, Weaver, 2009). Os RNs internados nessas unidades são expostos a estimulação auditiva excessiva o que pode levar à apnéia, mudanças da frequência cardíaca, pressão arterial, saturação de oxigênio, perda auditiva, desenvolvimento sensorial anormal, problemas de fala e linguagem (Brown, 2009). O som harmônico e ritmado usado na musicoterapia alivia dores físicas e emocionais, agindo também, em parâmetros hemodinâmicos, regulando o ritmo respiratório, relaxando a musculatura e melhorando o sono (Standley, 2002). Logo, é uma das escolhas não-

farmacológicas a serem utilizadas unicamente ou em combinação com outras medidas no alívio da dor neonatal.

Verifica-se portanto, várias formas de alívio da dor neonatal a serem empregadas nas UTINs em diferentes realidades e contextos. Portanto, os enfermeiros devem estar sempre atentos ao manejo da dor em RNs para que se trabalhe com a proteção, visando a qualidade de vida dessas crianças em todas as fases do desenvolvimento infantil.

1.3 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Diante dos efeitos deletérios da dor no RN e considerando as evidências acima descritas relacionadas às melhores práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs e suas lacunas evidenciadas na literatura internacional, nacional e local, torna-se fundamental a realização deste estudo, pois insere-se na proposta de Atenção humanizada ao RN de baixo peso, método canguru do Ministério da Saúde (Brasil, 2011).

Desse modo, algumas questões são inevitáveis, pois permeiam o cuidado de enfermagem nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana, tais como: o enfermeiro conhece e utiliza as escalas de avaliação da dor em RNs? Como se dá a avaliação da dor do RN no contexto das UTINs? O enfermeiro conhece as intervenções que previnem e aliviam a dor do RN? Quais são as intervenções empregadas pelos enfermeiros para o alívio da dor dos RNs?

Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros de Curitiba e Região Metropolitana, é possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN. Para isso, é importante conhecer como se dão as práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs internados em UTINs dessa região.

2. OBJETIVOS

2.OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o conhecimento e as práticas empregadas por enfermeiros que atuam em UTINs relacionadas ao manejo da dor do recém-nascido.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RNs internados.
- Caracterizar as estratégias não farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.
- Caracterizar as estratégias farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.
- Verificar a forma de registro da avaliação e tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

3. METODOLOGIA

3.METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, pois envolve a coleta de dados em um único momento sem seguimento (Hulley et al., 2008). Os fenômenos a serem estudados são obtidos no período de coleta de dados, trazendo explicações para as diferenças observadas (Polit, Beck, Hungler, 2004). O estudo transversal traz informações sobre a prevalência e é útil para descrever variáveis e padrões de distribuição (Hulley et al., 2008).

3.2 LOCAL DA COLETA DE DADOS

Inicialmente, foram incluídos no estudo dez hospitais de Curitiba (PR) e Região Metropolitana que possuem UTINs com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com características assistenciais semelhantes entre elas. Estas instituições coparticipantes foram informadas do estudo e, a elas, enviadas documentações necessárias a cada Comitê de Ética em Pesquisa. Após análise, quatro instituições recusaram a participação, restando então seis instituições onde seus enfermeiros compuseram a amostra da pesquisa.

3.3 OS PARTICIPANTES

A população foi constituída da totalidade de enfermeiros das seis instituições (N=52), havendo perda de um participante por se recusar a participar. Assim, a amostra final foi constituída por 51 enfermeiros.

Foram incluídos na pesquisa enfermeiros que trabalham em UTINs das instituições durante o período de coleta de dados, entre dezembro de 2014 a julho de 2015. Eles aceitaram fazer parte da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para coordenadores (Apêndice A) e TCLE para enfermeiros (Apêndice B).

3.4 ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS

Inicialmente, a pesquisadora entrou em contato telefônico ou por correio eletrônico com as coordenadoras de enfermagem de cada instituição coparticipante para apresentar o projeto de pesquisa e solicitar autorização para coleta de dados. A pesquisadora comprometeu-se a começar a coleta, somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP.

Desse modo, a estratégia adotada para a coleta de dados foi por meio de questionário contendo informações a respeito da caracterização das unidades (Apêndice C) que foi respondido pela coordenadora da unidade mediante assinatura do TCLE (Apêndice A). Um dos questionários foi respondido pelos participantes referente ao perfil dos enfermeiros, formação, atuação e qualificação profissional (Anexo A) e outro sobre conhecimentos e práticas do manejo da dor neonatal (Anexo B), tais enfermeiros também assinaram o TCLE (Apêndice B) (Christoffel, 2013, Oliveira, 2014)[1]. Ambos foram agendados com cada enfermeiro. Os participantes foram informados que suas respostas não seriam utilizadas para avaliar seu desempenho no trabalho.

Os questionários (Anexos A e B) anônimos, foram preenchidos sem consultar outras pessoas, protocolos ou qualquer material didático, com tempo estimado de 30 minutos.

Analisaram os questionários, três enfermeiras com título de doutoras e experiência no estudo da dor neonatal (uma canadense e duas brasileiras) e três enfermeiras com experiência no ensino, prática e pesquisa na área neonatal (todas brasileiras), com o intuito de reestruturar ou excluir, se necessário, os itens abordados.

O questionário utilizado na pesquisa foi elaborado mediante a “Escala de *Likert”* que quantifica atitudes e comportamentos por meio de estimação do grau da resposta (Newman et al., 2008). O instrumento de coleta de dados foi composto por frases afirmativas, sendo que as respostas utilizadas sobre o conhecimento dos enfermeiros eram as seguintes: discordo, discordo parcialmente, não sei, concordo

[1] Os questionários (Anexos A e B) foram adaptados do projeto de pós-doutorado da Professora Doutora Marialda Moreira Christoffel “Transferência do conhecimento no uso de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos” após autorização da autora e da dissertação de mestrado intitulada “O manejo da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto/SP”, de autoria de Caroline Ramos de Oliveira.

parcialmente e concordo. Para o questionário que avalia a prática dos enfermeiros as respostas foram as seguintes: nunca, raramente, algumas vezes, maioria das vezes e sempre, podendo ser assinalada somente uma resposta a cada afirmativa.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP (EEUSP) e aprovado com o número 38214114000005392 (Anexo C), pautado no Código de Ética Profissional de Enfermagem e Conselho Federal de Enfermagem (2011), além da resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde. Esta resolução regulamenta a pesquisa em seres humanos, determinando obrigações do pesquisador: a garantia ao anonimato, à privacidade e à desistência do participante em qualquer etapa do estudo, caso deseje (Conselho Federal de Enfermagem, 2007; Brasil, 2012b). Ela reúne ainda, referenciais da bioética (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade), a fim de garantir os direitos e deveres dos participantes, do pesquisador e do Estado (Beauchamp, Childress, 2001).

A resolução determina que o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seja fornecido ao participante, de modo escrito, com linguagem clara, objetiva e de fácil entendimento. O TCLE deve garantir o anonimato, escolha para participar ou não da pesquisa e retirada de participação em qualquer fase de sua aplicação. Deve conter também esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, duração da entrevista, benefícios previstos, potenciais riscos ou incômodos que possa lhe trazer.

Posteriormente à aprovação do Comitê de Ética da EEUSP, o projeto foi encaminhado para cada comitê de ética das unidades coparticipantes para ciência e aprovação. As instituições foram contatadas para assinatura da autorização para a coleta de dados pelo responsável (Anexos D, E, F, G, H e I).

Os coordenadores das UTINs e os enfermeiros foram esclarecidos acerca dos objetivos do estudo, fazendo uma leitura do TCLE (Apêndice A e B), garantindo o anonimato e a possibilidade de retirarem-se do estudo, a qualquer momento, se desejassem sem qualquer tipo de prejuízo.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

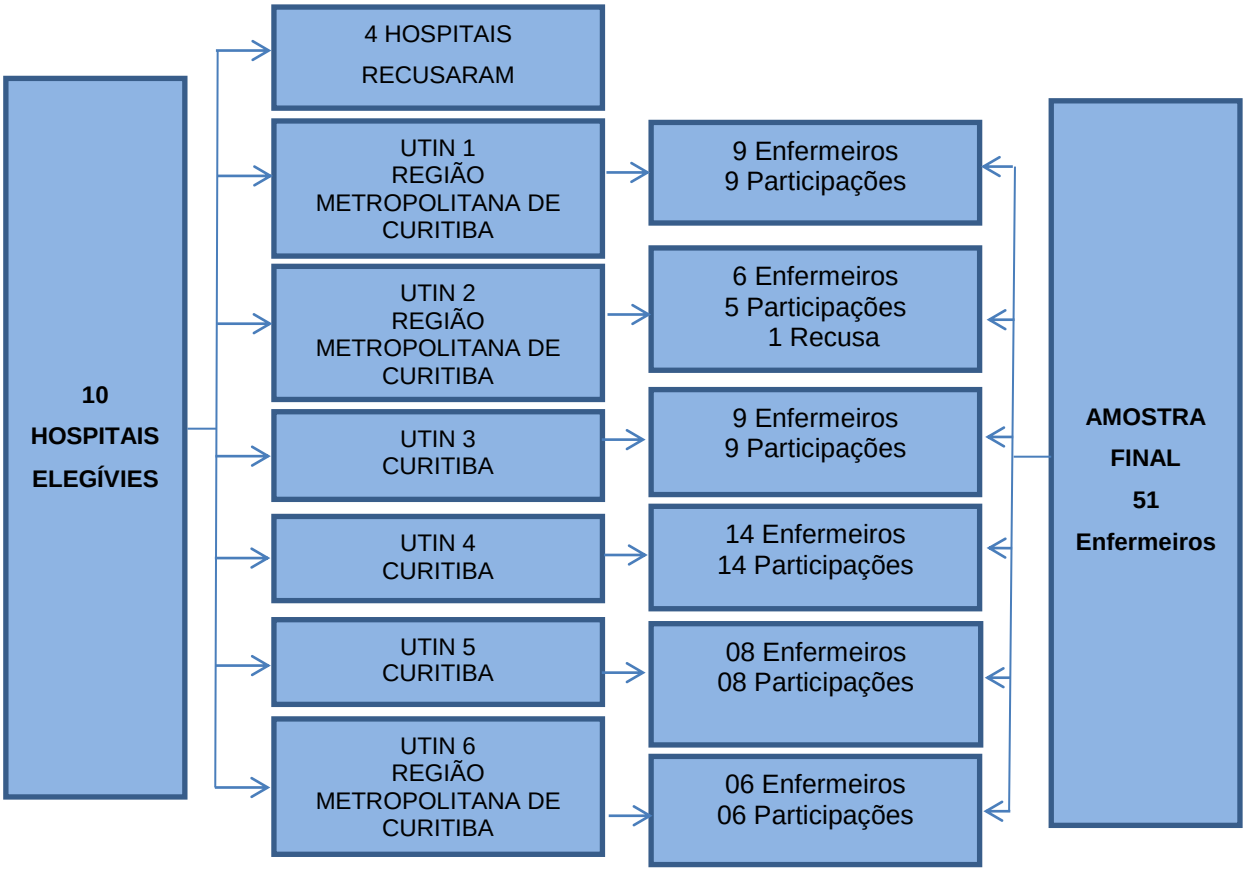
Os dados foram digitados em uma planilha no programa Excel 2010, analisados no *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 21.0) e foram submetidos à análise descritiva, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. O nível de significância adotado foi de 5%.

4. RESULTADOS

4.RESULTADOS

Como abordado na metodologia, o número final de hospitais participantes do estudo foi seis, o fluxograma abaixo apresenta a localização da instituição, o número de enfermeiros de cada uma delas, bem como as participações e recusas.

Figura 1: Fluxograma de seleção da amostra. Curitiba, 2015.



A população foi constituída da totalidade de enfermeiros das seis instituições (N=52), houve perda de um participante por se recusar a participar. Assim, a amostra final foi constituída por 51 enfermeiros.

A seguir, são apresentados os demais resultados e para facilitar o entendimento foram divididos em grupo:

4.1 Caracterização das UTINs;

4.2 Caracterização dos participantes;

4.3 Conhecimentos e práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal.

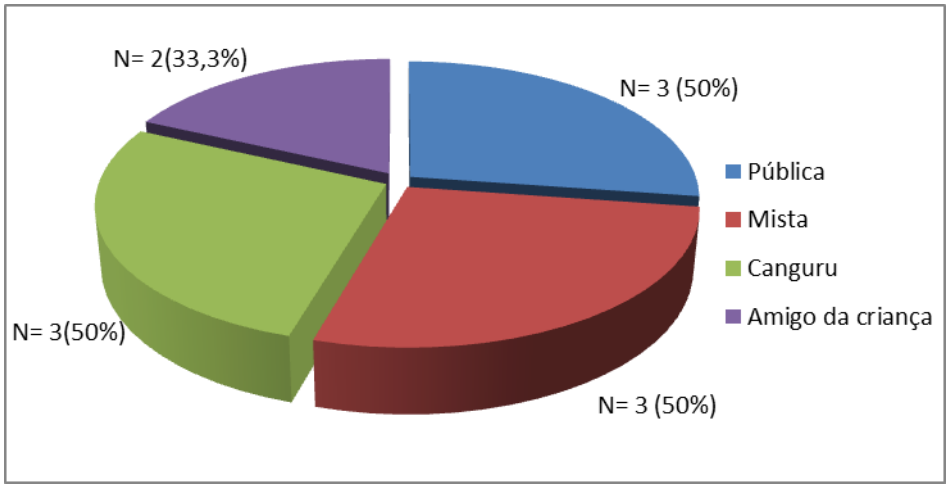
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS UTINS

Os dados da caracterização das UTINs referem-se à gravidade dos pacientes atendidos, tipo de UTIN, número de leitos, média mensal de internação, número total de enfermeiros, número total de técnicos de enfermagem, número total de auxiliares de enfermagem, além do número de profissionais por leito.

Todas as instituições participantes do estudo prestam assistência de alta complexidade.

O gráfico 1 apresenta os dados referentes ao tipo de UTIN, divididas em Unidade Canguru quando esssa desenvolve o método; Hospital Amigo da Criança, quando a instituição é assim intitulada, pois promove, protege e apoia o aleitamento materno; Instituição Pública, quando o atendimento era exclusivo pelo SUS e Instituição Mista, quando possuía atendimento ao SUS, atendimento a convênios e particulares.

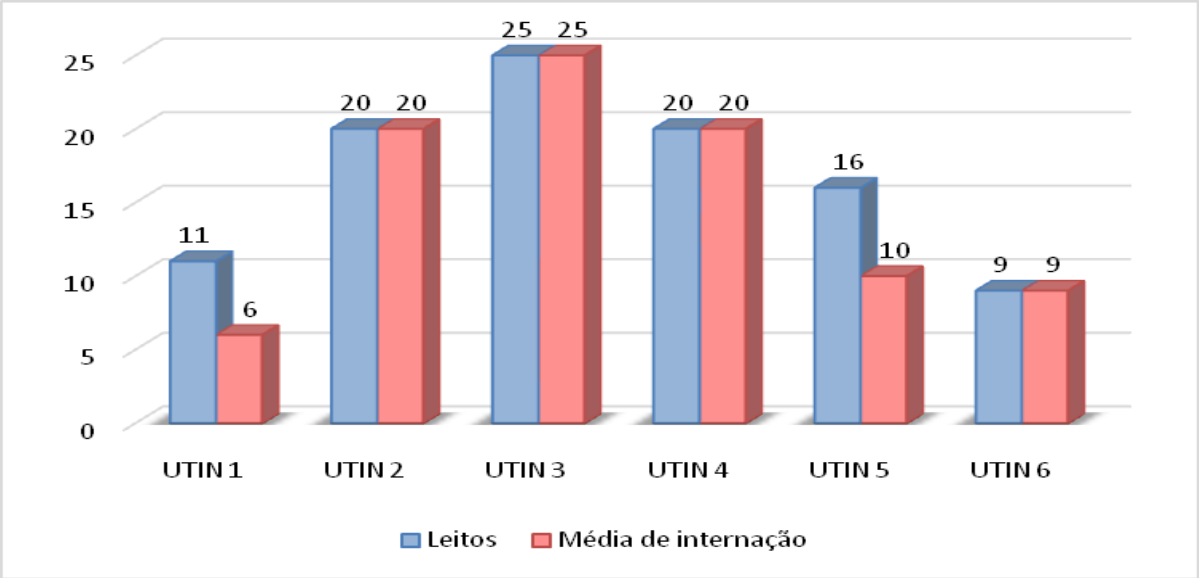
Gráfico 1: Classificação das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana em pública, mista, canguru e amigo da criança. Curitiba, 2015. (N=6)



Dentre as seis instituições participantes, uma é pública; duas mistas; uma pública e unidade canguru; uma pública, unidade canguru e hospital amigo da criança; uma mista, unidade canguru e hospital amigo da criança. Totalizando três unidades públicas, três unidades mistas, três unidades canguru e dois hospitais amigos da criança.

O gráfico 2 traz informações a respeito do número de leitos e média de internação de cada UTIN.

Gráfico 2: Caracterização das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana, segundo o número de leitos e média de internação. Curitiba, 2015. (N=6)

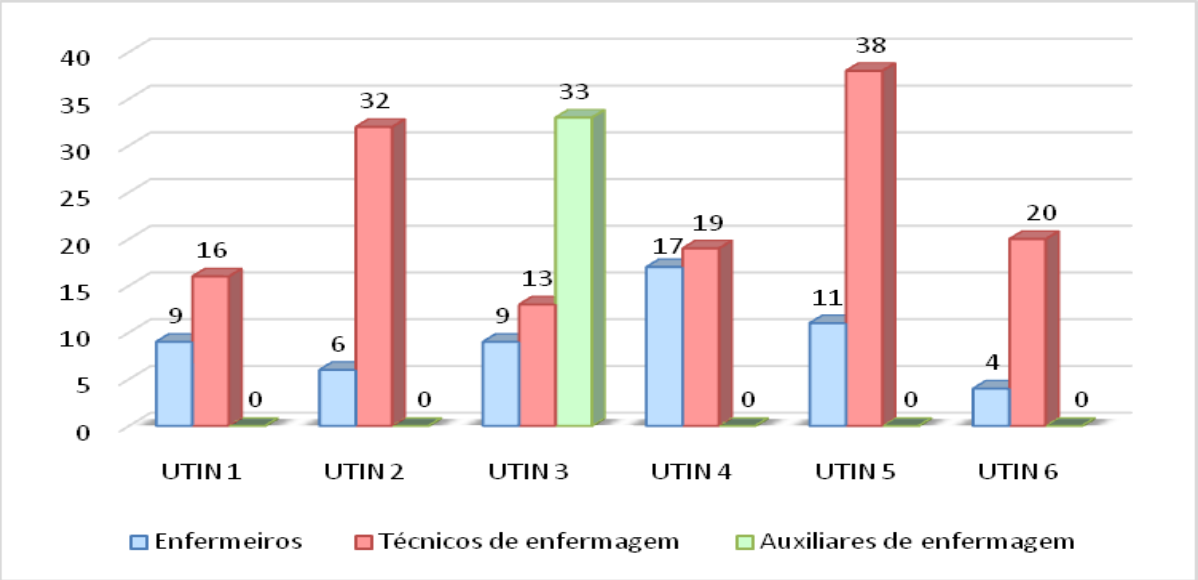


O número de leitos teve uma variação de nove a 25, com uma média de 16,83 leitos. A UTIN 1 possui 11 leitos com média de internação de seis. A UTIN 2 totaliza 20 leitos e média de internação no mesmo valor. A UTIN 3 conta com 25 leitos e média de internação de 100%. A UTIN 4 possui 20 leitos e média de internação total. A UTIN 5 tem 16 leitos e média de internação de 10 e a UTIN 6 totaliza nove leitos e mesma média de internação. Pela média de internação pode-se observar que a maioria das UTINs analisadas possuem alta taxa de internação.

O gráfico 3 apresenta dados do número de profissionais atuantes divididos nas UTINs analisadas. A variação foi de quatro a 17 enfermeiros com média de 9,33 enfermeiros (Desvio Padrão (DP) =4,50); 13 a 38 técnicos de enfermagem média de 23 (DP=9,79). Para auxiliaries de enfermagem variou de 0 a 33 com média de 5,50 (DP=13,47). Vale ressaltar, que somente a UTIN 3, possui auxiliares de enfermagem (N=33) no seu quadro funcional.

Assim, a UTIN 1 possui em seu quadro funcional nove enfermeiros e 16 técnicos de enfermagem; a UTIN 2 conta com seis enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem; a UTIN 3 tem nove enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 33 auxiliares de enfermagem; a UTIN 4 possui em seu quadro funcional 17 enfermeiros e 19 técnicos de enfermagem; a UTIN 5 conta com uma equipe de enfermagem composta por 11 enfermeiros e 38 técnicos de enfermagem e a UTIN 6 possui quatro enfermeiros e 20 técnicos de enfermagem.

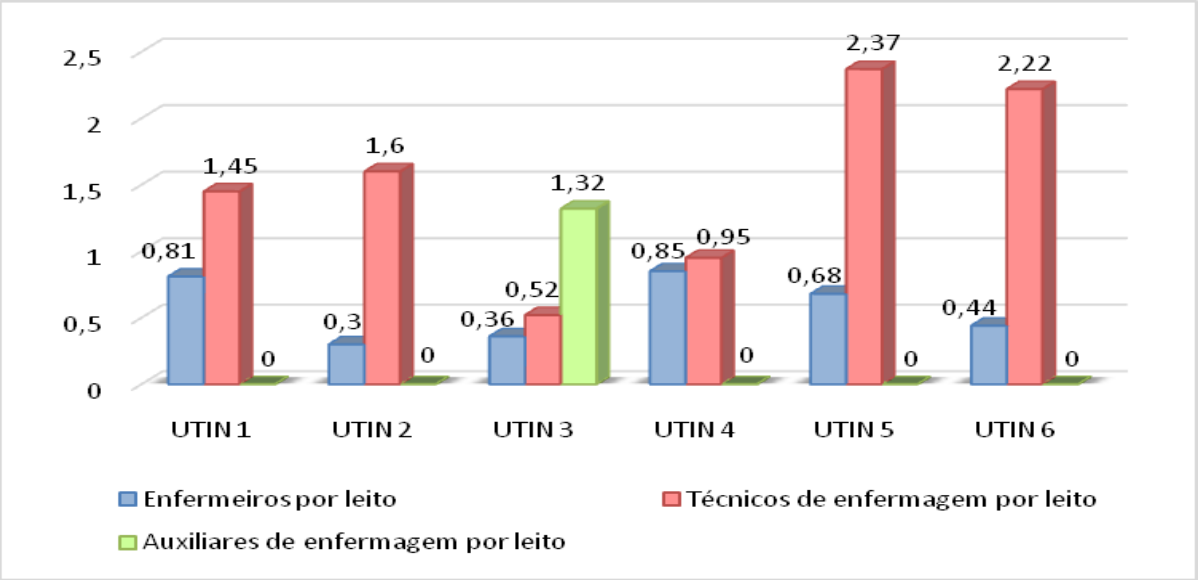
Gráfico 3: Distribuição do número de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)



O Gráfico 4 demonstra o número de profissionais para atendimento por leito de UTIN onde a UTIN 1 possui 0,81 enfermeiro e 1,45 técnicos de enfermagem para atendimento por leito; a UTIN 2 conta com 0,3 enfermeiro e 1,6 técnicos de enfermagem por leito de UTIN; a UTIN 3 0,36 enfermeiro, 0,52 técnico de enfermagem e 1,32 auxiliares de enfermagem; a UTIN 4 possui em seu quadro funcional 0,85 enfermeiro e 0,95 técnico de enfermagem para assistência por leito; a UTIN 5 conta com uma equipe de enfermagem composta por 0,68 enfermeiro e 2,37 técnicos de enfermagem e a UTIN 6 possui 0,44 enfermeiro e 2,2 técnicos de enfermagem para atendimento por leito de UTIN.

Desse modo, em relação aos enfermeiros houve uma média de 0,57 por leito variando de 0,30 a 0,85 (DP=0,23). Para os técnicos de enfermagem uma média de 1,51 por leito variando de 0,52 a 2,37 (DP=0,71) e para os auxiliares de enfermagem uma média de 0,22 por leito variando de 0 a 1,32 (DP=0,53).

Gráfico 4: Distribuição do número de profissionais por leito das UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

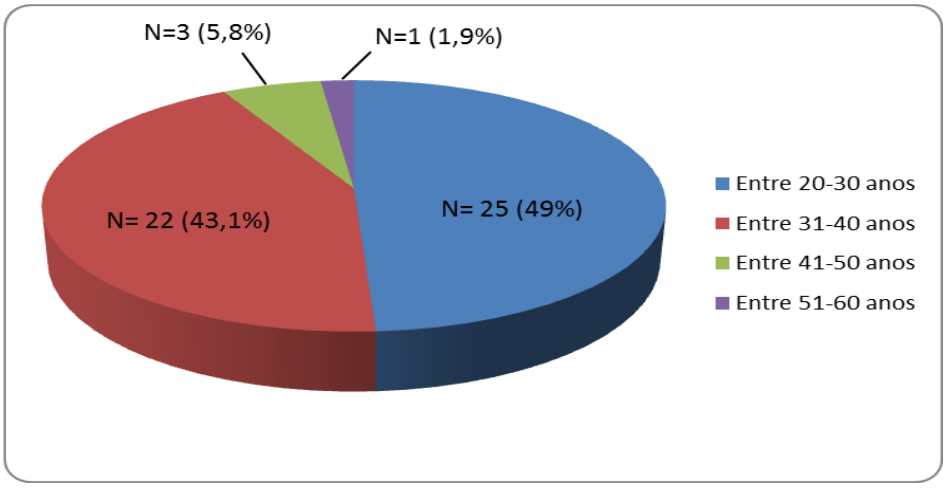


4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Os dados da caracterização dos participantes referem-se à sexo, idade, tempo de formação, tipo de instituição de formação, formação complementar, tempo de experiência como enfermeiro, tempo de experiência como enfermeiro neonatal, tempo que atua na UTIN da instituição, tipo de vínculo empregatício, regime de trabalho, outros vínculos empregatícios, função exercida em outros vínculos empregatícios, carga horária total de trabalho semanal, fontes de informação utilizadas para atualização no tema dor neonatal, participação de curso/treinamento sobre dor neonatal nos últimos três anos. Aborda também, informações referentes ao manejo da dor na UTIN em que atua.

Dos 51 enfermeiros participantes do estudo 98% (N=50) eram do sexo feminino e apenas 2% (N=1) do sexo masculino. Em relação às idades, houve uma variação de 21 a 52 anos com média de 30,88 anos (DP=6,45). Com idade entre 20 e 30 anos totalizaram 25 enfermeiros. Entre 31 e 40 anos 22 enfermeiros. Com idade entre 41 e 50 anos 3 enfermeiros e entre 51 e 60 anos apenas um enfermeiro como mostra o gráfico 5 abaixo.

Gráfico 5: Distribuição dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana segundo idade. Curitiba, 2015. (N=51)



Dos 51 enfermeiros, 32,7% (N=16) estudaram em universidades públicas e 67,3% (N=33) em universidades privadas, sendo que 3,9% (N=2) não informaram este dado.

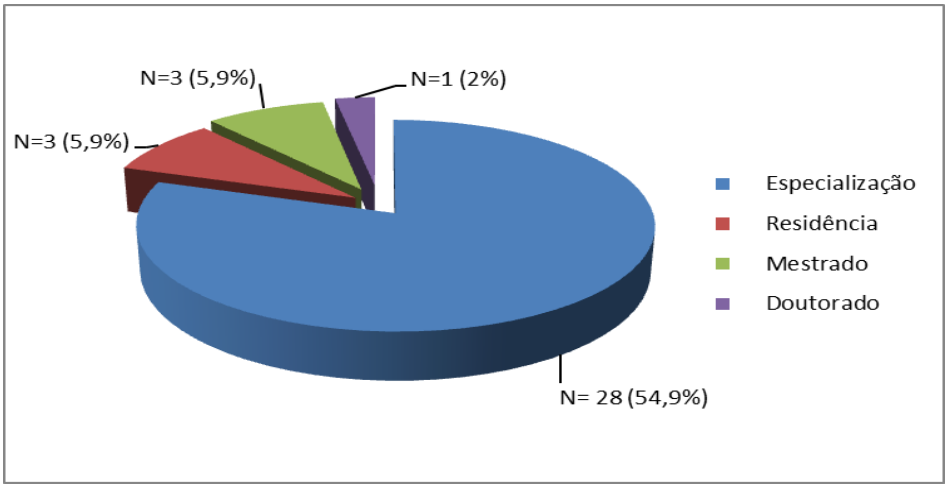
A tabela 1 mostra o tempo de formação dos enfermeiros participantes do estudo, havendo predominância de 1 a 5 anos (N=24), seguido por 6 a 10 anos (N=16), 11 a 15 anos (N=7), mais de 20 anos (N=3) e 16 a 20 anos (N=1).

Tabela 1: Distribuição dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana segundo o tempo de formação. Curitiba, 2015. (N=51)

Tempo de formação	N	%
1 a 5 anos	24	47,1
6 a 10 anos	16	31,4
11 a 15 anos	7	13,7
16 a 20 anos	1	2,0
Mais de 20 anos	3	5,9

O gráfico 6 apresenta dados referentes à formação complementar dos enfermeiros participantes do estudo, dos quais 54,9% (N=28) possuem especialização; 5,9% (N=3) possuem residência; outros 5,9% (N=3) são mestres e 2% (N=1) são doutores.

Gráfico 6: Formação complementar dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)



Com relação ao vínculo empregatício que possuem com a UTIN em que atuam, 25,5% (N=13) são funcionários públicos; 66,7% (N=34) são cooperativos/contratados; 3,9% (N=2) possuem outro tipo de vínculo com a instituição e 3,9% (N=2) não responderam este dado.

A tabela 2 mostra dados referentes ao regime de trabalho desempenhado pelos enfermeiros com predomínio de outro horário 45,1% (N=23) seguido por plantão 12 por 36 horas diurno 23,5% (N=12); plantão 12 por 36 horas noturno 15,7% (N=8); sem informação em 9,8% (N=5) dos questionários; plantão 12 por 60 horas noturno 3,9% (N=2) e por último plantão 12 por 60 horas diurno 2% (N=1).

Tabela 2: Regime de trabalho dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

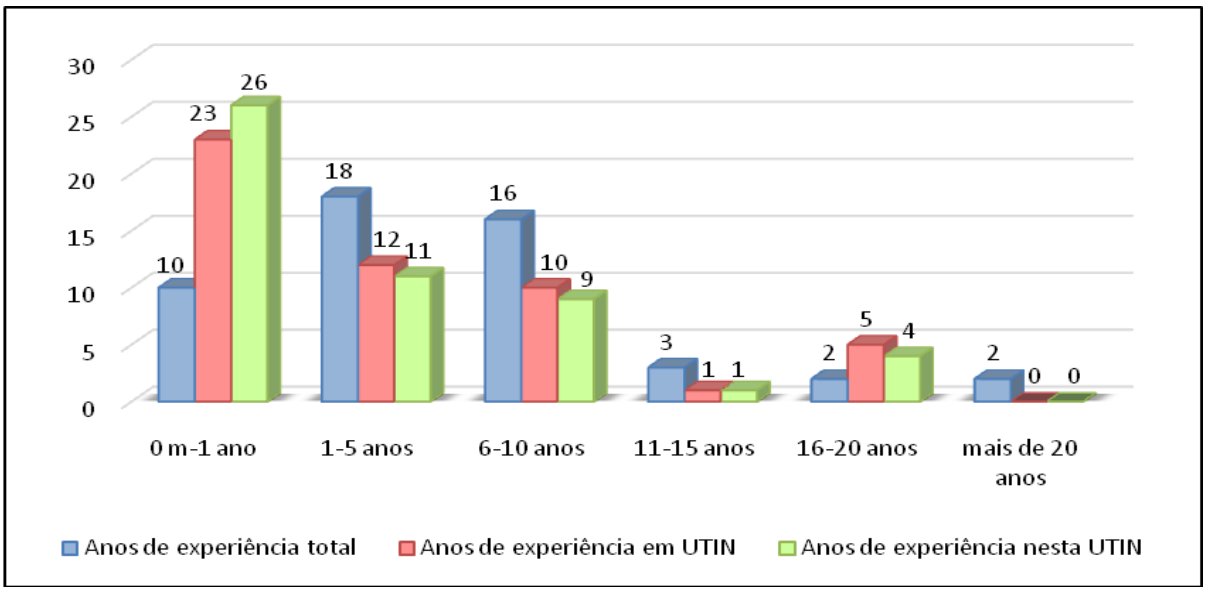
Regime de trabalho	N	%
Plantão 12 por 60 horas diurno	1	2,0
Plantão 12 por 60 horas noturno	2	3,9
Plantão 12 por 36 horas diurno	12	23,5
Plantão 12 por 36 horas noturno	8	15,7
Outro	23	45,1
Sem informação	5	9,8

Cerca de 88,2% dos enfermeiros (N=45) não têm outro vínculo empregatício, sendo que 11,8% (N=6) informaram possuírem mais um emprego. Destes, 5,9%

(N=3) atuam também em UTIN em outra instituição e outros 5,9% (N=3) são docentes.

O gráfico 7 apresenta dados relacionados aos anos de experiência total, anos de experiência em UTIN e anos de experiência na UTIN em que trabalham atualmente como enfermeiros. Os anos de experiência tiveram uma variação de 0 meses a 26 anos com uma média de 6,02 anos (DP=5,86); anos de experiência em UTIN variaram de 0 meses a 20,17 anos com média de 4,39 anos (DP=5,74) e os anos de experiência na UTIN onde a pesquisa foi realizada variaram de 0 meses a 18,25 anos com média de 3,78 anos (DP=5,39).

Gráfico 7: Tempo de experiência total, tempo de experiência em UTIN e tempo de experiência na UTIN onde foi realizada a pesquisa. Curitiba, 2015. (N=51)



A tabela 3 traz informações a respeito da carga horária total de trabalho somando os vínculos empregatícios. Dessa forma, percebe-se que a maioria dos enfermeiros 35,2% (N=18) possuem jornada de trabalho semanal de 36h, seguidos pelos enfermeiros que trabalham 40h semanais 21,5% (N=11). Enfermeiros que trabalham 30h semanais somam 14,6% (N=9) e enfermeiros que possuem carga de trabalho semanal maior que 40h representam 13,7% (N=7), com média de 37,1 horas (DP=7,17).

Tabela 3: Carga horária semanal de trabalho dos enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

Carga Horária semanal	N	%
30h	9	17,6
36h	18	35,2
40h	11	21,5
Maior que 40h	7	13,7
Sem informação	6	11,7

A tabela 4 demonstra as fontes de informação utilizadas pelos enfermeiros para atualização sobre dor neonatal.

Tabela 4: Fontes de informação sobre dor neonatal utilizadas por enfermeiros atuantes nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

Fontes de informação	N	%
Livros	37	72,5
Internet	36	70,6
Outros profissionais	29	56,9
Periódicos	19	37,3
Manual do Ministério da Saúde	16	31,4
Protocolos	16	31,4
Eventos científicos	11	21,6
Orientação da chefia	10	19,6
Cursos do Ministério da Saúde	9	17,6
Cursos em eventos	5	9,8
Outros materiais	5	9,8
Cursos do COREN	3	5,9
Consenso internacional	3	5,9
Outros	2	3,9
Não utiliza fontes de informação	0	0

Quando questionados a respeito de fontes de informação sobre dor neonatal, 72,5% (N=37) dos enfermeiros informaram utilizarem livros como principal meio para atualização profissional; 70,6% usam a internet para esta finalidade; 56,9% (N=29) recebem informação de outros profissionais; 37,3% (N=19) se informam por meio de leitura de periódicos; 31,4% (16) utilizam manuais do Ministério da Saúde; outros 31,4%(N=16) se baseiam em protocolos institucionais; 21,6% (N=11) participam de eventos científicos sobre a temática; 19,6% (N=10) se informam através da chefia;

17,6% (N=9) informaram que realizam cursos promovidos pelo Ministério da Saúde; 9,8% (N=5) realizam cursos em eventos científicos; 9,8% (N=5) utilizam outras fontes de atualização sobre a dor neonatal. Os meios menos utilizados como fonte de informação são os consensos internacionais e cursos oferecidos pelo Conselho de Regional de Enfermagem (COREN), ambos com 5,9% (N=3). Em relação aos cursos realizados nos últimos três anos sobre a temática dor neonatal 45,1% (N=23) responderam que participaram e 54,9% (N=28) não participaram de nenhum curso.

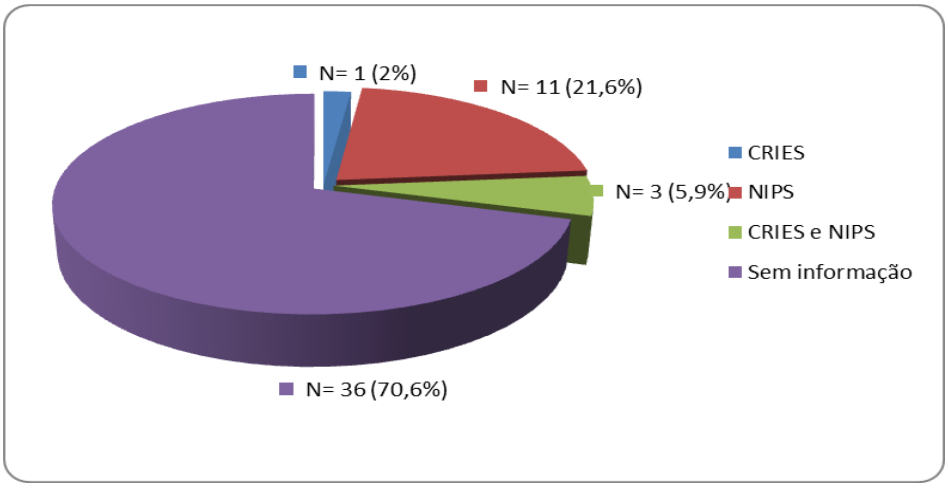
A seguir são demonstrados os resultados das informações referentes ao manejo da dor na UTIN em que os enfermeiros atuam.

Ao serem questionados sobre a existência de diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor neonatal, 17 enfermeiros (33,3%) responderam que existe; 21enfermeiros (41,2%) informaram não existir e 13 enfermeiros (25,5%) não souberam responder.

A utilização de escala para avaliação da dor de RNs foi confirmada por 37,3% (N=19) dos enfermeiros, sendo que 62,7% (N=32) informaram que na UTIN em que atuam a escala não é utilizada.

O gráfico 8 informa as escalas da dor utilizadas nas UTINs, mencionadas pelos enfermeiros. Observa-se que 70,6% (N=36) dos questionários não continham esta informação; 21,6% (N=11) dos enfermeiros responderam que a UTIN utiliza a escala NIPS para avaliação da dor neonatal; 5,9% (N=3) dos enfermeiros informaram a utilização da escala CRIES e NIPS para avaliação da dor e 2% (N=1) o uso da escala CRIES.

Gráfico 8: Escalas da dor utilizadas nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)



Questionados sobre o conhecimento de outra escala para avaliação da dor neonatal, além da utilizada na UTIN:19 enfermeiros (37,3%) afirmaram conhecerem outra escala e somente 10 enfermeiros mencionaram outras escalas conhecidas. Entre as escalas disponíveis na literatura para avaliação da dor infantil, as citadas foram NIPS (9), PIPP (4), NFCS (2) e a escala de faces (1).

O intervalo de avaliação da dor em RNs internados em UTINs é apresentado abaixo na tabela 5.

Tabela 5: Intervalos de avaliação da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

Intervalo de avaliação da dor	N	%
Não é avaliado	18	35,3
Junto com os sinais vitais	19	37,3
2/2h	3	5,9
Esporadicamente	5	9,8
4/4h	2	3,9
Pós-operatório 4/4h e paciente clínico 6/6h	2	3,9
12/12h	1	2,0
Sem informação	1	2,0

Vários são os intervalos de avaliação da dor em RNs mencionados pelos enfermeiros, assim, 37,3% (N=19) dos enfermeiros relataram que a avaliação da dor ocorre junto com a verificação dos sinais vitais do RN; 35,3% (N=18) informaram que a dor não é avaliada; 9,8%(N=5) mencionaram que a dor é esporadicamente avaliada; 5,9% (N=3) informaram que o intervalo de avaliação da dor neonatal é de

2/2h; 3,9% (N=2) dos enfermeiros relataram que o intervalo de avaliação é de 4/4h e outros 3,9% (N=2) enfatizaram que no cuidado pós-operatório a dor é avaliada de 4/4h e para pacientes clínicos de 6/6h.

Os profissionais responsáveis pela avaliação da dor do RN são em sua maioria enfermeiros (84,3%), seguidos por técnicos (62,7%) e auxiliares de enfermagem (11,8%).

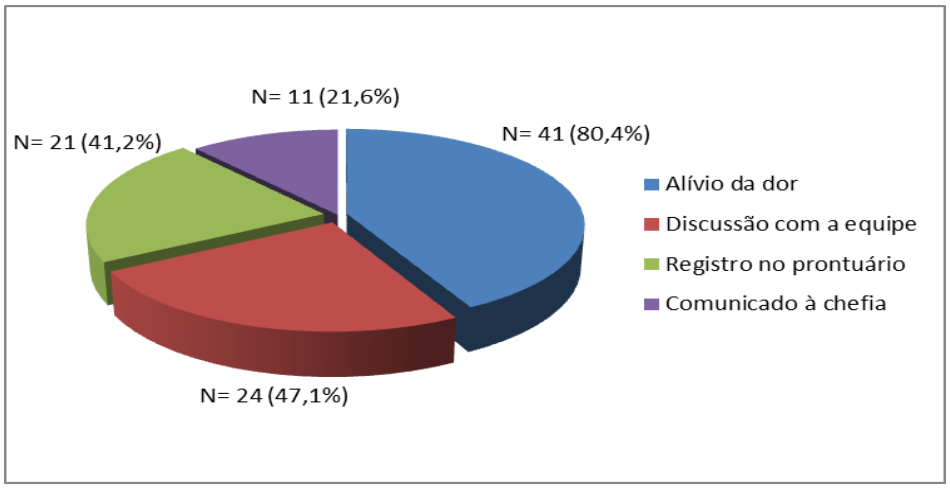
O escore de avaliação da dor neonatal é registrado segundo os enfermeiros, na evolução de enfermagem (47,1%; anotação de enfermagem (35,3%); balanço hídrico (15,7%) e impresso próprio (2%) como mostra a tabela 6 abaixo.

Tabela 6: Locais de registro da avaliação da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

Local de registro	N	%
Evolução de enfermagem	24	47,1%
Anotação de enfermagem	18	35,3%
Balanço hídrico	8	15,7%
Impresso próprio	1	2,0%
Outros	0	0,0%

Ao identificar que o RN apresenta dor durante um procedimento doloroso, a conduta a ser tomada pelos enfermeiros quando a escala de avaliação da dor não é utilizada é demonstrado no gráfico 9. O gráfico 10 traz informação das condutas tomadas pelos enfermeiros quando a escala de avaliação da dor é empregada.

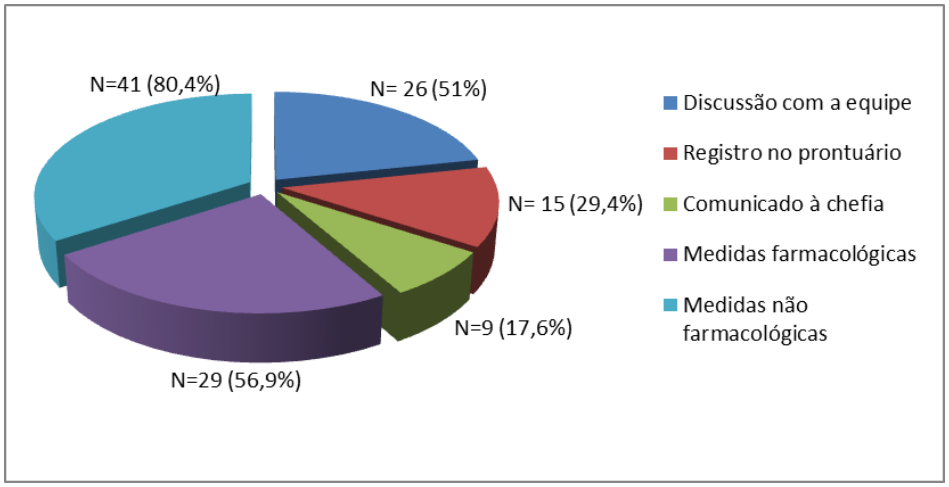
Gráfico 9: Conduta realizada pelos enfermeiros quando a escala da dor não é utilizada nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)



Quando a escala de avaliação da dor não é utilizada na UTIN as condutas a serem tomadas pelos enfermeiros são: alívio da dor (80,4%); discussão com a equipe (47,1%); registro no prontuário (41,2%) e comunicado à chefia (21,6%).

Já quando se faz uso da escala para avaliação da dor neonatal as condutas a serem tomadas pelos enfermeiros são: uso de medidas não-farmacológicas (80,4%); uso de medidas farmacológicas (56,9%); discussão com a equipe (51%); registro no prontuário (29,4%) e comunicado à chefia (17,6%).

Gráfico 10: Conduta realizada pelos enfermeiros quando a escala da dor é utilizada nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)



As intervenções farmacológicas utilizadas pelos enfermeiros para alívio da dor de RNs internados em UTINs são mostrados a seguir na tabela 7.

Tabela 7: Medidas farmacológicas empregadas pelos enfermeiros para o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

Medidas Farmacológicas	N	%
Paracetamol	24	47,1%
Fentanil	24	47,1%
Morfina	9	17,6%
Codeína	8	15,7%
Midazolam	6	11,8%
Hidrato de Cloral	4	7,8%
Lidocaína	1	2,0%
Bupivacaína	0	0,0%
Outras Medicações	0	0,0%

O Paracetamol e o Fentanil foram as medidas farmacológicas mais assinaladas pelos enfermeiros (47,1%); seguidos por Morfina (17,6%); Codeína (15,7%); Midazolam (11,8%); Hidrato de Cloral (7,8%); Lidocaína foi pouco mencionada (2%) e nenhum enfermeiro fez menção à Bupivacaína.

A tabela 8 traz que as medidas não-farmacológicas para alívio da dor neonatal assinaladas foram: uso de glicose oral (68,6%); sucção não-nutritiva (58,8%); posicionamento (56,9%); ninho (47,1%); diminuição de estímulos auditivos (35,3%); método canguru (35,3%); toque (35,3%); diminuição de estímulos visuais (33,3%); contenção (33,3%); aleitamento materno (31,4%); massagem (19,6%) e musicoterapia (3,9%).

Tabela 8: Medidas não-farmacológicas empregadas pelos enfermeiros para o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana- Curitiba, 2015. (N=51)

Medidas não-farmacológicas	N	%
Glicose oral	35	68,6%
Sucção não-nutritiva	30	58,8%
Posicionamento	29	56,9%
Ninho	24	47,1%
Diminuição de estímulos auditivos	18	35,3%
Canguru (método)	18	35,3%
Toque	18	35,3%
Diminuição de estímulos visuais	17	33,3%
Contenção	17	33,3%
Aleitamento materno	16	31,4%
Massagem	10	19,6%
Musicoterapia	2	3,9%
Outros	1	2,0%

4.3 CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS NO MANEJO DA DOR NEONATAL

Os dados referentes aos conhecimentos e práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal traduzem o que os enfermeiros sabem e o que eles aplicam na prática assistencial.

Para que estes dados fossem apresentados de modo a facilitar a leitura, algumas afirmativas dos questionários representadas nas tabelas 9 e 10 foram

reduzidas, mas sem perder a essência do contexto. Dessa forma, algumas abreviações se fizeram necessárias para que as tabelas contemplassem todos os dados. Abaixo no quadro 1, estão as abreviaturas realizadas.

Quadro 1: Abreviações para leitura das tabelas 9 e 10. Curitiba, 2015.

Onde se lê	Leia-se
F	Frequência
FC	Frequência cardíaca
FR	Frequência respiratória
MF	Medida farmacológica
MNF	Medida não-farmacológica
P	Porcentagem
PA	Pressão arterial
PE	Prescrição de enfermagem
PI	Pressão intracraniana
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido pré-termo
SatO2	Saturação de Oxigênio
SN	Se necessário
SNN	Sucção não-nutritiva
SSVV	Sinais vitais
T	Temperatura
VM	Ventilação mecânica

A tabela 9 mostra as afirmativas dos conhecimentos contidas no questionário aplicado aos enfermeiros.

Nas afirmativas de conhecimento um e dois, objetivou-se saber o grau de concordância dos enfermeiros em relação à capacidade do RNPT e RN a termo sentir dor. Obteve-se no resultado que quatro enfermeiros (8%) discordam que o RNPT tem a capacidade de sentir dor; um (2%) discorda parcialmente; dois concordam parcialmente (4%) e 43 (86%) concordam que o RNPT sente dor. Em relação ao RN a termo, os resultados foram parecidos, quatro enfermeiros (8%) discordam que o RN a termo sente dor; cinco concordam parcialmente (10%) e 41 (82%) concordam.

Na afirmativa que a dor no RN pode alterar a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial, saturação de oxigênio, e pressão intracraniana 5,9% (N=3) dos enfermeiros concordam parcialmente e 94,1% (N=48) concordam. Ao afirmar que o RN pode alterar sua mímica facial, movimentos de

membros e o choro 3,9% (N=2) concordam parcialmente e 96,1% (N=49) concordam. A luminosidade e o ruído podem alterar as reações à dor do RN, cerca de 44 enfermeiros (86,3%) concordam, 5 enfermeiros (9,8%) concordam parcialmente, 1 (2%) enfermeiro não sabe e 1 (2%) discorda parcialmente.

Ao afirmar que a dor em RNs não é reconhecida por profissionais, 26% (N=13) discordam; 14% (N=7) discordam parcialmente; 46% (N=23) concordam parcialmente e 14% (N=7) concordam. Na afirmativa que a dor em RNs não é considerada por pesquisadores 41,2% (N=21) discordam; 23,5% (N=12) discordam parcialmente; 2% (N=1) não sabe e 33,3% (N=17) concordam parcialmente.

Para a afirmativa que o RN reage à dor de forma particular, dois (4%) enfermeiros discordam; três (6%) discordam parcialmente; 11 (22%) concordam parcialmente e 34 (68%) concordam. Ao afirmar que a dor é considerada como um dos sinais vitais do RN, um enfermeiro (2%) discorda parcialmente; dois (3,9%) não sabem; sete (13,7%) concordam parcialmente e 41 enfermeiros (80,4%) concordam.

A avaliação da dor no RN deve ser sistematizada, para esta afirmativa teve-se por resultado que 9,8% (N=5) dos enfermeiros concordam parcialmente e 90,2% (N=46) concordam. Já para a afirmativa que a avaliação da dor deve fazer parte da prescrição de enfermagem os resultados foram: 2% (N=1) responderam que concordam parcialmente e 98% (N=50) concordam.

Ao afirmar que os RNs não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso, 38 enfermeiros (74,5%) discordam; sete (13,7%) discordam parcialmente; dois (3,9%) não sabem; três enfermeiros (5,9%) concordam parcialmente e um (2%) enfermeiro concorda. Na afirmativa que a dor neonatal pode ser avaliada sem o uso de escalas, 20 enfermeiros (39,2%) discordam; 10 (19,6%) discordam parcialmente; um enfermeiro (2%) não sabe; oito (15,7%) concordam parcialmente e 12 enfermeiros (23,5%) concordam. Ao afirmar que o uso de escalas para avaliação da dor neonatal é importante para a prática profissional, sete enfermeiros (13,7%) concordam parcialmente e 44 (86,3%) concordam.

Para a afirmativa que é importante registrar a dor no prontuário do RN, 2% (N=1) concordam parcialmente e 98% (N=50) concordam. Ao afirmar que o registro da avaliação da dor no prontuário do RN é um pré-requisito para o adequado controle da dor neonatal 7,8% (N=4) dos enfermeiros concordam parcialmente e 92,2% (N=47) concordam.

Ao afirmar que o enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do recém-nascido, dois enfermeiros (3,9%) discordam parcialmente; 23 (45,1%) concordam parcialmente e 26 enfermeiros (51%) concordam. Para a afirmativa de que o manejo da dor do RN depende da sua avaliação, um enfermeiro (2%) discorda; um (2%) discorda parcialmente; 14 enfermeiros (27,5%) concordam parcialmente e 35 (68,6%) concordam. Ao afirmar que o registro da avaliação de dor dos RNs resulta em seu alívio, oito enfermeiros (15,7%) discordam; sete (13,7%) discordam parcialmente; um (2%) enfermeiro não sabe; 20 (39,2%) concordam parcialmente e 15 enfermeiros (29,4%) concordam.

Cerca de 4% (N=2) dos enfermeiros discordam que possuir conhecimento de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor em RN auxilia no seu alívio. Para a mesma afirmativa cerca de 8% (N=4) dos enfermeiros concordam parcialmente e 88% (N=44) concordam. Quatro enfermeiros (7,8%) concordam parcialmente que a implementação de medidas não-farmacológicas para alívio da dor do RN é necessária e 47 (92,2%) concordam com esta afirmativa.

Para a afirmativa que os pais podem ajudar no manejo da dor do RN, 2% dos enfermeiros (N=1) discordam; 11,8% (N=6) concordam parcialmente e 86,3% (N=44) concordam. Ao afirmar que apesar de sentir dor, os RNs podem dormir ou não reagir à dor, 11 enfermeiros (21,6%) discordam; 2 (3,9%) discordam parcialmente; 5,9% (N=3) não sabem; 39,2% (N=20) concordam parcialmente e 29,4% (N=15) concordam.

Ao afirmar que os RNs submetidos a repetidos procedimentos dolorosos podem apresentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento, três enfermeiros (6%) discorda; um (2%) discorda parcialmente; cinco enfermeiros (10%) não sabem responder; oito (16%) concordam parcialmente e 33 enfermeiros (66%) concordam.

Para a afirmativa que o diagnóstico médico/clínico do RN influencia no manejo da dor, obteve-se: 3,9% (N=2) dos enfermeiros discordam; 5,9% (N=3) discordam parcialmente; 2% (N=1) não sabem; 21,6% (N=11) concordam parcialmente e 66,7% (N=34) dos enfermeiros concordam.

Na afirmativa que a decisão conjunta de profissionais (médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) é necessária para o manejo da dor em RNs, 2% (N=1) discordam parcialmente; 2% (N=1) concordam parcialmente e 96,1% (N=49) concordam.

Em relação às medidas farmacológicas para tratamento da dor neonatal, a afirmativa que os sedativos aliviam a dor em RNs teve como resposta dos enfermeiros: 14% (N=7) discordam; 8% (N=4) discordam parcialmente; 32% (N=16) concordam parcialmente e 46% (N=23) concordam. Ao afirmar que os analgésicos opióides são adequados para aliviar a dor em RNs, dois enfermeiros (3,9%) discordam; quatro (7,8%) discordam parcialmente; seis enfermeiros (11,8%) não sabem; 26 (51%) concordam parcialmente e 13 enfermeiros (25,5%) concordam. Na afirmativa de que os analgésicos opióides são adequados para RNs em ventilação mecânica, um (2%) enfermeiro discorda; nove (17,6%) não sabem; 17 enfermeiros (33,3%) concordam parcialmente e 24 (47,1%) concordam. E ao afirmar que os analgésicos não-opióides são adequados para alívio da dor decorrente de procedimentos dolorosos em RNs um enfermeiro (2%) discorda parcialmente; oito (15,7%) não sabem; 18 (35,3%) concordam parcialmente e 24 enfermeiros (47,1%) concordam.

Tabela 9: Conhecimentos dos enfermeiros sobre o manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

	Discorda		Discorda parcialmente		Não sabe		Concorda parcialmente		Concorda	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1. O RNPT sente dor	4	8,0%	1	2,0%	0	0,0%	2	4,0%	43	86,0%
2. O RN a termo sente dor	4	8,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	10,0%	41	82,0%
3. A dor pode alterar a FC, FR, T, PA, SatO2 e PI de um RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	5,9%	48	94,1%
4. A dor pode alterar a mímica facial, movimentos de membros e o choro de um RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	2	3,9%	49	96,1%
5. Luminosidade e ruídos podem alterar as reações à dor do RN	0	0,0%	1	2,0%	1	2,0%	5	9,8%	44	86,3%
6. A dor em RNs não é reconhecida por profissionais.	13	26,0%	7	14,0%	0	0,0%	23	46,0%	7	14,0%
7. A dor em RNs não é considerada por pesquisadores.	21	41,2%	12	23,5%	1	2,0%	17	33,3%	0	0,0%
8. O RN reage à dor de forma particular.	2	4,0%	3	6,0%	0	0,0%	11	22,0%	34	68,0%
9. A dor é considerada como um dos SSVV do RN	0	0,0%	1	2,0%	2	3,9%	7	13,7%	41	80,4%
10. A avaliação da dor no RN deve ser sistematizada	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	5	9,8%	46	90,2%
11. A avaliação da dor deve fazer parte da PE	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	50	98,0%
12. Os RNs não necessitam de analgésicos devido à imaturidade do sistema nervoso	38	74,5%	7	13,7%	2	3,9%	3	5,9%	1	2,0%
13. A dor neonatal pode ser avaliada sem o uso de escalas	20	39,2%	10	19,6%	1	2,0%	8	15,7%	12	23,5%

	Discorda		Discorda parcialmente		Não sabe		Concorda parcialmente		Concorda	
	F	**P**	**F**	**P**	**F**	**P**	**F**	**P**	**F**	**P**
14. O uso de escalas para avaliação da dor é importante para a prática	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	7	13,7%	44	86,3%
15. É importante registrar a dor no prontuário do RN	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,0%	50	98,0%
16. O registro da avaliação da dor é um pré-requisito para seu controle	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	7,8%	47	92,2%
17. O enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do RN	0	0,0%	2	3,9%	0	0,0%	23	45,1%	26	51,0%
18. O manejo da dor do RN depende da sua avaliação.	1	2,0%	1	2,0%	0	0,0%	14	27,5%	35	68,6%
19. O registro da avaliação de dor dos RNs resulta em seu alívio.	8	15,7%	7	13,7%	1	2,0%	20	39,2%	15	29,4%
20. Ter conhecimento de MNFs para o alívio da dor auxilia no seu alívio.	2	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	8,0%	44	88,0%
21. A implementação de MNFs para alívio da dor é necessária.	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	4	7,8%	47	92,2%
22. Os pais podem ajudar no manejo da dor do RN	1	2,0%	0	0,0%	0	0,0%	6	11,8%	44	86,3%
23. Apesar de sentir dor, os RNs podem dormir ou não reagir à dor	11	21,6%	2	3,9%	3	5,9%	20	39,2%	15	29,4%
24. Os RNS submetidos a repetidos procedimentos dolorosos podem apresentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento.	3	6,0%	1	2,0%	5	10,0%	8	16,0%	33	66,0%
25. O diagnóstico médico do RN influencia no manejo da dor	2	3,9%	3	5,9%	1	2,0%	11	21,6%	34	66,7%

	Discorda		Discorda parcialmente		Não sabe		Concorda parcialmente		Concorda	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
26. A decisão conjunta de profissionais é necessária para o manejo da dor em RNs	0	0,0%	1	2,0%	0	0,0%	1	2,0%	49	96,1%
27. Sedativos aliviam a dor em RNs	7	14,0%	4	8,0%	0	0,0%	16	32,0%	23	46,0%
28. Analgésicos opióides são adequados para aliviar a dor em RNs	2	3,9%	4	7,8%	6	11,8%	26	51,0%	13	25,5%
29. Analgésicos opióides são adequados para RN em VM	1	2,0%	0	0,0%	9	17,6%	17	33,3%	24	47,1%
30. Analgésicos não-opióides são adequados para alívio da dor em RNs	0	0,0%	1	2,0%	8	15,7%	18	35,3%	24	47,1%

A tabela 10 a seguir, mostra as afirmativas das práticas assistenciais contidas no questionário aplicado aos enfermeiros; observou-se que na afirmativa “avalio a dor em RNs por meio do choro”, 14 (29,2%) dos enfermeiros responderam algumas vezes; 23 (47,9%) a maioria das vezes e 11 enfermeiros (22,9%) responderam que sempre. Para a afirmativa “avalio a dor em RNs pela sua mímica facial”, 12 enfermeiros (24,5%) responderam algumas vezes; 17 (34,7%) a maioria das vezes e 20 enfermeiros (40,8%) responderam sempre. Ao afirmar a prática que “avalio a dor em RNs pela sua movimentação corporal e agitação”, um (2%) enfermeiro mencionou raramente; seis (12%) algumas vezes; 17 (34%) a maioria das vezes e 26 (52%) enfermeiros mencionaram realizar sempre esta prática.

Para a afirmativa “avalio a dor em RNs junto com os sinais vitais”, 2% (N=1) dos enfermeiros responderam raramente; 22% (N=11) algumas vezes; 14% (N=7) a maioria das vezes e 62% (N=31) sempre. Para a prática “utilizo escalas para avaliar a dor em RNs”, 34,7% (N=17) dos enfermeiros afirmaram nunca utilizar; 16,3% (N=8) raramente usar; 16,3% (N=8) algumas vezes; 12,2% (N=6) a maioria das vezes e 20,4% (N=10) informaram sempre utilizar escalas para avaliação da dor neonatal.

A afirmativa “registro no prontuário as manifestações/escores de dor dos RNs” teve por resposta de sete (14%) enfermeiros que nunca realizam esta prática; quatro (8%) raramente registram; nove (18%) algumas vezes fazem; 11 (22%) registram na maioria das vezes e 19 enfermeiros (38%) sempre registram o escore da dor do RN. Para a afirmativa “comunico e discuto com a equipe de saúde sobre as manifestações/escores de dor dos RNs”, teve por resposta que três enfermeiros (5,9%) nunca fazem esta prática; quatro (7,8%) raramente fazem; cinco (9,8%) fazem algumas vezes; 14 (27,5%) realizam esta prática na maioria das vezes e 25 enfermeiros (49%) informaram sempre comunicar e discutir com a equipe assistencial sobre os scores de dor dos RNs.

Para as afirmativas de estratégias não-farmacológicas de alívio da dor neonatal obteve-se os seguintes resultados. Na afirmativa “utilizo a sucção não nutritiva para aliviar a dor do RN durante a realização de procedimentos dolorosos”, 15,7% (N=8) dos enfermeiros responderam que a utilizam algumas vezes; 37,3% (N=19) utilizam na maioria das vezes e 47,1% (N=24) sempre utilizam a sucção não nutritiva para alívio da dor do RN. Já na afirmativa “promovo o aleitamento materno para aliviar a dor do RN durante os procedimentos dolorosos”, 17,6% (N=9) dos

enfermeiros responderam que nunca o fazem; 19,6% (N=10) raramente fazem; 39,2% (N=20) fazem algumas vezes; 9,8% (N=5) fazem na maioria das vezes e 13,7% (N=7) dos enfermeiros sempre promovem o aleitamento materno como medida para redução da dor do RN. Na afirmativa “promovo o contato pele a pele para aliviar a dor do RN durante os procedimentos dolorosos”, três enfermeiros (5,9%) informaram nunca fazerem; 13 (25,5%) raramente realizam; 33,3% (N=17) realizam algumas vezes; 25,5% (N=13) realizam na maioria das vezes e 9,8% (N=5) sempre promovem o contato pele a pele como medida não-farmacológica para alívio da dor neonatal.

Na afirmativa “ofereço sacarose ou glicose oral para alíviar a dor do RN antes dele ser submetido a procedimentos dolorosos”, 2% (N=1) dos enfermeiros informaram nunca realizar esta prática; 3,9% (N=2) raramente realizam; 11,8% (N=6) realizam algumas vezes; 39,2% (N=20) realizam na maioria das vezes e 43,1% (N=22) sempre oferecem sacarose ou glicose oral para alívio da dor neonatal. A combinação de medidas não-farmacológicas é possível na prática assistencial. Dessa forma, na afirmativa “ofereço sacarose ou glicose oral e a sucção não nutritiva para aliviar a dor do RN submetido a procedimentos dolorosos”, 3,9% (N=2) dos enfermeiros responderam que nunca fazem; 5,9% (N=3) raramente realizam; 15,7% (N=8) realizam algumas vezes; 35,3% (N=18) dos enfermeiros fazem na maioria das vezes e 39,2% (N=20) sempre utilizam a combinação de sacarose/glicose e sucção não-nutritiva nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana.

Para a afirmativa “posiciono o RN para aliviar a sua dor”, um (2%) enfermeiro informou raramente realizar; 6 (11,8%) algumas vezes posicionam; 17 (33,3%) enfermeiros muitas vezes realizam esta prática e 27 enfermeiros (52,9%) posicionam o RN na tentativa de aliviar sua dor. Na afirmativa “realizo a contenção facilitada do RN durante procedimentos dolorosos”, obteve-se 5,9% (N=3) dos enfermeiros nunca realizam; 3,9% (N=2) raramente realizam; 21,6% (N=11) realizam algumas vezes; 41,2% (N=21) realizam na maioria das vezes e 27,5% (N=14) sempre utilizam a contenção facilitada como medida não-farmacológica de alívio da dor do RN. Já na afirmativa “realizo o enrolamento do RN antes de procedimentos dolorosos”, as respostas foram 4% (N=2) dos enfermeiros informaram nunca realizarem; 10% (N=5) raramente realizam; 22% (N=11) realizam algumas vezes; 36% (N=18) muitas vezes realizam e 28% (N=14) sempre enrola o RN para aliviar sua dor.

Na afirmativa “utilizo mais de uma medida não-farmacológica para aliviar a dor dos RNs”, três (5,9%) enfermeiros informaram nunca utilizar; quatro (7,8%) raramente utilizar; sete (13,7%) utilizar algumas vezes; 24 enfermeiros (47,1%) muitas vezes utilizam mais de uma medida não-farmacológica de alívio da dor neonatal e 13 enfermeiros (25,5%) sempre utilizam. Na afirmativa “utilizo medidas farmacológicas e não-farmacológicas combinadas para aliviar a dor em RNs”, 6% (N=3) dos enfermeiros raramente utilizam; 34% (N=17) utilizam algumas vezes; 38% (N=19) muitas vezes utilizam e 22% (N=11) dos enfermeiros sempre usam medidas farmacológicas e não-farmacológicas para aliviar a dor neonatal.

Na afirmativa “discuto com a equipe de saúde as medidas não-farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em RNs”, três enfermeiros (5,9%) informaram nunca discutir com a equipe; 6 (11,8%) raramente discutem; 12 (23,5%) algumas vezes fazem; 15 (19,4%) fazem na maioria das vezes e 15 (29,4%) enfermeiros sempre discutem com a equipe assistencial as medidas não farmacológicas a serem utilizadas para prevenção e alívio da dor neonatal. Na afirmativa “registro as avaliações de dor no prontuário dos RNs”, seis enfermeiros (11,8%) informaram nunca registrarem; três (5,9%) raramente registram; cinco (9,8%) registram algumas vezes; 16 (31,4%) registram a maioria das vezes e 21 enfermeiros (41,2%) sempre registram as avaliações da dor no prontuário do paciente. Na afirmativa “registro no prontuário dos RNs as intervenções não-farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor”, 11,8% (N=6) dos enfermeiros nunca registram; 9,8% (N=5) raramente registram; 17,6% (N=9) algumas vezes registram; 17,6% (N=8) registram na maioria das vezes e 43,1% (N=22) dos enfermeiros sempre fazem o registro no prontuário do RN. Na afirmativa “registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de medidas não-farmacológicas para prevenção e alívio da dor”, 12% (N=6) dos enfermeiros nunca registram; 16% (N=8) raramente registram; 10% (N=5) algumas vezes registram; 18% (N=9) registram na maioria das vezes e 44% (N=22) sempre registram.

Para a afirmativa “informo aos pais/familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados com o RN”, as respostas foram 2% (N=1) dos enfermeiros nunca informa; 2% (N=1) raramente informa; 15,7% (N=8) informam algumas vezes; 27,5% (N=14) informam na maioria das vezes e 52,9% (N=27) dos enfermeiros sempre informam para os pais os procedimentos dolorosos a serem realizados com o RN. Na afirmativa “solicito aos pais/familiares a participarem da

prevenção e alívio da dor do RN", as respostas foram 6% (N=3) dos enfermeiros responderam nunca solicitarem; 12% (N=6) raramente solicitam; 32% (N=16) solicitam algumas vezes; 26% (N=13) solicitam na maioria das vezes e 24% (N=12) dos enfermeiros sempre solicitam a participação dos pais na prevenção e alívio da dor no RN.

Na afirmativa "administro analgésicos opióides, prescritos como se necessário, para aliviar a dor repetida e prolongada do RN", um enfermeiro (2%) respondeu que nunca administra; oito (15,7%) raramente administra; 12 (23,5%) administram algumas vezes; 20 (39,2%) administram na maioria das vezes e 10 (19,6%) sempre administram. Na afirmativa "administro analgésicos opióides, prescritos como se necessário, para RNs em ventilação mecânica", um enfermeiro (2%) respondeu que nunca administra; sete (14,3%) raramente administra; 20 (40,8%) administram algumas vezes; 12 (24,5%) administram na maioria das vezes e nove (18,4%) sempre administram.

Na afirmativa "administro analgésicos não-opióides, prescritos como se necessário, para alívio da dor em RNs", um enfermeiro (2%) respondeu que nunca administra; 10 (20%) raramente administram; 19 (38%) administram algumas vezes; 13 (26%) administram na maioria das vezes e sete (14%) sempre administram. Na afirmativa "administro analgésicos não-opióides, prescritos como se necessário, para alívio da dor decorrente de procedimentos dolorosos em RNs", dois enfermeiros (3,9%) nunca administram; 10 (19,6%) raramente administram; 21 (41,2%) administram algumas vezes; 10 (19,6) administram na maioria das vezes e oito (15,7%) sempre administram. Na afirmativa "administro sedativos, prescritos como se necessário, para manejo da dor em RNs", 10 enfermeiros (19,6%) responderam que nunca administram; 14 (27,5%) raramente administram; 13 (25,5%) administram algumas vezes; nove (17,6%) administram na maioria das vezes e cinco (9,8%) sempre administram.

Na afirmativa "registro no prontuário dos RNs as intervenções farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor", um enfermeiro (2%) respondeu que nunca registra; três (5,9%) raramente registram; dois (3,9%) registram algumas vezes; seis (11,8%) registram na maioria das vezes e 39 (76,5%) sempre registram. Na afirmativa "registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de medidas farmacológicas para prevenção e alívio da dor", dois enfermeiros (3,9%) responderam nunca registram; três (5,9%) raramente registram; quatro (7,8%)

registram algumas vezes; três (5,9%) registram na maioria das vezes e 39 (76,5%) sempre registram; e para a afirmativa “discuto com a equipe de saúde as medidas farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em RNs”, cinco enfermeiros (9,8%) responderam que nunca discutem; dois (3,9%) raramente discutem; oito (15,7%) discutem algumas vezes; 16 (31,4%) discutem na maioria das vezes e 20 (39,2%) enfermeiros sempre discutem com a equipe assistencial as medidas farmacológicas a serem administradas na prevenção e alívio da dor neonatal.

Tabela 10: Práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal nas UTINs de Curitiba e Região Metropolitana. Curitiba, 2015. (N=51)

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Maioria das vezes		Sempre	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1. Avalio a dor em RNs pelo choro	0	0,0%	0	0,0%	14	29,2%	23	47,9%	11	22,9%
2. Avalio a dor em RNs pela mímica facial	0	0,0%	0	0,0%	12	24,5%	17	34,7%	20	40,8%
3. Avalio a dor em RNs pela movimentação corporal e agitação	0	0,0%	1	2,0%	6	12,0%	17	34,0%	26	52,0%
4. Avalio a dor em RNs junto com os SSVV	0	0,0%	1	2,0%	11	22,0%	7	14,0%	31	62,0%
5. Utilizo escalas para avaliar a dor em RNs	17	34,7%	8	16,3%	8	16,3%	6	12,2%	10	20,4%
6. Registro no prontuário os escores de dor dos RNs	7	14,0%	4	8,0%	9	18,0%	11	22,0%	19	38,0%
7. Comunico e discuto com a equipe sobre os escores de dor dos RNs	3	5,9%	4	7,8%	5	9,8%	14	27,5%	25	49,0%
8. Utilizo a SNN para alíviar a dor do RN	0	0,0%	0	0,0%	8	15,7%	19	37,3%	24	47,1%
9. Promovo o aleitamento materno para aliviar a dor do RN	9	17,6%	10	19,6%	20	39,2%	5	9,8%	7	13,7%
10. Promovo o contato pele a pele para aliviar a dor do RN	3	5,9%	13	25,5%	17	33,3%	13	25,5%	5	9,8%
11. Ofereço sacarose ou glicose oral para alíviar a dor do RN antes de procedimentos dolorosos	1	2,0%	2	3,9%	6	11,8%	20	39,2%	22	43,1%
12. Ofereço sacarose ou glicose oral e SNN para alíviar a dor do RN em procedimentos dolorosos	2	3,9%	3	5,9%	8	15,7%	18	35,3%	20	39,2%
13. Posiciono o RN para aliviar a sua dor	0	0,0%	1	2,0%	6	11,8%	17	33,3%	27	52,9%
14. Realizo a contenção facilitada do RN durante procedimentos dolorosos	3	5,9%	2	3,9%	11	21,6%	21	41,2%	14	27,5%
15. Realizo o enrolamento do RN antes de procedimentos dolorosos	2	4,0%	5	10,0%	11	22,0%	18	36,0%	14	28,0%
16. Utilizo mais de uma MNF para aliviar a dor dos RNs	3	5,9%	4	7,8%	7	13,7%	24	47,1%	13	25,5%

	Nunca		Raramente		Algumas vezes		Maioria das vezes		Sempre	
	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
17. Utilizo MFs e MNFs combinadas para aliviar a dor em RNs	0	0,0%	3	6,0%	17	34,0%	19	38,0%	11	22,0%
18. Discuto com a equipe as MNFs utilizadas para prevenção e alívio da dor em RNs	3	5,9%	6	11,8%	12	23,5%	15	29,4%	15	29,4%
19. Registro as avaliações de dor no prontuário dos RNs	6	11,8%	3	5,9%	5	9,8%	16	31,4%	21	41,2%
20. Registro no prontuário dos RNs as MNFs para a prevenção e o alívio da dor	6	11,8%	5	9,8%	9	17,6%	9	17,6%	22	43,1%
21. Registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MNFs utilizadas	6	12,0%	8	16,0%	5	10,0%	9	18,0%	22	44,0%
22. Informo aos pais/familiares os procedimentos dolorosos a serem realizados	1	2,0%	1	2,0%	8	15,7%	14	27,5%	27	52,9%
23. Solicito aos pais/familiares a participarem da prevenção e alívio da dor do RN	3	6,0%	6	12,0%	16	32,0%	13	26,0%	12	24,0%
24. Administro analgésicos opióides, prescritos como SN, para aliviar a dor do RN	1	2,0%	8	15,7%	12	23,5%	20	39,2%	10	19,6%
25. Administro analgésicos opióides, prescritos como SN, para RNs em VM	1	2,0%	7	14,3%	20	40,8%	12	24,5%	9	18,4%
26. Administro analgésicos não-opióides, prescritos como SN, para alívio da dor em RNs	1	2,0%	10	20,0%	19	38,0%	13	26,0%	7	14,0%
27. Administro analgésicos não-opióides, prescritos como SN, para alívio decorrente de procedimentos dolorosos em RNs	2	3,9%	10	19,6%	21	41,2%	10	19,6%	8	15,7%
28. Administro sedativos, prescritos como SN, para manejo da dor em RNs	10	19,6%	14	27,5%	13	25,5%	9	17,6%	5	9,8%
29. Registro no prontuário dos RNs as MFs utilizadas	1	2,0%	3	5,9%	2	3,9%	6	11,8%	39	76,5%
30. Registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MFs	2	3,9%	3	5,9%	4	7,8%	3	5,9%	39	76,5%
31. Discuto com a equipe as MFs utilizadas	5	9,8%	2	3,9%	8	15,7%	16	31,4%	20	39,2%

5. DISCUSSÃO

5.DISCUSSÃO

Esta pesquisa objetivou descrever o conhecimento e as práticas dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RNs internados; caracterizar as estratégias farmacológicas e não-farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados em UTINs de Curitiba e Região Metropolitana e verficar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

A discussão do presente estudo é baseada na proposta de Atenção humanizada ao RN de baixo peso, método canguru do Ministério da Saúde (Brasil, 2011) que menciona a redução da dor e do estresse de RNs internados em UTINs. Para os enfermeiros, a assistência humanizada ao RN engloba não somente uma, mas um conjunto de ações. Porém, na prática clínica há uma diversidade de limitações que dificultam à viabilização de diversas ações dos enfermeiros, tornando-se, necessário a conscientização e sensibilização da equipe de saúde através da implementação de práticas que promovam o cuidado humanizado (Rocha et al., 2015). Nessa perspectiva, o manejo da dor do RN é um cuidado humanizado ao ser prestado pela equipe multiprofissional atuante na UTIN.

As seis UTINs participantes deste estudo foram incluídas por apresentarem semelhanças entre si: são unidades que prestam atendimento ao SUS e de alta complexidade. Três são hospitais da Região Metropolitana de Curitiba e três pertencem à capital, sendo que a amostra dos participantes foi constituída por 51 enfermeiros.

Dessa forma, todas as UTINs são do grau III que segundo a Portaria nº 930 de 10 de maio de 2012 necessitam funcionar em instituição hospitalar cadastrada no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), com no mínimo 80 leitos gerais. Além disso, devem possuir uma estrutura mínima contendo centro cirúrgico, serviço de RX, ecodopplercardiografia, hemogasômetro 24 horas, banco de leite humano ou unidade de coleta. A estrutura física deve atender as normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e dispor de materiais e equipamentos específicos para atendimento ao RN. Também são necessários alguns serviços de especialidades e diagnósticos à beira do leito. A equipe de enfermagem deve ser composta por um enfermeiro coordenador, com título de especialização em Terapia Intensiva/Terapia Intensiva Neonatal ou no

mínimo cinco anos de experiência profissional na área; um enfermeiro assistencial para cada cinco leitos ou fração em cada turno e um técnico de enfermagem para cada dois leitos em cada turno (Brasil, 2012a).

Ao analisar os dados das UTINs participantes verifica-se que a variação foi de quatro a 17 enfermeiros com média de 9,33 e mediana de 9, demonstrando então, homogeneidade nesta população, com DP= 4,50. Para os técnicos de enfermagem variou de 13 a 38 com média de 23 (DP=9,79) e para auxiliares de enfermagem variou de 0 a 33 com média de 5,50 (DP=13,47). Em relação ao número de profissionais para atendimento por leito de UTINs, os resultados mostram que há uma média de 0,57 enfermeiros sendo que todas as UTINs analisadas estão em conformidade com a Portaria 930/12 que regulamenta o número de um enfermeiro a cada cinco leitos (Brasil, 2012a). Para os técnicos de enfermagem, a mesma portaria menciona um técnico para cada dois leitos. Assim, os dados trazem uma média de 1,51 técnicos de enfermagem por leito e para os auxiliares de enfermagem houve uma média de 0,22 por leito.

Segundo a Portaria 930/12, a UTIN grau III deve contar com a assistência prestada exclusivamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, não relatando a categoria de auxiliares de enfermagem neste ambiente, visto que na UTIN os cuidados prestados aos RNs são considerados complexos (Brasil, 2012a). Segundo a Lei do exercício profissional de enfermagem Nº 7.498/86, os auxiliares de enfermagem devem exercer atividades de execução simples, de nível médio sob supervisão (Brasil, 1986). No entanto, a UTIN 3 possui auxiliares de enfermagem (N=33) no seu quadro funcional.

Nas UTINs participantes do estudo, mesmo sendo todas de grau III, as coordenadoras relataram possuírem pacientes de alto, médio e baixo risco. Dessa forma, o dimensionamento de profissionais de enfermagem se dá conforme a gravidade do RN e necessidade do setor, para que as demandas sejam cobertas e o atendimento realizado.

Vale ressaltar, que a Portaria 930/12, também menciona que poderá ser implantada uma UTIN com dez leitos na proporção de quatro leitos de UTIN, quatro leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais e dois leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru, proporcionalmente (Brasil, 2012a). Nota-se que nos resultados obtidos no presente estudo, 50% (N=3) são

unidades públicas, 50% (N=3) unidades mistas, 50% (N=3) unidades canguru e 33,3% (N=2) são hospitais amigo da criança.

O número de leitos de UTIN variou de nove a 25 leitos e a média de internação mensal é alta e homogênea em relação a esta variável, uma vez que a média e mediana possuem o mesmo valor (15) e DP=7,64.

Os questionários aplicados nesta pesquisa tiveram por objetivo avaliar os conhecimentos e práticas dos 51 enfermeiros no manejo da dor neonatal. Dessa forma, ao explorar o que os enfermeiros sabem e o que eles aplicam na prática assistencial nas UTINs de Curitiba e região metropolitana é possível ter um panorama do manejo da dor dos RNs sendo que tais medidas influenciam no desenvolvimento dessas crianças.

Ao discutir as respostas dos questionários, algumas afirmativas referentes ao conhecimento se complementam com às relacionadas a prática, assim, quando foi possível, estabeleceu-se esta semelhança para facilitar a apresentação e a leitura da discussão dos dados.

A maioria dos enfermeiros do estudo é do sexo feminino (98%), assim como demonstrado em pesquisas semelhantes (Jeong et al., 2014; Nimbalkar et al., 2014; Pölkki et al., 2010; Presbytero, Costa, Santos, 2010; Santos, Kusahara, Pedreira, 2012), traduzindo a questão de gênero, bem como a questão cultural e histórica da profissão.

Em relação às idades dos participantes, houve uma variação de 21 a 52 anos com média de 30,88 anos (DP=6,45), dado parecido aparece nos estudos desenvolvidos por Asadi-Noghabi et al. (2014); Presbytero, Costa, Santos (2010) e Santos, Kusahara, Pedreira (2012) onde a média de idades foi de 32 anos, 32 anos e 31,3 anos respectivamente.

Na presente pesquisa houve correlação estatisticamente significante entre o conhecimento nove (a dor é considerada como um dos SSVV do RN) com a idade dos enfermeiros e entre o conhecimento 23 (apesar de sentir dor, os RNs podem dormir ou não reagir à dor) e a idade dos participantes. Dessa forma pode se pensar que quanto maior a idade do profissional, mais frequente a resposta correta desta afirmativa. Porém, na pesquisa realizada por Martins (2010) a correlação entre a idade e as respostas sobre o conhecimento e o manejo da dor do RN não foram significantes.

Em relação à prática dos enfermeiros, houve correlação estatisticamente significante entre a prática 15 (realizo o enrolamento do RN antes de procedimentos dolorosos), a 25 (administro analgésicos opióides, prescritos como SN, para RNs em VM), a 26 (administro analgésicos não opióides, prescritos como SN, para alívio da dor em RNs), a 27 (administro analgésicos não opióides, prescritos como SN, para alívio decorrente de procedimentos dolorosos em RNs) e a prática 28 (administro sedativos, prescritos como SN, para manejo da dor em RNs), todas estas relacionadas com a idade dos 51 enfermeiros participantes do estudo. Dessa maneira pôde-se observar que quanto maior a idade mais frequente a resposta correta desta afirmativa. A experiência adquirida mediante o tempo de exercício profissional parece favorecer a aquisição de conhecimentos e atitudes corretas do profissional.

Os demais conhecimentos e práticas contidos no questionário não demonstraram significância estatística entre eles e a idade dos participantes do estudo.

Para o tempo de formação dos enfermeiros participantes do estudo, predominou de 1 a 5 anos (47,1% - N=24), seguido por 6 a 10 anos (31,4% - N=16) estando de acordo com o estudo desenvolvido por Caetano et al. (2013) no qual o tempo de formação de 42 profissionais da equipe de enfermagem foi menor que cinco anos (45,2% - N=19) seguido por 26,2% de cinco a dez anos (N=11). A percepção da dor neonatal pelos enfermeiros possui muitos pontos influenciadores o que dificulta sua avaliação.

Estudo desenvolvido por Martins (2010) com 22 enfermeiras, apresentou dados de formação complementar no qual 32% possuíam especialização na área de neonatologia. Aquino e Christoffel (2010) realizaram uma pesquisa com seis enfermeiras das quais (83,3%) possuíam especialização e/ou residência em neonatologia. Cong ,Delaney e Vazquez (2013) demonstraram em estudo realizado com 237 enfermeiras que 36,3% possuíam mestrado e 0,8% doutorado. Santos, Kusahara e Pereira (2012) evidenciaram no estudo realizado com 109 enfermeiros que 61,5% possuíam especialização e 20,2% mestrado ou doutorado. Lélis et al. (2011) entrevistaram dez enfermeiras das quais todas possuíam pós graduação sendo que uma delas era mestre. No presente estudo a formação complementar dos 51 enfermeiros ficou dividida em 54,9% (N=28) especialistas, 5,9% (N=3) possuem residência, outros 5,9% (N=3) são mestres e 2% (N=1) são doutores.

Na presente pesquisa houve correlação estatisticamente significante entre o conhecimento nove (a dor é considerada como um dos SSVV do RN) com a formação complementar dos enfermeiros (residência) e entre o conhecimento 27 (sedativos aliviam a dor em RNs) com a formação complementar dos participantes (mestrado e doutorado) de forma que possuindo residência, mestrado ou doutorado, mais frequente era resposta correta desta afirmativa.

Em relação à prática dos enfermeiros, houve correlação estatisticamente significante entre a prática seis (registro no prontuário os escores de dor dos RNs), com a residência, prática 18 (discuto com a equipe as MNFs utilizadas para prevenção e alívio da dor em RNs) com mestrado e doutorado, práticas 20 e 21 (registro no prontuário dos RNs as MNFs para a prevenção e o alívio da dor e registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MNFs utilizadas) com o mestrado, prática 27 (administro analgésicos não opióides, prescritos como SN, para alívio decorrente de procedimentos dolorosos em RNs) com o doutorado e práticas 29 e 30 (registro no prontuário dos RNs as MFs utilizadas e registro no prontuário dos RNs as intercorrências na administração de MFs) com o mestrado. De modo que possuindo essas formações complementares, mais frequente era resposta correta desta afirmativa. Novamente pode-se inferir que a formação complementar adquirida por meio de cursos parece beneficiar a aquisição de conhecimentos e atitudes corretas do profissional.

Os demais conhecimentos e práticas não demonstraram significância estatística entre eles e a formação complementar dos enfermeiros.

Em relação ao vínculo empregatício pôde-se notar que 25,5% (N=13) são funcionários públicos, 66,7% (N=34) são cooperativos/contratados, 3,9% (N=2) possuem outro tipo de vínculo com a instituição e 3,9% (N=2) não responderam este dado. Cerca de 13 enfermeiros informaram trabalharem de dia, 10 enfermeiros são do turno noturno, 5 não informaram o regime de trabalho e 23 relataram cumprirem outro tipo de horário. Do total de 51 enfermeiros, 11,8% (N=6) informaram possuírem mais um emprego dos quais 3 enfermeiros atuam em UTIN de outra instituição e outros 3 enfermeiros são docentes. Nesta pesquisa, a maioria dos enfermeiros 35,2% (N=18) possuem jornada de trabalho semanal de 36h sendo que os enfermeiros que ultrapassam 40h semanais somam 13,7% (N=7). Alguns estudos semelhantes também mostram que os enfermeiros possuem mais de um vínculo empregatício (Martins, 2010; Santos, Kusahara, Pereira, 2012), este dado reforça

que a má remuneração juntamente com outras dificuldades diárias leva os enfermeiros a possuírem mais de um emprego, onde a renda se sobressai sobre outros aspectos (Silva et al., 2006), estando expostos a acúmulo de funções e maior estresse.

A experiência profissional é abordada em vários estudos como o desenvolvido por Cong, Delaney e Vazquez (2013) com 237 enfermeiros o qual verificou que 63,7% da amostra possuíam mais de 15 anos de experiência profissional na área neonatal. Caetano et al. (2013) com uma amostra de 42 profissionais da equipe de enfermagem constataram que 47,6% possuíam experiência profissional em neonatologia de um a cinco anos. Veronez e Corrêa (2010) realizaram um estudo com 25 profissionais de enfermagem os quais 22 deles tinham entre 4 a 13 anos de experiência em neonatologia. Uma média de 9,4 anos de experiência em UTIN foi verificada no estudo desenvolvido por Pölkki et al. (2010) que teve por amostra 257 enfermeiros de cinco hospitais. Já Cong et al. (2014) tiveram uma amostra de 343 enfermeiras neonatais sendo 237 americanas que possuíam 15 anos de experiência e 106 chinesas com menos de cinco anos de experiência. Os dados obtidos mostram que os enfermeiros tiveram uma média de 6,02 anos (DP=5,86) de experiência na enfermagem, sendo que a experiência em UTIN teve média de 4,39 anos (DP=5,74) e os anos de experiência na UTIN onde trabalham e onde foi realizada a pesquisa variaram de 0 meses a 18,25 anos com média de 3,78 anos (DP=5,39). Verifica-se, portanto, que há semelhança entre os dados desta pesquisa com os obtidos por estudos acima descritos.

Na presente pesquisa houve correlação estatisticamente significante entre o conhecimento nove (a dor é considerada como um dos SSVV do RN) com o tempo de experiência em UTIN dos enfermeiros de forma que quanto maior os anos de experiência em UTIN mais frequente era a resposta correta para esta afirmativa.

Em relação à prática dos enfermeiros, houve correlação estatisticamente significante entre a prática 15 (realizo o enrolamento do RN antes de procedimentos dolorosos) e a prática 25 (administro analgésicos opióides, prescritos como SN, para RNs em VM), com o tempo de experiência em UTIN, as quais são relacionadas de modo que, quanto maior os anos de experiência em UTIN mais frequente era a resposta correta desta afirmativa.

Os demais conhecimentos e práticas não demonstraram significância estatística entre eles e os anos de experiência em UTIN dos enfermeiros participantes do estudo.

Para Pölkki et al. (2003), a idade, escolaridade, tempo de experiência total do enfermeiro e tempo de experiência na especialidade são fatores que influenciam o manejo da dor. No estudo de Pölkki et al. (2010), a educação, experiência profissional e da unidade de trabalho foram os fatores estatisticamente relacionados às atitudes e percepções dos enfermeiros na avaliação de dor RNs.

A participação dos profissionais de saúde em eventos científicos relacionados com o tema da dor neonatal possibilita atualização de seus conhecimentos, proporcionando qualificação na assistência oferecida sendo que tais conhecimentos adquiridos e colocados em prática vão além de rotinas, manuais e treinamentos setoriais.

Os conhecimentos adquiridos sobre manejo da dor neonatal são descritos por Santos, Kusahara e Pereira (2012) em estudo com 109 enfermeiros dos quais 73,4% afirmaram obtenção de aprendizado formal relacionados à dor e analgesia em pediatria, porém 65,2% dos enfermeiros não consideram o aprendizado suficiente para respaldar a prática profissional. A fonte de aprendizado utilizada para atualização sobre manejo da dor foi o aprendizado acadêmico (47,5%), cursos e eventos (27,5%). Aquino e Christoffel (2010) realizaram uma pesquisa com seis enfermeiras onde todas informaram ter participado de eventos científicos sobre a temática da dor (treinamentos e congresso). O presente estudo traz como principais fontes de informações utilizadas para atualização em dor do RN os livros (72,5%), internet (70,6%) e informação de outros profissionais (56,9%) não estando de acordo com os dados apresentados na literatura, sendo que 45,1% dos enfermeiros responderam que realizaram algum curso nos últimos três anos sobre dor neonatal.

Nas informações fornecidas pelos enfermeiros a respeito do manejo da dor na UTIN em que atuam, observou-se que várias respostas sobre a unidade divergiram entre os enfermeiros da mesma instituição mostrando a falta de padronização e conhecimento de rotinas setoriais, estas informações discrepantes são mencionadas na discussão.

O desenvolvimento do sistema nervoso humano se dá durante toda a gestação, inicia-se com seis semanas gestacionais com a formação e aumento de fibras sensoriais e interneurônios no corno posterior da medula espinhal e com sete

semanas de idade gestacional, os receptores sensitivocutâneos já são observados na região perioral do feto (Velde et al., 2006). Sendo que na vigésima semana gestacional, as vias nociceptoras ascendentes são funcionais (Simmons, Tibboel, 2006).

A capacidade de percepção da dor surge no terceiro trimestre de idade gestacional (29 a 30 semanas) quando as vias talamocorticais começam a funcionar, porém não se pode excluir a existência de dor em fases anteriores. A hipótese que os RNs não são capazes de sentir e localizar a dor foi excluída sendo indicado em estudos a maturidade do sistema de transmissão e controle da dor em RNs (Lee et al., 2005).

Verifica-se portanto, que na presente pesquisa a maioria dos enfermeiros concordam com a capacidade do RNPT e RN a termo sentirem dor, porém ainda observa-se profissionais que discordam disso, o que se traduz no atendimento prestado ao RN, muitas vezes com o subtratamento da dor neonatal. Mesmo resultado foi encontrado na pesquisa de Cong, Delaney e Vazquez (2013) e de Cong et al. (2014) nas quais a maioria dos enfermeiros estão de acordo que os RNs são capazes de sentir dor. O estudo de Akuma e Jordan (2012) desenvolvido no Reino Unido com médicos e enfermeiros de sete UTINs, informou que a maioria dos profissionais concordaram que RNs acima de 28 semanas de idade gestacional são capazes de sentir dor, porém alguns dos participantes (1,5%) afirmaram que RNs com idade gestacional menor que 28 semanas não são capazes de perceber o estímulo doloroso.

Na afirmativa que os RNs não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso, a maioria dos enfermeiros discordaram, mas ainda há profissionais que informaram não saberem, e outros concordam com tal afirmação, demonstrando portanto, falta de conhecimento sobre a fisiologia do RN.

Já ao afirmar que apesar de sentir dor, os RNs podem dormir ou não reagir à dor, a maioria dos enfermeiros (39,2%) concordam parcialmente. No estudo de Asadi-Noghabi et al. (2014), 77,5% dos enfermeiros concordaram com esta afirmativa e na pesquisa de Tse e Ho (2014) somente 8,2% da equipe de enfermagem concordaram que os RNs podem dormir, apesar de sentir dor severa, esta pesquisa revelou que para a equipe de enfermagem faltava competências adequadas na avaliação da dor sendo que após um treinamento realizado, algumas áreas de conhecimento aumentaram.

A dor neonatal é revelada por meio de alterações fisiológicas e de comportamento, já que o RN a manifesta de forma não verbal. (Santos, Ribeiro, Santana, 2012). Devido a incapacidade verbal do RN expressar sua dor, outras evidências são necessárias para saber quando o RN está com dor (Velde et al., 2006).

Para mensuração da dor são utilizados parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, tensão transcutânea de oxigênio e de dióxido de carbono e dosagens hormonais), porém estes não são especificamente relacionados à dor, sendo que a maioria deles indica presença ou ausência de dor e não sua intensidade ou características qualitativas. Os parâmetros fisiológicos não podem ser usados isoladamente para decidir se o RN apresenta dor e se há necessidade do uso de medidas farmacológicas para seu alívio (Guinsburg, 1999).

Os parâmetros comportamentais mais analisados por profissionais de saúde são: o choro, a atividade motora e a mímica facial. O choro é pouco específico por ser uma forma de comunicação primária podendo indicar outros estímulos que não sejam dolorosos. Os RNs realizam vários movimentos motores após qualquer estimulação sensorial, dessa forma, a atividade motora é um método sensível para avaliação da dor neonatal. A mímica facial é um método sensível e útil na prática assistencial, é um método específico para avaliação da dor em RNs (Guinsburg, 1999).

Os profissionais da equipe de enfermagem compreendem a dor baseados na vivência profissional, científica e influência cultural, dessa forma a percepção da dor se dá por alterações comportamentais e fisiológicas do RN (Veronez, Corrêa, 2010).

Os parâmetros comportamentais quando analisados em conjunto com parâmetros fisiológicos permitem uma avaliação da dor mais segura e precisa, sendo que as escalas multidimensionais de avaliação da dor do RN obtêm maior número de informações a respeito das respostas individuais à dor (Guinsburg, 1999).

No ambiente da UTIN há inúmeras situações adversas que contribuem para o desequilíbrio da homeostasia do RN, entre elas destacam-se: luminosidade do ambiente, temperatura artificial, ruídos e manipulações excessivas. Tais situações agregadas a procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos, impactam na qualidade de vida e desenvolvimento neuropsicomotor do RN (Santos et al., 2012)

Os enfermeiros participantes da pesquisa concordaram, em sua maioria, que a alteração da frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial, saturação de oxigênio e pressão intracraniana, além da alteração da mímica facial, movimentos de membros e choro podem estar presentes quando o RN sente dor. A luminosidade e o ruído presentes nas UTINs também podem alterar as reações à dor do RN, o que levou 86,3% dos enfermeiros a concordarem com tal afirmativa.

Para a prática, o choro como medida de avaliação da dor RN é utilizado algumas vezes, na maioria das vezes e sempre pelos enfermeiros do estudo, bem como a mímica facial. Já para a movimentação corporal e agitação, houve menção de raramente, além de algumas vezes, na maioria das vezes e sempre. O que pode-se concluir que tais parâmetros são comuns para avaliação da dor neonatal.

Vários estudos apresentam os parâmetros comportamentais e fisiológicos mencionados pelos participantes como forma de avaliação da dor do RN (Amaral et al.,2014; Akuma, Jordan, 2012; Caetano et al., 2013; Efe et al., 2013; Scochi et al.,2006).

Na prática assistencial observa-se que a reação do RN à dor não é mecanizada. Cada RN reage à ela de forma particular, pois a alteração de parâmetros fisiológicos e comportamentais diferem de um RN para outro, não estando portanto, os mesmos parâmetros alterados em todos os RNs. Assim sendo, a maioria dos enfermeiros do estudo concordaram com tal afirmativa.

Os RNs possuem imaturidade do sistema somatossensitvo e dessa forma se diferem dos adultos em relação à percepção da dor sendo que a exposição a estímulos dolorosos a partir das 16 semanas leva a consequências a curto e longo prazo (Lee et al., 2005). Dessa forma, a maioria dos enfermeiros do estudo concorda que os RNs ao serem submetidos a repetidos procedimentos dolorosos podem apresentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento como demonstrado em diversos estudos (Doesburg et al., 2013; Ranger et al., 2013; Ranger et al.,2014; Vinall et al.,2013). Mas no estudo de Cong et al. (2014) alguns enfermeiros, 9,8% americanos e 20,8% chineses, discordaram que a dor neonatal leva a efeitos adversos a longo prazo, assim como demonstrado na pesquisa de Cong, Delaney e Vazquez (2014).

Há associação das experiências de dor neonatal com o processamento e percepção alterada da dor na vida adulta. Assim, Vederhus et al. (2012), compararam a tolerância à dor e queixas subjetivas de saúde em uma coorte de

adolescentes nascidos prematuramente (35 indivíduos) com controles pareados (28 indivíduos). Desse modo observou-se que os adolescentes nascidos prematuramente apresentavam menor tolerância ao estímulo doloroso.

Muito tempo se levou para que o manejo da dor neonatal fizesse parte da assistência nas UTINs onde a negligência perdurou por anos. Atualmente, o estudo da dor infantil é uma das mais interessantes e importantes áreas de pesquisa da dor (Fitzgerald, 2005). Se a dor está sendo considerada por pesquisadores da temática, o reconhecimento dos profissionais está implícito no processo de cuidar de RNs internados em UTINs, sendo que muitos pesquisadores também são enfermeiros neonatais. Mas na presente pesquisa, somente 13 enfermeiros concordam que os profissionais reconhecem a dor em RNs e 21 enfermeiros concordam que a dor neonatal é considerada por pesquisadores.

Nota-se no entanto, que há lacunas no conhecimento sobre o manejo da dor dos RNs pelos profissionais de enfermagem que atuam em UTINs. Fato este que é essencial para se prestar uma assistência de enfermagem adequada ao RN. A identificação e o tratamento da dor são fenômenos complexos e estão relacionados à deficiência do conhecimento desta temática durante a formação profissional, dificultando, portanto, as intervenções necessárias para o alívio da dor (Veronez, Corrêa, 2010). Mesmo assim 51% dos participantes deste estudo concordaram que o enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do RN e 45,1% concordaram parcialmente.

A aprendizagem de métodos para alívio da dor facilita sua avaliação e tratamento, sustentando a idéia de que mais educação para o cuidado de crianças é a base para uma assistência mais adequada do manejo da dor (Pölkki et al., 2003). Dos enfermeiros, 4% discordaram que possuir conhecimento de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor em RN auxilia no seu alívio, mas 88% concordaram com esta afirmativa.

Protocolos, rotinas e diretrizes são importantes para a prática profissional, pois guiam as ações a serem tomadas em diversas situações. Quando indagados sobre a existência desses para o manejo da dor neonatal, 17 enfermeiros (33,3%) responderam que existe, 21 enfermeiros (41,2%) informaram não existir e 13 enfermeiros (25,5%) não souberam responder. Nesta questão alguns enfermeiros da mesma instituição informaram existir e outros não existir ou não saber,

demonstrando então desconhecimento e falta de envolvimento com a assistência prestada ao RN.

Oitenta e nove centros japoneses de cuidados aos RNs participaram de um estudo, em que cerca de 60% das unidades não tinham protocolos de alívio da dor para procedimentos diagnósticos e 30-44% das unidades não tinham protocolos para o alívio da dor em procedimentos dolorosos (Ozawa, Yokoo, 2013).

A presença de diretrizes resulta em alta percepção da necessidade de administração de medidas farmacológicas para alívio da dor neonatal (Jeong et al., 2014). Estudo realizado por Santos, Ribeiro e Santana (2012) mostrou a ausência de uma política setorial para o manejo da dor neonatal como um dos parâmetros vitais. Cong et al. (2014) em estudo desenvolvido com enfermeiros americanos e chineses teve por resultados que a maioria dos enfermeiros americanos, porém menos da metade dos chineses (44,3%) conheciam as orientações e protocolos de suas unidades mas poucos enfermeiros relataram clareza nos protocolos.

Cordeiro e Costa (2014) informam que a construção de protocolo organiza as ações a serem desenvolvidas ao RN com dor e desconforto sistematizando a assistência de enfermagem e minimiza o risco de sequelas ao RN. A falta de protocolos institucionais e o inadequado treinamento dos profissionais para o manejo da dor neonatal são as principais barreiras enfrentadas pelos enfermeiros no controle da dor em UTINs (Schultz, Loughran-Fowlds, Spence, 2010). A implementação de políticas para manejo da dor neonatal baseadas em evidências é considerada como um impulso para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos RNs (Stevens et al., 2011).

Segundo a Resolução COFEN nº 358/2009, a sistematização da assistência de enfermagem é composta pelo processo de enfermagem que é organizado em cinco etapas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. O processo de enfermagem deve estar presente em todos os ambientes onde ocorre o cuidado de enfermagem cabendo ao enfermeiro sua realização (Conselho Federal de Enfermagem,2009). A avaliação da dor neonatal parte da assistência de enfermagem prestada ao RN internado em UTIN, esta deve ser sistematizada e estar presente na prescrição de enfermagem o que apresentou concordância da maioria dos enfermeiros participantes do estudo. A necessidade de treinamentos

sobre manejo da dor e sua associação com o processo de enfermagem foi identificado no estudo de Chotolli e Luize (2015).

O uso de escala para avaliação da dor em RNs foi confirmada por 37,3% (N=19) dos enfermeiros no questionário de caracterização dos participantes. No questionário de práticas, 34,7% (N=17) dos enfermeiros afirmaram nunca utilizar escalas para avaliar a dor do RN e 20,4% (N=10) informaram sempre utilizar. Há dessa forma, contradição entre os diferentes questionários respondidos pelos mesmos enfermeiros. Ao afirmar no questionário de conhecimentos que a dor neonatal pode ser avaliada sem o uso de escalas 15,7% (N=8) concordaram parcialmente e 23,5% (N=12) concordaram, o que contradiz a afirmação do uso da escala na UTIN. Porém, a maioria dos enfermeiros concordou que o uso de escalas para avaliação da dor neonatal é importante para a prática profissional.

A literatura disponível traz informações sobre o uso de escalas de avaliação da dor neonatal. Em estudo realizado por Santos, Ribeiro e Santana (2012), apesar da equipe de enfermagem reconhecer a importância de avaliar a dor dos RNs não utilizam escalas para esta finalidade. O resultado apresentado na pesquisa desenvolvida por Ozawa e Yokoo (2013) confirma que 40 enfermeiros e 33 neonatologistas não usam escalas para avaliar a dor de RNs internados em UTINs do Japão. De 24 integrantes da equipe multiprofissional da pesquisa realizada por Santos et al. (2012) 58,4% afirmaram não terem conhecimento da existência de escalas para avaliação da dor em RNs e dos 41,6% que conheciam alguma escala não as utilizavam na prática profissional, assim, a avaliação da dor ocorria de forma não sistematizada. Capellini (2012) teve como resultado da sua pesquisa que nem os médicos nem as enfermeiras participantes conheciam escalas de avaliação da dor em RNs citando então, o choro como parâmetro de avaliação da dor. Estudo desenvolvido por Caetano et al. (2013) teve por amostra 42 profissionais da equipe de enfermagem dos quais apenas um fez menção à escala NIPS para avaliação da dor no RN evidenciando a necessidade de padronização de escalas que possibilitem uma avaliação mais apropriada da dor.

Já na pesquisa de Amaral et al. (2014) 55,5% dos enfermeiros e 78,7% dos técnicos de enfermagem responderam que utilizam algum tipo de escala sendo a escala NIPS mais citada. A escala NIPS também foi a mais empregada no estudo realizado por Bueno, Kimura e Pimenta (2007) em 56,7% dos RNs. As escalas NIPS, CRIES e PIPP foram mencionadas no estudo de Akuma e Jordan (2012).

Porém, pesquisa envolvendo 362 enfermeiras filandesas mostrou que mais da metade delas concordaram que podem avaliar a dor em RNs sem o uso de escalas.

A maioria dos enfermeiros concordou que o diagnóstico médico/clínico do RN influencia no manejo da dor, porém independente do diagnóstico médico a avaliação deve se dar por meio de escalas. Dessa forma, o manejo da dor depende da sua correta avaliação, afirmação esta que recebeu a concordância da maioria dos enfermeiros do estudo.

Conforme citado pelos enfermeiros do estudo, as escalas utilizadas foram NIPS e CRIES, os referidos autores indicam a avaliação da dor em determinados intervalos. Para a escala NIPS, o intervalo de avaliação é de um minuto antes, durante e após o procedimento doloroso (Lawrence et al.,1993; Motta, 2013). Já para a escala CRIES, utilizada para avaliação da dor no pós-operatório, o intervalo de avaliação determinado é a cada duas horas, nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso, e a cada quatro horas, após mais um ou dois dias (Krechel, Bildner, 1995). Porém, vários foram os intervalos de avaliação da dor em RNs mencionados pelos enfermeiros neste estudo como: avaliação ocorre junto com a verificação dos sinais vitais do RN; a dor é esporadicamente avaliada; ocorre de 2/2h; ocorre de 4/4h; no cuidado pós-operatório a dor é avaliada de 4/4h e para pacientes clínicos de 6/6h. Observa-se então, que os intervalos propostos pelos autores das escalas não são seguidos.

Sousa (2002) menciona que a Agência Americana de Pesquisa e Qualidade em Saúde Pública e a Sociedade Americana de Dor descrevem a dor como o quinto sinal vital, visto que, deve ser avaliada e registrada com os outros sinais vitais. Nascimento e Kreling (2011) realizaram uma pesquisa na qual dos 188 profissionais entrevistados, 149 (79,3%) afirmaram avaliarem a dor com os outros sinais vitais. Concluiu-se, então, que a implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital foi considerada importante pela maioria dos profissionais, apesar das dificuldades encontradas. Tal implantação ressalta ainda mais a importância da participação ativa do enfermeiro para supervisão e orientação de seus profissionais. Verifica-se no presente estudo que a maioria dos enfermeiros concordam com a afirmativa de que a dor é considerada como um dos sinais vitais do RN.

Segundo as respostas dos 51 questionários, os profissionais responsáveis pela avaliação da dor do RN são os enfermeiros (84,3%), técnicos de enfermagem (62,7%) e auxiliares de enfermagem (11,8%) assim como no estudo de Santos,

Kusahara e Pereira (2012) afirmam que o enfermeiro é considerado o profissional que mais valoriza a avaliação da dor do RN.

O registro da avaliação da dor do RN é importante, pois segundo a Resolução COFEN nº 429, de 15 de fevereiro de 2012 é responsabilidade e dever da equipe de enfermagem anotar no prontuário do paciente as atividades assistenciais realizadas, ligadas ao processo de cuidar e gerenciamento do trabalho, garantindo dessa forma a qualidade e continuidade da assistência de enfermagem. O meio de registro pode-se dar de modo manual ou eletrônico desde que contenham todas as informações necessárias sobre o cuidado prestado (Conselho Federal de Enfermagem, 2012). O manejo da dor neonatal como parte da assistência prestada ao paciente deve ser registrada de forma clara no prontuário, o que também possibilita o controle e evolução da dor do RN. Foi verificado neste item que a maioria dos enfermeiros concordam sobre a importância do registro da dor no prontuário do RN, sendo que a maioria também concordou que o registro é um pré-requisito para o adequado controle da dor neonatal. Ao se verificar a presença de dor nos RNs, algumas medidas são tomadas pelos enfermeiros para seu alívio, porém somente o registro sem ação do enfermeiro não garante tratamento.

Quando há o uso de escala para avaliação da dor do RN, 38% (N=19) dos enfermeiros afirmaram sempre registrar o escore no prontuário do paciente. Já quando a escala de avaliação da dor não é utilizada, 41,2% (N=21) informaram sempre registrar. Tais respostas são conflitantes, pois a utilização da escala para aliviar a dor do RN não garante seu registro a não ser que a instituição possua um formulário específico para tal. Porém, este formulário especifico somente foi mencionado por um enfermeiro participante do estudo não confirmando portanto, tal hipótese.

Não somente a avaliação da dor neonatal deve ser registrada no prontuário do paciente, mas também todas as ações de enfermagem para seu manejo como parte integrante da assistência ao RN. As intervenções não-farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor são sempre registradas em prontuário segundo 43,1% (N=22) dos enfermeiros. Já as intervenções farmacológicas utilizadas são sempre registradas segundo 76,5% (N=39) dos enfermeiros. Vale questionar o motivo que as medidas farmacológicas são mais registradas do que as medidas não-farmacológicas, fato este que pode ter ligação com a prescrição médica, já que para o enfermeiro medicar um RN o médico deve prescrever a droga

a ser administrada. Porém, as medidas não-farmacológicas são tão importantes quanto as farmacológicas e também devem ser registradas em prontuário.

Na pesquisa de Ozawa e Yokoo (2013), os procedimentos dolorosos eram registrados em prontuário em mais de 70% das 89 unidades analisadas, porém menos de 30% registravam medidas de alívio da dor e respostas dos RNs durante os procedimentos.

As intercorrências advindas do processo de cuidar também devem ser registradas em prontuário. Assim, no presente estudo, 44% (N=22) dos enfermeiros afirmaram sempre registrarem intercorrências pela administração de medidas não farmacológicas e cerca de 76,5% (N=39) dos enfermeiros sempre registram as intercorrências na administração de medidas farmacológicas para prevenção e alívio da dor.

Nesta pesquisa, os enfermeiros mencionaram alguns locais onde o escore da dor do RN é registrado. O local mais mencionado foi a evolução de enfermagem (47,1%); seguido pela anotação de enfermagem (35,3%); balanço hídrico (15,7%) e impresso próprio (2%), uma vez que todos esses locais integram o prontuário do paciente.

Pesquisa desenvolvida por Kyololo et al. (2014) com 95 prontuários de RNs internados em UTINs no Quênia, demonstrou que houveram 404 procedimentos dolorosos dos quais apenas uma avaliação de dor foi documentada de forma narrativa. Os demais não possuíam nenhuma forma de registro. Já no estudo de Capellini (2012) verificou-se que o registro do manejo da dor neonatal constava na prescrição médica, prescrição de enfermagem e anotação de enfermagem.

Pesquisa realizada por Stevens et al (2012), na qual foram analisados 120 prontuários de crianças hospitalizadas no Canadá, resultou em 1072 registros de escores de avaliação da dor no período de 24 horas de internação. Bueno, Kimura e Pimenta (2007) mencionaram que a frequência do registro da avaliação da dor nos RNs, na pesquisa realizada, variou de uma a treze com predomínio de sete ou mais avaliações em cerca de 70,8% dos RNs analisados sendo que em 20% dos prontuários não foi encontrado nenhum registro de avaliação da dor.

Quando há o uso da escala para avaliação da dor do RN, as condutas a serem realizadas pelos enfermeiros são: emprego de medidas não-farmacológicas (80,4%) e medidas farmacológicas (56,9%); discussão com a equipe para a escolha da intervenção (51%); registro no prontuário (29,4%) e comunicado à chefia (17,6%).

A maioria dos enfermeiros concordou que a implementação de medidas não-farmacológicas para alívio da dor do RN é necessária visando a melhoria do manejo da dor neonatal.

No estudo de Cong, Delaney e Vazquez (2014), a maioria dos enfermeiros concordaram que a implementação de intervenções farmacológicas e não-farmacológicas são necessárias mesmo em alguns procedimentos dolorosos de rápida conclusão. No entanto, alguns enfermeiros relataram que em suas UTINs a dor neonatal não é bem manejada.

Em vários estudos científicos não somente enfermeiros são participantes como únicos responsáveis pelo manejo da dor neonatal, mas uma equipe multiprofissional se faz necessária já que os cuidados prestados ao RN dependem de vários profissionais que juntos buscam a melhora do quadro clínico do RN (Aymar et al., 2014; Akuma, Jordan, 2012; Capellini, 2012; Martins, 2010; Stevens et al.,2011; Young et al., 2008). Ao afirmar que a decisão conjunta de diferentes profissionais é necessária para o manejo da dor em RNs, 96,1% dos enfermeiros deste estudo concordaram; 49% informaram sempre comunicar e discutir com a equipe assistencial sobre os escores de dor dos RNs; 29,4% dos enfermeiros sempre discutem sobre as medidas não-farmacológicas a serem utilizadas e 39,2% dos participantes sempre discutem as medidas farmacológicas a serem administradas na prevenção e alívio da dor neonatal.

Stevens et al. (2011) em sua pesquisa com equipe multiprofissional de cuidado neonatal demonstrou que a colaboração entre os profissionais é uma das bases para práticas eficazes no manejo da dor neonatal. A colaboração foi mencionada por haver abertura e contribuições de todos os profissionais para decisão conjunta e objetivo comum de melhorar os resultados clínicos dos RNs.

Estudo com o objetivo de determinar os conhecimentos, atitudes e desempenhos dos enfermeiros no manejo da dor em RNs, demonstrou que o maior percentual de respostas corretas estava relacionado ao manejo não-farmacológico da dor. A maioria dos participantes (90%) mostrou atitudes positivas em relação à avaliação e medição da dor dos RNs (Asadi-Noghabi et al., 2014).

Ressalta-se que os pais podem ser aliados da equipe de saúde no combate à dor neonatal, participando nos procedimentos dolorosos e utilizando medidas não-farmacológicas. No estudo de Asadi-Noghabi et al. (2014), 72,5% dos enfermeiros concordaram que os pais devem estar presentes durante a realização de

procedimentos dolorosos em seus filhos e para melhorar o manejo da dor em RNs 67,5% concordaram que o enfermeiro deve informar e conversar com os pais. No presente estudo, a maioria dos enfermeiros concordou que os pais podem ajudar no manejo da dor do RN, sendo que para a prática, 24% dos enfermeiros informaram sempre solicitarem a participação dos pais na prevenção e alívio da dor no RN. Na afirmativa “informo aos pais/familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados com o RN”, cerca de 52,9% dos enfermeiros relataram sempre realizar.

A inclusão da família no processo de cuidar por meio da troca mútua de conhecimentos e de informações entre as famílias e a equipe de saúde resulta em um cuidado voltado para a família, permitindo reconhecimento de sinais de dor do RN pelos pais e medidas a serem adotadas para seu alívio (Stevens et al., 2011).

Nesta pesquisa, as medidas não-farmacológicas assinaladas pelos enfermeiros foram: glicose/sacarose oral (68,6%); sucção não-nutritiva (58,8%); posicionamento (56,9%); ninho (47,1%); diminuição de estímulos auditivos (35,3%); método canguru (35,3%); toque (35,3%); diminuição de estímulos visuais (33,3%); contenção (33,3%); aleitamento materno (31,4%); massagem (19,6%) e musicoterapia (3,9%).

Na pesquisa de Lélis et al. (2010) foram mencionadas a glicose, sucção não-nutritiva, ambiente tranquilo, organização do RN, aconchego, conforto e toque como intervenções não-farmacológicas realizadas pelas enfermeiras para o alívio da dor RN. Já os entrevistados do estudo de Caetano et al. (2013) mencionaram como medidas não-farmacológicas o toque (35,7%); ninho (28,6%); sucção não-nutritiva (14,3%); soluções glicosadas (4,8%); musicoterapia (9,5%) e massagens (7,1%).

No estudo de Amaral et al. (2014) foram citadas as medidas de posicionamento/manuseio do RN, sucção não-nutritiva, enrolamento e diminuição de ruídos e luminosidade. Na pesquisa de Aquino e Christoffel (2010) as intervenções não-farmacológicas empregadas foram: diminuição dos estímulos auditivos, diminuição dos estímulos visuais, posicionamento, contato pele a pele, contenção manual, sucção não-nutritiva, glicose oral e procedimentos agrupados. Já no estudo de Capellini (2012) as medidas não-farmacológicas mencionadas foram: glicose, sucção não-nutritiva e contenção.

No estudo de Oliveira (2010), todos os RNs receberam alguma medida não-farmacológica isolada ou combinada para alívio da dor no pós-operatório. Os

métodos utilizados foram: aninhamento, posicionamento, enrolamento, sucção não-nutritiva, glicose oral, manipulação mínima, contenção e redução da luminosidade.

Em pesquisa realizada com 111 enfermeiros turcos demonstrou que o conhecimento do uso de medidas não-farmacológicas e ambientais foram presentes em 55,9% das respostas, sendo que 87,3% citaram o uso de tais medidas na prática diária (Efe et al., 2013).

Nesta pesquisa, 22 enfermeiros sempre oferecem sacarose ou glicose oral. A combinação de sacarose ou glicose oral e sucção não-nutritiva para aliviar a dor de RNs submetidos a procedimentos dolorosos foram informadas por 18 enfermeiros que a fazem na maioria das vezes e 20 sempre a utilizam.

Pesquisa desenvolvida por Bonutti (2014) apresentou 6687 procedimentos dolorosos realizados nos primeiros 14 dias de internação de 89 RNPTs, dos quais 55,1% não foram acompanhados de qualquer medida analgésica e em 44,9% foram utilizados alguma medida de alívio da dor, sendo a sacarose usada em 35,3% dos procedimentos dolorosos.

Pesquisa realizada por Harrison et al. (2010) concluiu que a administração de sacarose ou glicose antes da imunização possuía moderada redução da incidência e duração do choro.

Estudo com 30 RNs saudáveis a termo submetidos a lancetagem de calcâneo para realização do teste do pezinho, dos quais 15 RNs receberam solução oral de glicose e 15 foram amamentadas durante o procedimento, sendo o escore de dor avaliado pela escala NIPS. Como resultado, o grupo que recebeu amamentação apresentou menor comportamento de dor intensa do que o grupo que recebeu glicose oral. O efeito analgésico mais forte da amamentação pode ser atribuída a uma ativação mais ampla do córtex cerebral onde sensações olfativas e gustativas também podem ter tido um papel na analgesia, confirmando que a amamentação é um método eficaz para analgesia em RNs (Bembich et al., 2013).

Foram analisadas 52 inserções de sondas orogástricas com uso de glicose oral 25% e 52 inserções sem o uso da glicose oral 25% (grupo controle) em RNs e avaliação da dor pela escala PIPP. No grupo controle, 98% dos RNs apresentaram dor leve a moderada e outra dor intensa. Já no grupo que recebeu a glicose 25% dois minutos antes do procedimento doloroso, 28,8% dor RNs não apresentaram dor, 63% apresentaram dor leve a moderada e 7,5% apresentaram dor intensa,

demonstrando, portanto, a atuação positiva da glicose 25% na redução da dor neonatal (Nimbalkar, Sinojia, Dongara, 2013).

Com objetivo de investigar os efeitos da solução de glicose oral 30% na percepção da dor foi realizado um estudo por Beken et al. (2014) o qual 25 RNs a termo foram randomizados para receber solução de glicose oral 30% ou água estéril durante punção venosa. O grupo que recebeu a solução de glicose oral 30% teve os escores da escala NIPS inferiores após a punção venosa se comparados com o grupo que recebeu água estéril. A glicose não atenua o escore da NIPS durante a punção venosa, mas leva a uma menor pontuação após o procedimento.

Estudo semelhante realizado por Pandey, Datta e Rehan (2013) utilizou sacarose 24% (53 RNs) e água destilada (52 RNs) administradas dois minutos antes da inserção de sonda orogástrica sendo o escore da dor neonatal avaliado pela escala PIPP. A média dos escores da escala PIPP avaliada em 30 segundos após o procedimento no grupo sacarose foi significativamente mais baixa do que no grupo que recebeu água destilada. A inserção de sonda orogástrica causa dor em RNs e a dose única de sacarose oral 24% pode aliviar essa dor.

Gray et al. (2015) realizaram um estudo que examinou o efeito analgésico da sacarose 25% combinada com calor radiante em comparação com solução de sacarose oral 25% administrada isoladamente em procedimentos dolorosos. Notou-se que o grupo de RNs que receberam sacarose 25% combinada com calor radiante apresentou menor tempo de mímica fácil após o procedimento comparado como grupo que recebeu somente sacarose sendo que o grupo de técnicas combinadas apresentou também menor variabilidade da frequência cardíaca. Assim concluiu-se que a combinação de sacarose 25% e calor radiante é um analgésico eficaz em RNs reduzindo mais a dor do que a sacarose 25% isolada.

Em contrapartida, a administração da sacarose em RNs pode reduzir as manifestações de desconforto quando administrada antes de procedimentos dolorosos agudos resultando em mudanças na expressão facial o que poderia ser possível a redução da atividade comportamental sem, no entanto, indicar analgesia (Wilkinson, Savulescu, Slater, 2012). Tais autores relatam que algumas perguntas em relação ao uso da sacarose ainda permanecem sem resposta o que não se pode então afirmar, que ela seja uma boa alternativa para o alívio da dor neonatal.

Nesse estudo, o posicionamento do RN foi informado por 27 enfermeiros que sempre realizam esta medida para alívio da dor neonatal. Já a contenção facilitada e o enrolamento são sempre realizados por 14 enfermeiros.

Um estudo multicêntrico randomizado realizado em três UTINs comparou a eficácia da contenção facilitada, sacarose oral e a combinação de ambas as intervenções em RNPTs. Os dados foram coletados e filmados nos primeiros 14 dias de internação de 71 RNs e utilizou-se a escala Bernesse para avaliação da dor neonatal. Somente a aplicação da contenção facilitada foi significativamente menos eficaz no alívio da dor do que a administração de sacarose oral isolada. Porém, a contenção facilitada em combinação com sacarose parece ser mais efetiva na fase de recuperação com escores de dor menores comparados com ambos os grupos de tratamento único (Cignacco et al., 2012).

Corff et al. (1995) realizaram um estudo com 30 RNPTs que foram observados durante dois procedimentos de lancetagem de calcâneo com 12 a 24 horas de intervalo sendo que em um deles houve a aplicação de contenção facilitada como medida não-farmacológica para alívio da dor. Houve um aumento da frequência cardíaca como resposta para a dor em todos os RNs avaliados. As variáveis de sono e choro foram significativamente reduzidas com aplicação da medida não-farmacológica sugerindo que a contenção facilitada é eficaz para o conforto e atenuação de respostas fisiológicas e comportamentais à estímulos dolorosos.

A eficácia do enrolamento e aquecimento do calcanhar em resposta à dor de RNs submetidos à lancetagem de calcâneo foi tema do estudo de Shu et al. (2014), o qual possuiu dois grupos com 25 RNs em cada. Escala NIPS foi escolhida para avaliar a dor neonatal além da freqüência cardíaca, saturação de oxigênio e tempo de duração do choro. Ambas as intervenções não-farmacológicas diminuíram a resposta à dor de RNs durante a punção de calcâneo. O aquecimento do calcanhar resultou em uma resposta de dor menor do que o enrolamento. Assim, o aquecimento do calcanhar poderia se tornar uma prática rotineira para diminuir a resposta à dor dos RNs durante procedimento doloroso de punção de calcâneo.

Os resultados desta pesquisa mostraram que apenas cinco enfermeiros sempre promoveram o contato pele a pele, porém seu efeito no alívio da dor no RN é demonstrado em outros trabalhos.

Estudo de caso com o objetivo de descrever o efeito do contato pele a pele sobre respostas à dor de gêmeos prematuros na lancetagem de calcâneo, demonstrou que os gêmeos passaram a maior parte do tempo em sono regular e tranquilo quando estavam em contato pele a pele do que quando o procedimento era realizado na incubadora. O tempo de choro também foi menor em contato pele a pele do que comparado com o cuidado em incubadora. Os escores de dor foram avaliados pela escala PIPP e foi verificado que ambos os RNs tinham dois pontos mais elevados quando o procedimento era realizado em incubadora do que em contato pele a pele, assim como taquicardia (Conge et al., 2012).

Para investigar o efeito analgésico do contato pele a pele e do aleitamento materno durante a coleta de sangue para realização do teste do pezinho medido pela escala NIPS foi desenvolvida uma pesquisa por Gabriel et al. (2013) que avaliou 136 RNs divididos em quatro grupos: amamentação e contato pele a pele; sacarose e contato pele a pele; somente contato pele a pele e somente sacarose. O grupo de RNs que foram submetidos à amamentação e contato pele a pele possuíram um escore da escala NIPS significativamente menor quando comparados com os demais grupos, sendo que neste a porcentagem de RNs com dor moderada a grave também foi menor. Os grupos amamentação com contato pele a pele e sacarose com contato pele a pele tiveram uma porcentagem significativamente menor do tempo de choro. O estudo sugere então, que a amamentação, além do contato pele a pele fornece analgesia superior a outros tipos de medidas não-farmacológicas para alívio da dor neonatal durante o teste do pezinho (Gabriel et al., 2013).

Os resultados deste trabalho demonstraram que 35,3% dos enfermeiros mencionaram o toque como medida não-farmacológica para alívio da dor no RN, assim como no estudo Herrington e Chiodo (2014). O objetivo de testar a eficácia do toque na redução da resposta à dor em prematuros durante punção de calcâneo, mostrou que os dados forneceram evidências da capacidade do toque a ser utilizado como medida nã- farmacológica para alívio da dor neonatal. As crianças submetidas ao toque não apresentaram mudanças na frequência cardíaca nem aumento do tempo de choro durante o procedimento.

A escala NIPS foi utilizada para avaliar a dor em 40 RNs internados em UTIN submetidos a procedimentos dolorosos e comparar os parâmetros vitais antes e após a aplicação do toque terapêutico. Por resultados, obteve-se que a média dos

valores dos parâmetros vitais foi menor após a sessão de toque terapêutico e o escore da dor teve redução considerável de 3,37 para zero, evidenciando que o toque terapêutico favorece o relaxamento do RN (Ramada, Almeida, Cunha, 2013).

Apenas 3,9% dos enfermeiros do presente estudo mencionaram a musicoterapia como medida não-farmacológica para redução da dor neonatal. Porém, o estudo de Farias (2013) comparou o efeito da música, música e glicose 25% e glicose 25% na dor de RNPTs submetidos à punção arterial avaliados pela escala PIPP. Observou-se que a música associada com a glicose 25% apresentou melhores resultados de redução da dor neonatal de maneira mais eficientes do que na aplicação isolada dos estímulos.

Este estudo revelou que 16 (31,4%) enfermeiros relataram o uso do aleitamento materno como medida para redução da dor do RN. Entretanto, somente sete (13, 7%) informaram que sempre promovem o aleitamento materno.

Pesquisa com 196 hospitais australianos demonstrou que 90% estavam cientes dos benefícios da amamentação para redução da dor neonatal e 78% relataram o uso de aleitamento materno para esta finalidade. A utilização da sacarose para redução da dor decorrente de procedimentos dolorosos foi relatada por 53% dos entrevistados, sendo que 79% informaram terem conhecimento sobre os benefícios de sacarose na dor em RNs (Foster et al., 2012).

Lima, Hermont e Friche (2013) realizaram um estudo com 64 RNs submetidos à punção venosa, que foram divididos em três grupos: o grupo 1 recebeu aleitamento materno, o grupo 2 recebeu sucção não-nutritiva e o grupo 3 não recebeu qualquer estímulo de analgesia, sendo que o escore da dor foi avaliado pela escala NIPS em todos os grupos. A prevalência de dor aumentou significativamente quando se compararam os grupos 1 e 3 e os grupos 2 e 3. Observou-se, então, que os estímulos de aleitamento materno e sucção não-nutritiva são eficazes no alívio da dor em RNs, não havendo diferença estatisticamente significativa entre o aleitamento materno e a sucção não-nutritiva.

Um total de 88 RNs participou do estudo que teve por objetivo comparar os efeitos do leite humano ordenhado com a glicose oral 25% nos escores de dor de RNs após a punção do calcanhar utilizando a escala PIPP. Nos RNs que receberam a glicose oral 25%, foram observados menores escores da escala PIPP comparados com os RNs que receberam leite materno ordenhado, assim como menor número de RNs que receberam glicose choraram após o procedimento (Bueno et al., 2012).

Para investigar a efetividade do leite humano em comparação com a sacarose para alívio da dor em RNs submetidos ao exame de fundo de olho Ribeito et al. (2013) realizaram um estudo com 14 RNPTs internados em UTIN. Como resultados obtiveram que não houve diferença estatística significativa em relação ao tempo de choro, concentração do cortisol salivar e frequência cardíaca. O leite humano parece ser tão efetivo quanto a sacarose no alívio da dor em RNs submetidos ao exame de fundo de olho.

Pesquisa semelhante foi realizada por Rosali et al. (2015) com o objetivo de avaliar a eficácia do leite materno ordenhado na dor neonatal durante triagem para a retinopatia da prematuridade. Os RNs foram divididos em grupo de intervenção (leite materno ordenhado, Proparacaína, ninho e enrolamento) e grupo controle (Proparacaína, ninho e enrolamento); a dor foi avaliada pela escala PIPP. O grupo de intervenção teve significativamente menores escores da escala PIPP durante o procedimento em comparação com o grupo controle, sendo que o efeito benéfico persistiu de um a cinco minutos após o procedimento.

Nesta pesquisa, 24 (47,1%) enfermeiros informaram que sempre utilizavam a sucção não-nutritiva para alívio da dor do RN. Geralmente ela é utilizada nas UTINs quando há realização de procedimentos invasivos e dolorosos, pensando-se em preservar o bem-estar do RN. Entretanto, também pode ser utilizada quando o RN ainda não recebe a dieta por via oral para acelerar a maturidade do reflexo de sucção e estimulação do trato intestinal. Pode também ser usada como uma medida terapêutica possibilitando a autorregulação somática e psicossomática do RN (Zukoff, Pacheco,Costa, 2014).

Liaw et al. (2012) desenvolveram um estudo para comparar a eficácia da sucção não-nutritiva e contenção facilitada com cuidados de rotina da dor no RNTP, utilizando a escala PIPP para avaliação da dor. Os RNs que receberam sucção não-nutritiva e contenção facilitada tinham escores de dor mais baixos durante lancetagem de calcâneo do que aqueles que receberam cuidados de rotina.

Nota-se então, nos vários estudos mencionados, a eficácia de diferentes medidas não-farmacológicas no alívio da dor neonatal, corroborando os resultados deste estudo. Dessa forma, os profissionais possuem embasamento teórico para aplicação de medidas não-farmacológicas no manejo da dor do RN, mas não as utilizam na prática clínica.

Já as medidas farmacológicas para alívio da dor de RNs internados em UTINs informadas pelos enfermeiros deste estudo foram: Paracetamol (47,1%); Fentanil (47,1%); Morfina (17,6%); Codeína (15,7%); Midazolam (11,8%); Hidrato de Cloral (7,8%) e Lidocaína (2%,) sendo que a maioria dessas medicações também foi mencionada no estudo de Capellini (2012) entre elas: Fentanil (75%); Paracetamol (75%); Dipirona (50%); Midazolam (37,5%); Tramadol (37,5%); Morfina (25%) e Hidrato de Cloral (12,5%). Já na pesquisa realizada por Akuma e Jordan (2012), os fármacos relatados foram: Morfina, Fentanil, Codeína, Paracetamol, sacarose, Hidrato de Cloral e Ibuprofeno. Outro autor traz o uso de medidas farmacológicas para alívio da dor neonatal entre eles analgésicos, opioides e benzodiazepínicos, porém sem informar quais (Caetano et al., 2013)

Pesquisa com objetivo de obter informações sobre práticas e crenças de médicos sobre o manejo da dor no RN, demonstrou que 33% desses profissionais informaram que a Morfina pode ser utilizada em RNs em ventilação mecânica e 55% dos participantes concordaram que o beneficio no uso de analgésicos opióides é maior que os riscos. 33% dos médicos afirmaram que o Midazolam é seguro para uso em RNs, mas concordaram que a sedação não promove analgesia (Schultz, Loughran-Fowlds, Spence, 2010).

No entanto, na presente pesquisa, verifica-se que 16 (32%) dos enfermeiros concordam parcialmente e 23 (46%) concordam que os sedativos aliviam a dor em RNs. Na prática, somente 10 (20%) enfermeiros responderam que nunca administram sedativos, prescritos como se necessário, para manejo da dor em RNs; nove (17,6%) administram na maioria das vezes e cinco (9,8%) sempre administram, demonstrando falta de conhecimento da ação dos fármacos e consenso multiprofissional nas realizações das medidas farmacológicas.

Pesquisa desenvolvida por Bonutti (2014) mostrou que, de um total de 1246 prescrições médicas dia analisadas, 17,1% continham Fentanil; 1,8% Dipirona; 1% Morfina e em 1,2% prescrições médicas continham o Ibuprofeno.

A ausência de prescrição de medicamentos para o alívio da dor foi relatada por 45% dos enfermeiros na pesquisa desenvolvida por Nimbalkar et al. (2014). Desses, 35% consideravam que os analgésicos possuíam efeitos colaterais, por isso eram evitados e 25% mencionaram que não era necessária nenhuma analgesia para procedimentos de curta duração. Pesquisa realizada por Nazareth, Lavor e Sousa

(2015) analisou 50 RNs internados em UTIN, a dor foi identificada em 36% dos pacientes e somente 10% receberam medidas farmacológicas para analgesia.

No estudo de Oliveira (2010) 4% dos RNs não receberam analgesia no pós-operatório imediato, os demais RNs receberam Dipirona, Midazolam, Tramadol, Ropivacaína e Fentanil como uso único ou combinados. A grande maioria dos RNs que apresentou dor foi medicada com analgésicos.

O relato de uso de analgesia variou muito conforme o procedimento doloroso mencionado. Assim, a analgesia foi relatada para procedimentos mais invasivos como intubação traqueal e drenagem torácica (Akuma, Jordan, 2012).

Outro estudo mencionou que há diversas estratégias analgésicas a serem utilizadas antes da intubação traqueal RNPTs, porém há falta de um protocolo e difícil acesso venoso nesses pacientes (Barois, Tourneux, 2013).

Para avaliar o efeito de um protocolo de sedação guiado por enfermeiros para pacientes pediátricos em ventilação mecânica foi realizada uma pesquisa por Deeter et al. (2011). Nela contatou-se que antes da implementação do protocolo, a sedação era gerenciada por médicos. Durante o período de intervenção a analgesia e sedação passaram a ser geridos por enfermeiros que seguiam um protocolo de sedação. Desse modo, observou-se que o protocolo de sedação pediátrica pode diminuir significativamente os dias de administração de benzodiazepínicos e opiáceos nesses pacientes.

Outro estudo também relatou a implementação de um protocolo para manejo da dor neonatal envolvendo 55 enfermeiros e 25 médicos de duas UTINs, resultando em um controle mais rígido da dor neonatal. As doses mais elevadas de opiáceos e aumento significativo de intervenções não-farmacológicas foram observadas (Deindl et al., 2013).

Na pesquisa desenvolvida por Jeong et al. (2014) com o objetivo de investigar as percepções de 141 enfermeiros sobre a dor neonatal e a associação do uso de medidas farmacológicas e não-farmacológicas em UTINs, demonstrou que a percepção da dor em RNs foi significativamente associada com a percepção da necessidade de medidas farmacológicas para seu alívio. Mas não foram associados com o desempenho real da administração e fármacos. Já a percepção da necessidade de medidas não-farmacológicas estava significativamente associada com sua realização. Na presente pesquisa 38% dos enfermeiros muitas vezes

utilizam medidas farmacológicas e não-farmacológicas combinadas para aliviar a dor em RNs e 22% sempre realizam tal combinação

Estudo prospectivo observacional em UTINs e Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica com 430 crianças teve como objetivo estudar as diferenças das intervenções farmacológicas ou não-farmacológicas para o alívio da dor realizadas durante os procedimentos dolorosos ou estressantes. As crianças foram submetidas a 60969 procedimentos, os quais 42413 foram considerados dolorosos. O uso de analgésicos foi maior pela manhã, diminuindo durante o dia e sendo menor no final da noite, em oito dos 13 centros. Os autores consideraram que o menor uso de analgésicos durante alguns períodos representa um marcador de baixa qualidade dos cuidados prestados (Guedj et al., 2014).

Pesquisa desenvolvida por Johnston et al. (2011) com 582 RNs hospitalizados, demonstrou baixo uso de analgésicos e somente 14,3% dos procedimentos foram tratados com soluções adocicadas e um terço com outras medidas não-farmacológicas. O manejo de procedimentos dolorosos mudou comparado com o estudo preliminar realizado pelos mesmos autores em 1997, porém ainda reflete uma importante diferença entre a prática e os *guidelines* publicados. Dados semelhantes são verificados na pesquisa desenvolvida por Carbajal et al. (2008) na qual muitos procedimentos dolorosos são encontrados, mas a maioria não é acompanhado de analgesia.

As atitudes negativas dos profissionais estão entre os principais fatores que impedem o manejo da dor em RNs. Vale ressaltar, que a maioria dos participantes do estudo possuíam atitudes positivas, porém somente atitudes não significam manejo adequado da dor. (Asadi-Noghabi et al., 2014).

Outro estudo também forneceu informações sobre lacunas de conhecimento dos profissionais havendo necessidade de desenvolver diretrizes baseadas em evidências para as práticas de avaliação da dor e uso de medidas não farmacológicas e ambientais em unidades pediátricas (Efe et al., 2013).

A utilização de protocolos, diretrizes ou manuais sobre o manejo da dor neonatal guiam a prática assistencial como mostra um estudo brasileiro de intervenção, realizado em UTIN. Com equipe multiprofissional de cuidado direto ao RN teve como objetivo verificar o conhecimento dos profissionais sobre o manejo da dor antes e após o treinamento com reaplicação do questionário após 15 meses. Como resultado do estudo houve diferença entre as duas fases. A mudança no

manejo da dor na unidade foi percebida por 79,6% dos participantes, mostrando que o protocolo de gerenciamento da dor neonatal foi bem divulgado. Porém os autores ressaltam que, apesar de melhorias observadas, muitas mudanças ainda são necessárias (Aymar et al., 2014).

O estudo de Nimbalkar et al. (2014), mostrou que para a maioria dos enfermeiros indianos, faltava conhecimento e habilidades para o manejo da dor. Os autores mencionaram a necessidade de mudança nos cursos graduação em enfermagem, enfatizando o manejo da dor neonatal e reforço periódico para os profissionais já atuantes em UTINs. Tal resultado é condizente com o encontrado por Young et al. (2008), no qual o manejo da dor neonatal é considerado abaixo do ideal na Jamaica.

Há portanto, como verificado na literatura disponível, uma gama de medidas farmacológicas e não-farmacológicas a serem aplicadas isoladas ou combinadas para prevenir e tratar a dor do RN. Neste estudo, foi verificado que falta a consciência do profissional em ligar o conhecimento com a prática adquiridos para que a dor dos RNs seja tratada de modo eficaz.

Os RNs internados em UTINs não possuem condições verbais para expressar o que sentem, assim sua dor e desconforto são desconsiderados uma vez que o uso de analgesia e sedação é eventual. Apesar dos conhecimentos disponíveis sobre a fisiologia da dor e seu manejo, ainda há uma grande lacuna entre teoria e prática dos profissionais de saúde (Guinsburg, 1999).

6. CONCLUSÃO

6.CONCLUSÃO

A metodologia abordada permitiu descrever o conhecimento e as práticas dos enfermeiros em relação ao manejo da dor em RNs internados em UTINs e as formas de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada por estes profissionais.

Conclui-se neste estudo que os enfermeiros possuem conhecimento sobre:

- o RN sentir dor independente de ser prematuro ou não;
- a dor propiciar mudanças fisiológicas e comportamentais no RN;
- fatores ambientais modificarem a resposta do RN à dor;
- haver necessidade de sistematização da avaliação da dor;
- as escalas de avaliação da dor neonatal serem importantes para a prática profissional;
- os RNs apresentarem efeitos nocivos em seu desenvolvimento devido a procedimentos dolorosos repetidos;
- a importância do registro do manejo da dor no prontuário do RN;
- os RNs necessitarem de medidas farmacológicas e não-farmacológicas para alívio da dor, sendo que as medidas não-farmacológicas assinaladas foram: glicose oral (68,6%); sucção não-nutritiva (58,8%); posicionamento (56,9%); ninho (47,1%); diminuição de estímulos auditivos (35,3%); método canguru (35,3%); toque (35,3%); diminuição de estímulos visuais (33,3%); contenção (33,3%); aleitamento materno (31,4%); massagem (19,6%) e musicoterapia (3,9%) e que entre as medidas farmacológicas o Paracetamol e o Fentanil foram as medidas farmacológicas mais mencionadas (47,1%); seguidas por Morfina (17,6%); Codeína (15,7%); Midazolam (11,8%); Hidrato de Cloral (7,8%); Lidocaína foi pouco mencionada (2%) e nenhum enfermeiro fez menção à Bupivacaína;
- há necessidade da decisão das ações para o manejo da dor serem realizadas pela equipe multiprofissional;

Verificou-se que há lacunas no conhecimento dos enfermeiros em relação ao:

- registro de avaliação da dor neonatal e a relação com o alívio;
- diagnóstico médico/clínico influenciar no manejo da dor;
- uso de sedativos para alívio da dor;

Em relação às práticas profissionais pode-se concluir que:

- o choro, a mímica facial, movimentação corporal e agitação são sinais utilizados para avaliar a dor do RN;
- o uso de escalas para avaliação da dor teve respostas discrepantes entre os enfermeiros;
- o registro do manejo da dor no prontuário do RN é frequentemente realizado,
- ocorre discussão com a equipe multiprofissional sobre condutas a respeito do manejo da dor no RN;
- a prática difere dos conhecimentos apresentados pelos participantes deste estudo por não utilizarem as medidas não farmacológicas conhecidas;
- os enfermeiros conhecem os fármacos disponíveis para o tratamento da dor neonatal, mas desconhecem suas ações;

Os resultados do presente estudo serão levados aos hospitais participantes para conhecimento dos enfermeiros, uma vez que ele traz contribuições para a prática assistencial, porém a questão a ser futuramente discutida refere-se ao motivo da não-realização das medidas para tratamento da dor do RN. Tal fato pode estar relacionado à falta de tempo do profissional, número elevado de leitos com poucos enfermeiros disponíveis a cada plantão, gravidade dos RNs, política da instituição entre outros. Tal resposta só será possível com a realização de nova pesquisa nestas UTINs abordando então, estas questões.

Como limitação deste estudo pode-se concluir que se a amostra de enfermeiros tivesse a participação das quatro instituições que se recusaram, os resultados poderiam ser diferentes dos encontrados. Dessa forma, sugere-se a realização de novos estudos com amostra maior.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Akuma A O, Jordan S. Pain management in neonates: a survey of nurses and doctors. Adv Nurs J. 2012:1288-1301.

Allegaert K, Daniels H, Naulaers G, Tibboel D, Devlieger H. Pharmacodynamics of chloral hydrate in former preterm infants. Eur J Pediatr. 2005;164(7):403–7.

Amaral JB, Resende TA, Contim D, Barichello E. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. Esc Anna Nery. 2014;18(2):241-246.

AME: Dicionário de administração de medicamentos na enfermagem. Rio de Janeiro: EPUB; 2011.

American Academy of Pediatrics (AAP). Prevention and management of pain in the neonate: an update. Pediatrics. 2006;118(5):2231-41.

Anan KJS, Craig KD. New perspectives on definition of pain. Pain. 1996;67(1):3-6.

Anand KJS, Hickey PR. Pain and its effects in the human neonate and fetus. N Engl J Med. 1987;317(21):1321-9.

Anand KJS, McGrath PJ.Future directions. Amsterdam: Elsevier; 1993. Pain in neonates, p.321-33.

Anand KJS, Phil D, Carr DB. The neuroanatomy, neurophisiology and neurochemistry of pain, stress and analgesiain newborns and children. Pediatr Clin North Am. 1989;36(4):798-814.

Aquino FM, Christoffel MM. Dor neonatal: medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. Rev Rene. 2010;11(n esp.):169-77.

Arias MCC, Guinsburg R. Differences between uni- and multidimensional scales for assessing pain in term newborn infants at the bedside. Clinics. 2012;67(10):1165-70.

Asadi-Noghabi F, Tavassoli-Farahi M, Yousefi H, Sadeghi T. Neonate Pain Management: What do Nurses Really Know? Glob J Health Sci. 2014;6(5):284-93.

Aymar CLG, Lima LS, Santos CMR, Moreno EAC, Coutinho SB. Pain assessment and management in the NICU: analysis of an educational intervention for health professionals. J Pediatr. 2014;90(3):308-15.

Ballantyne M, Stevens B, McAllister M, Dionne K, Jack A. Validation of the premature infant pain profile in the clinical setting. Clin J Pain. 1999;15(4):297-303.

Barois J, Tourneux P. Ketamine and atropine decrease pain for preterm newborn tracheal intubation in the delivery room: an observational pilot study. Acta Pædiatrica. 2013;102:534–8.

Barr RG, Pantel MS, Young SN, Wright JH, Hendricks LA, Gravel R. The response of crying newborns to sucrose: is it a "sweetness" effect? Physiol Behav. 1999;66(3):409-17.

Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford university press, 2001.

Beken S, Hirfanoglu IM, Gücüyener K, Ergenekon E, Turan Ö, Ünal S et al. Cerebral Hemodynamic Changes and Pain Perception During Venipuncture: Is Glucose Really Effective? J Child Neurol. 2014;29(5):617-22.

Bellieni CV, Iantorno L, Perrone S, Rodriguez A, Longini M, Capitani S et al. Even routine painful procedures can be harmful for the newborn. Pain. 2009;147(1-3):128–131.

Bembich S, Davanzo R, Brovedani P, Clarici A, Massaccesi S, Demarini S. Functional Neuroimaging of Breastfeeding Analgesia by Multichannel Near-Infrared Spectroscopy. Neonatology. 2013;104:255–9.

Bonutti DP. Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2014.

Bosenberg A, Flick RP. Regional Anesthesia in Neonates and Infants. Clin Perinatol. 2013;40(3):525–38.

Brasil. Casa civil. Lei nº 7498, de 22 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências [internet]. Brasília; 1986 [citado 2014 jun 02]. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao RN de baixo peso. Método canguru, manual técnico, 2ª ed. Brasília; 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2012 [citado 2015 ago. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõem sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [internet]. Brasília; 2012 [citado 2014 abr. 22]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf b.

Brainstein MVG, Braz MM, Pivetta HMF. A fisiologia da massagem terapêutica. In: Anais do 2º Fórum de fisioterapia Unifra; 2011; Centro Universitário Franciscano (UNIFRA), Santa Maria – RS [Internet]. Santa Maria: UNIFRA; 2011 [citado 2015 mar 22]. Disponível em: http://www.unifra.br/eventos/forumfisio2011/Trabalhos/2246.pdf.

Bretas JRS. A arte de massagear bebês: a qualidade no tocar. Acta Paul enferm. 1999;12(2):16-6.

Brown G. NICU noise and the preterm infant. Neonatal Netw 2009;28:165-73.

Brummelte S, Grunau RE, Chau V, Poskitt KJ, Brant R, Vinall J et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. Ann Neurol. 2012;71(3):385-96.

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 [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2011.

Bueno M, Kimura AF, Pimenta CAM. Pain assessment in neonates who underwent cardiac surgery. Acta Paul Enferm. 2007;20(4):428-33.

Bueno M, Stevens B, Camargo PP, Toma E, Krebs VLJ, Kimura AF. Breast Milk and Glucose for Pain Relief in Preterm Infants: A Noninferiority Randomized Controlled Trial. Pediatr. 2012;129(4):664-70.

Caetano EA, Lemos NRF, Cordeiro SM, Buchhorn SMM, Pereira FMV, Moreira DS. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. Esc Anna Nery. 2013;17(3):439–45.

Capellini VK. Exposição, avaliação e manejo da dor aguda do recém-nascido em unidades neonatais de um hospital estadual [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfemagem de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo; 2012.

Carbajal R, Rousset A, Danan C, Coquery S, Nolent P, Ducrocqet S, et al. Epidemiology and Treatment of Painful Procedures in Neonates in Intensive Care Units. JAMA. 2008;300(1):60-70.

Chiodi LC, Aredes ND, Scochi CGS, Fonseca LMM. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):969-74.
Chotolli MR, Luize PB. Non-pharmacological approaches to control pediatric cancer pain: nursing team view. Rev Dor. 2015;16(2):109-13.

Christoffel, MM. Relatório de pesquisa intitulada Transferência de conhecimento no manejo da dor neonatal apresentado ao CNPq.Rio de Janeiro. 2013.

Cignacco E, Hamers JPH, Stoffel L, Lingen RA, Schütz N, Müller R et al. Routine procedures in NICUs: factors influencing pain assessment and ranking by pain intensity. Swiss med wkly. 2008;138(33–34):484–91.

Cignacco EL, Sellam G, Stoffel L, Gerull R, Nelle M, Anand KJS et al. Oral Sucrose and Facilitated Tucking for Repeated Pain Relief in Preterms: A Randomized Controlled Trial. Pediatr. 2012;129(2):299-308.

Cong X, Cusson RM, Hussain N, Zhang D, Kelly SP. Kangaroo Care and Behavioral and Physiologic Pain Responses in Very-Low-Birth-Weight Twins: A Case Study. Pain Manag Nurs. 2012;13(3):127-38.

Cong X, Delaney C, Vazquez V. Neonatal Nurses' Perceptions of Pain Assessment and Management in NICUs. Adv Neonatal Care. 2013;13(5):353-60.

Cong X, Ludington-Hoe SM, McCain G, Fu P. Kangaroo Care Modifies Preterm Infant Heart Rate Variability in Response to Heel Stick Pain: Pilot Study. Early Hum Dev. 2009;85(9):561–7.

Cong X, McGrath JM, Delaney C, Chen H, Liang S, Vazquez V et al. Neonatal nurses' perceptions of pain management: survey of the United States and China. Pain Manag Nurs. 2014;15(4):834-44.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 311, de 08 de fevereiro de 2007. Aprova a reformulação sobre a regulamentação do código de ética dos profissionais de Enfermagem [internet]. Brasília; 2007 [citado 2014 out 10]. Disponível em**:** http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007.

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem e dá outras providências [internet]. Brasília, 2009 [citado 2015 ago. 19]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html

Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 429, de 15 de fevereiro de 2012. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente e em outros documentos próprios da enfermagem [internet]. Brasília, 2012 [citado 2015 ago. 01]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html

Cordeiro RA, Costa R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2014;23(1):185-92.

Corff KE, Seideman R, Venkataraman OS, Lutes L, Yates. Facilitated tucking: a nonpbarmacologic comfort measure for pain in preterm neonates. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1995;24(2):143-7.

Deeter KH, King MA, Ridling D, Irby GL, Lynn AM, Zimmerman JJ. Successful implementation of a pediatric sedation protocol for mechanically ventilated patients. Crit Care Med. 2011;39(4):683-8.

Deindl P, Unterasinger L, Kappler G, Werther T, Czaba C, MD, Giordano V et al. Successful Implementation of a Neonatal Pain and Sedation Protocol at 2 NICUs. Pediatrics. 2013;132(1):211-8.

Dittz E, Mallooy-Diniz LF.Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. REME – Rev Min Enfermagem. 2006;10(3):266-70.

Doesburg S, Chau CM, Cheung TPL, Moiseev A, Ribary U, Herdman AT et al. Neonatal pain-related stress, functional cortical activity and visual-perceptual abilities in school-age children born at extremely low gestational age. Pain. 2013;154(10):1946–52.

Efe E, Dikmen S, Altas N, Boneval C. Turkish Pediatric Surgical Nurses' Knowledge and Attitudes Regarding Pain Assessment and Nonpharmacological and Environmental Methods in Newborns' Pain Relief. Pain Manag Nurs. 2013;14(4):343-50.

Falcão ACMP, Sousa ALS, Stival MM, Lima LR. Abordagem terapêutica da dor em neonatos sob cuidados intensivos: uma breve revisão. R Enferm Cent O Min. 2012;2(1):108-23.

Farias, LM. Efeito da música na dor de recém-nascidos pré-termo submetidos à punção arterial. [tese]. Fortaleza (CE): Universidade Federal do Ceará; 2013.

Fitzgerald M. The development of nociceptive circuits. Neurosci. 2005;6:507-20.

Foster J, Spence K,Henderson-Smart D, Harrison D,Gray PH, Bidewell J. Procedural pain in neonates in australian hospitals: a survey update of practices. Journal of Paediatrics and Child Health. 2013;49:35-39.

Franck I. Some pain, some gain reflections on the past two decades of neonatal pain research and treatment. Neonatal Netw. 2002;21(5): 37-41.

Freire NB, Garcia JB, Lamy ZC. Evaluation of analgesic effect of skin-to-skin contact compared to oral glucose in preterm neonates. Pain. 2008;139(1):28-33.

Freitas OMS, Figueiredo MCAB. Stress e Massagem Neonatal: Efeitos da massagem no stress do recém-nascido pré-termo. Pensar Enfermagem. 2012;16(1):55-79.

Gabriel MAM, Mendoza BRH, Figueroa LJ, Medina V, Fernández BI, Rodríguez MV et al. Analgesia with breastfeeding in addition to skin-to-skin contact during heel prick. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2013;98:F499–F50.

Gaspardo CM, Chimello JT, Cugler TS, Martinez FE, Linhares MBM. Pain and tactile stimuli during arterial puncture in preterm neonates. Pain. 2008;140(1):58-64.

Gibbins S, Stevens B. Mechanisms of sucrose and non nutritive sucking in infants procedural pain relief. Pain Res Manag. 2001;6(1):21-8.

Gray L, Garza E, Zageris, Heilman KJ, Porges SW. Sucrose and Warmth for Analgesia in Healthy Newborns: An RCT. Pediatr. 2015;135(3):e1-e8.

Grunau RE, Whitfield MF, Thomas JP, Synnes AR, Cepeda IL, Keidar A et al. Neonatal pain, parenting stress and interaction, in relation to cognitive and motor development at 8 and 18 months in preterm infants. Pain. 2009;143(1-2):138–46.

Grunau RVE, Holsti L, Peters JWB. Long term consequences of pain in human neonates. Semin fetal neonatal med. 2006;11(4):268-75.

Guedj R, Danan C, Daoud P, Zupan V, Renolleau S, Zana E et al. Does neonatal pain management in intensive care units differ between night and day? An observational study. BMJ Open. 2014;4:1-9.

Guinsburg R. A linguagem da dor no recém-nascido. Diagnóstico & Tratamento. 1996;1(2):37-44.

Guinsburg R. Avaliação e tratamento da dor no recém-nascido. J Pediatr. 1999;75(3):149-60.

Hall RW, Boyle E, Young T. Do ventilated neonates require pain management? Semin Perinatol. 2007;31(5):289–97.

Hall RW, Kronsberg SS, Barton BA, Kaiser JR, Anand KJ. Morphine, hypotension, and adverse outcomes in preterm neonates: who's to blame? NEOPAIN trial. Pediatrics. 2005;115(5):1351-9.

Hall RW, Shbarou RM. Drugs of choice for sedation and analgesia in the NICU. Clin Perinatol. 2009;36(1):15-26.

Harrison D, Stevens B, Bueno M, Yamada J, Adams-Webber T, Beyene J et al. Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: a systematic review. Arch Dis Child. 2010;95:406–13.

Herrington CJ, Chiodo LM. Human Touch Effectively and Safely Reduces Pain in the Newborn Intensive Care Unit. Pain Manag Nurs. 2014;15(1):107-15.

Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelestein ML. Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.

Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

International Association for the Study of Pain. IASP pain terminology [internet]. 2008 [citado 2014 abr. 10]. Disponível em: http://www.pain-iasp.org/terms-p.html [Acesso em 06 de dez. 2013].2008.

International Association for the Study of Pain (IASP). Pain terms: a list of definitions and notes on usage. Recommended by the IASP subcommittee on taxonomy. Pain. 1979;6(3):249.

Jenkins IA, Playfor SD, Bevan C, Davies G, Wolf AR. Current United Kingdom sedation practice in pediatric intensive care. Paediatr anaesth. 2007;7:675–83.

Jeong IS, Park SM, Lee JM, Choi YJ, Lee J. Perceptions on Pain Management among Korean Nurses in Neonatal Intensive Care Units. Asian Nurs Res. 2014;8:261-6.

Johnston C, Barrington KJ, Taddio A, Carbajal R Filion F. Pain in Canadian NICUs: have we improved over the past 12 years? Clin J Pain. 2011**;**27(3):225-32.

Johnston CC, Fernandes AM, Campbell-Yeo M. Pain in neonates is different. Pain. 2011;152(3 Suppl):65–73.

Keith DR**,** Russell K**,** Weaver BS. The effects of music listening on inconsolable crying in premature infants. J Music Ther. 2009;46(3):191-203.

Klein VC, Gaspardo CM, Linhares MBM. Dor, autorregulação e temperamento em recém-nascidos pré-termo de alto risco. Psicol Reflex Crit. 2011;24(3):504-12.

Kostandy RR**,** Ludington-Hoe SM**,** Cong X**,** Abouelfettoh A**,** Bronson C**,** Stankus A et al. Kangaroo Care (skin contact) reduces crying response to pain in preterm neonates: pilot results. Pain Manag Nurs. 2008;9(2):55-65.

Kraemer FW, Rose JB. Pharmacologic management of acute pediatric pain. Anesthesiol Clin. 2009;27(2):241-68.

Kraychete DC, Siqueira JTT, Garcia JBS; Sociedade Brasileira para os Estudos da Dor. Recommendations for the use of opioids in Brazil: part II. Use in children and the elderly . Rev Dor. 2014;15(1):65-9.

Krechel SW, Bildner J. CRIES: a new neonatal postoperative pain measurement score – initial testing of validity and reliability. Paediatr Anaesth. 1995;5(1):53-61.

Kyololo O'B M, Stevens B,Gastaldo D, Gisore P. Procedural pain in neonatal units in Kenya. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2014; 99:F464–F467.

Lawrence J, Alcock D, McGrath PJ, Kay J, Mc MurraySB, Dulberg C. The development of a tool to assess neonatal pain. Neonatal Netw. 1993;12(6):59-66.

Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge JC, Rosen MA. Fetal Pain: A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence. JAMA. 2005;294(8): 947-54.

Lélis ALPA, Farias LM, Cardoso MVLML, Cipriano MAB, Galvão MTG, Caetano JA. Cuidado humanístico e percepções de enfermagem diante da dor do recém-nascido. Esc Anna Nery. 2011;15(4):694-700.

Liaw J, Yang L, Wang KK, Chen C, Chang Y, Yin T. Non-nutritive sucking and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick: A prospective, randomised controlled crossover Trial. Int J Nurs Stud. 2012;49:300–9.

Lima AH, Hermont AP, Friche AAL. Analgesia in newborns: a case-control study of the efficacy of nutritive and non-nutritive sucking stimuli. CoDAS. 2013;25(4):365-8.

Linhares MBM, Doca FNP. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. Temas em psicologia. 2010;18(2):307-25.

Lucena JO. A dor em neonatos submetidos à ventilação mecânica invasiva: uma revisão de literatura. Rebes. 2013;3(3):1-8.

Lundqvist P, Kleberg A, Edberg AK, Larsson BA, Hellström-Westas L, Norman E. Development and psychometric properties of the Swedish ALPS-Neo pain and stress assessment scale for newborn infants. Acta Paediatr. 2014;103(8):833–9.

Marcatto JO, Tavares EC, Silva YP. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da Literatura. Rev Bras Ter Intensiva. 2011;23(2):228-37.

Marter LJV, Pryor CC. Prevenção e tratamento da dor e do estresse em recém-nascidos na unidade de terapia intensiva neonatal. In: Cloherty J, Einchen-Wald E. Manual de neonatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. p.545-52.

Martins RS. Percepção e conhecimento dos profissionais de saúde que atuam nas unidades neonatais com relação ao manejo da dor no recém-nascido [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2010.

Milesi C, Cambonie G, Jacquot A, Barbotte E, Mesnage R, Masson F et al. Validation of a neonatal pain scale adapted to the new practices in caring for preterm newborns. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2010; 95(4):F263-6.

Minuzzi AP, Ghedin Dias A, De Oliveira ME, Rocha J. Cada dia um novo dia: um desafio na busca da adaptação do recém-nascido portador de malformação e sua família. Enfermería global. 2008 Jun. [Epub ahead of print]

Mitchell AJ, Yates CC, Williams K, Chang YY, Hall RW. Does Daily Kangaroo Care Provide Sustained Pain and Stress Relief in Preterm Infants?. J Neonatal Perinatal Med. 2013;6(1):45–52.

Moore KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2000.

Motta GCP. Adaptação transcultural e validação clínica da Neonatal Infant Pain Scale para uso no Brasil [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2013.

Nascimento LA,Kreling MCGD. Avaliação da dor como quinto sinal vital: opinião de profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):50-4.

Nazareth CD, Lavor MFH, Sousa TMAS. Ocorrência de dor em bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal de maternidade terciária. Rev Med UFC. 2015;55(1):33-7.

Newman TB, Browner WS, Cummings SR, Hulley SB. Delineando estudos transversais e de caso controle. In: Hulley SB, Cummings SR, Browner W, Grady DG,Newman TB. Delineando a pesquisa clínica uma abordagem metodológica, 3ed Porto Alegre: Artmed; 2008.

Nicolau CM, Falcão MC. Influência da fisioterapia respiratória sobre a função cardiopulmonar em recém-nascidos de muito baixo peso. Rev paul pediatr. 2010;28(2):170-5.

Nimbalkar AS, Dongara AR, Phatak AG, Nimbalkar SM. Knowledge and attitudes regarding neonatal pain among nursing staff of pediatric department: an indian experience. Pain Manag Nurs. 2014;15(1):69-75.

Nimbalkar S, Sinojia A, Dongara A. Brief Report Reduction of Neonatal Pain Following Administration of 25% Lingual Dextrose: A Randomized Control Trial. J Trop Pediatr. 2013;59(3):223-5.

Okada M, Teixeira MJ. Desenvolvimento do sistema nociceptivo e supressor da dor. In: Teixeira JM, editor. Dor: contexto interdisciplinar. Curitiba: Editora Maio; 2003.p.89-118.

Oliveira ARS. Práticas assistenciais neonatais no controle da dor pós-operatória [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo, 2010.

Oliveira, CR. O manejo da dor neonatal na perspectica da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto-SP [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto USP, 2014.

Ozawa M, Yokoo K. Pain management of neonatal intensive care units in Japan. Acta Paediatrica. 2013;102:366–72.

Pandey M, Datta V, Rehan S. Role of Sucrose in Reducing Painful Response to Orogastric Tube Insertion in Preterm Neonates. Indian J Pediatr. 2013;80(6):476-82.

Penido MG, Garra R, Sammartino M, Pereira e Silva Y. Remifentanil in neonatal intensive care and anaesthesia practice. Acta Paediatr. 2010;99(10):1454–63.

Playfor SD. Analgesia and sedation in critically ill children. Arch. Dis. Child. Ed. Pract. 2008;8(3):90-4.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 5ª Ed Porto Alegre: Artmed; 2004.

Pölkki T, Korhonen A, Laukkala H, Saarela T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Nurses' attitudes and perceptions of pain assessment in neonatal intensive care. Scand J Caring Sci. 2010;24(1):49–55.

Pölkki T, Laukkala H, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä A. Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. Scand J Caring Sci. 2003;17, 373–83.

Presbytero R, Costa MLV, Santos RCS. Os enfermeiros da unidade neonatal frente ao recém-nascido com dor. Rev Rene. 2010;11(1):125-32.

Prestes AC, Guinsburg R, Balda RC, Marba ST, Rugolo LM, Pachi et al. The frequency of pharmacological pain relief in university neonatal intensive care unit. J Pediatr. 2005;81(5):405-10.

Ramada NCO, Almeida FA, Cunha MLR. Toque terapêutico: influência nos parâmetros vitais de recém-nascidos. Einstein. 2013;11(4):421-5.

Ranger M, Chau CMY, Garg A, Woodward TS, Beg MF, Bjornson B et al. Neonatal Pain-Related Stress Predicts Cortical Thickness at Age 7 Years in Children Born Very Preterm. Plos one. 2013;8(10):e76702.

Ranger M, Synnes AR, Vinall J, Grunau RE. Internalizing behaviours in school-age children born very preterm are predicted by neonatal pain and morphine exposure. Eur J Pain. 2014;18(6):844–852.

Reichert APS, Silva SLF, Oliveira JM. Dor no recém-nascido: uma realidade a ser considerada. Nursing. 2000;3(30):28-30.

Ribeiro LM, Castral TC, Montanholi LL, Daré MF, Silva ACA, Antonini SRR et al. O leite humano no alívio da dor neonatal no exame de fundo de olho. Rev Esc Enferm USP. 2013;47(5):1039-45.

Ribeiro MOA, Couto HRM. Professionals'perception on newborn's pain in hospitalized. Rev enferm UFPE. 2011;5(10):2368-73.

Rocha MCP, Carvalho MSM, Fossa AM, Rossato LM. Assistência humanizada na terapia intensiva neonatal: ações e limitações do enfermeiro. Saúde Rev. 2015;15(40):67-84.

Rocha MCP, Rossato LM. Dor neonatal: revisão de literatura no período de 1998 a 2008. Online braz. j. nurs. (Online) [internet]. 2008 [citado 2014 abr. 10]; 7(3). Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22133&indexSearch=ID.

Rocha MCP, Rossato LM, Bousso RS, Leite AM, Kimura AF, Silva EMR. Avaliação da dor por enfermeiros em unidade de terapia intensiva neonatal. Cienc Cuid Saude. 2013;(4):235-43.

Rodrigues MS, Silva GF. Atuação do enfermeiro na monitorização da dor de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. Rev. Enfermagem Revista. 2012;15(3):249-64.

Rosali L, Nesargi S, Mathew S, Vasu U, Rao SPN, Bhat S. Efficacy of Expressed Breast Milk in Reducing Pain During ROP Screening—a Randomized Controlled Trial. J Trop Pediatr. 2015;61:135–8.

Santos LM, Pereira MP, Santos LFN, Santana RCB. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro em unidade de terapia intensiva. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):27-33.

Santos LM, Ribeiro IS, Santana RCB. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. Rev Bras Enferm. 2012;65(2):269-75.

Santos MZ, Kusahara DM, Pedreira MLG. Vivências de enfermeiros intensivistas na avaliação e intervenção para alívio da dor na criança. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(5):1074-81.

Schiavenato M, Antos AS, Bell FA, Freedman BR, Kozak AJ, Kroot TB et al. Development of a scale for estimating procedural distress in the newborn intensive care unit: The Procedural Load Index. Early Hum Dev. 2013;89(9):615–9.

Schultz M, Loughran-Fowlds A, Spence K. Neonatal pain: A comparison of the beliefs and practices of junior doctors and current best evidence. J Paediatr and Child Health. 2010;46(1/2):23-8.

Scochi CGS, Carletti M, Nunes R, Furtado MCC, Leite AM. A dor na Unidade Neonatal sob a perspectiva dos profissionais de enfermagem de um hospital de Ribeirão Preto-SP. Rev Bras Enferm. 2006;59(2):188-94.

Scochi CGS, Riul MJS, Garcia CFD, Barradas L da S, Pileggil S de O. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm. 2001;14(1):9-16.

Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(12):CD004950**.** DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub3

Shu S, Lee Y, Hayter M, Wang R. Efficacy of swaddling and heel warming on pain response to heel stick in neonates: a randomised control Trial. J Clin Nurs. 2014;23:3107–14.

Silva BM, Lima FRF, Farias FSAB, Campos ACS. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2006;15(3): 442-8.

Silva YP, Gomez RS, Máximo TA, Silva ACS. Avaliação da dor em neonatologia. Rev bras anestesiol. 2007;57(5):565-74.

Simons SHP, Tibboel D. Pain perception development and maturation. Semin Fetal Neonatal Med. 2006;11:227-31.

Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latinoam Enferm. 2002;10(3):446-7.

Souza TG, Stopíglia MS, Baracat ECE. Avaliação neurológica de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso com displasia broncopulmonar. Rev paul pediatr. 2009;27(1):21-7.

Standley JM**.** A meta-analysis of the efficacy of music therapy for premature infants. J Pediatr Nurs. 2002;17(2):107-13.
Stevens BJ, Harrison D, Rashotte J, Yamada J, Abbott LK, Coburn G et al. Pain assessment and intensity in hospitalized children in Canada. J Pain. 2012;13(9):857-65.

Stevens B, Johnston C, Petryshen P, Taddio A. Premature infant pain profile: development and initial validation. Clin J Pain. 1996;12(1):13-22.

Stevens B, Riahi S, Cardoso R, Ballantyne M, Yamada J, Beyene J et al. The Influence of Context on Pain Practices in the NICU: Perceptions of Health Care Professionals. Qual Health Res. 2011;21(6):757–70.

Stevens B, Yamada J, Ohlsson A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures [Internet]. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(1):CD001069. DOI: 10.1002/14651858.CD001069.pub3.

Sudário AA, Dias IMA, Sanglard LM.O enfermeiro no manejo da dor neonatal. Rev Baiana de Enfermagem. 2011;25(3):301- 9.

Tse MMY, Ho SSK. Enhancing Knowledge and Attitudes in Pain Management: A pain Management Education Program for Nursing Home Staff. Pain Manag Nurs. 2014;15(1):2-11.

Vederhus BJ, Eide GE, Natvig GK, Markestad T, Graue M, Halvorsen T. Pain Tolerance and Pain Perception in Adolescents Born Extremely Preterm. J Pain. 2012;13(10):978-87.

Velde MV, Jani J, Buck FD, Deprest J. Fetal pain perception and pain management. Semin Fetal Neonatal Med. 2006;11:232-6.

Veronez M, Corrêa DAM. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. Cogitare Enferm. 2010;15(2):263-70.

Viana DL, Silva ES. Guia de medicamentos e cuidados de enfermagem. São Caetano do Sul, SP:Yendis Editora, 2010.

Vinall J, Miller SP, Chau V, Bummelte S, Synnes AR, Grunau RE. Neonatal pain in relation to postnatal growth in infants Born very preterm. Pain. 2012;153(7):1374-81.

Vinall J, Miller SP, Synnes AR, Grunau RE. Parent behaviors moderate the relationship between neonatal pain and internalizing behaviors at 18 months corrected age in children born very prematurely. Pain. 2013;154(9):1831–9.

Wilkinson DJ, Savulescu J, Slater R. Sugaring the pill: ethics and uncertainties in the use of sucrose for newborn infants. Arch Pediatr Adolesc Med. 2012;166(7):629-33.

Young J, Barton M, Richards-Dawson MA, Trotman H. Knowledge, Perception and Practices of Healthcare Professionals at Tertiary Level Hospitals in Kingston, Jamaica, Regarding Neonatal Pain Management. West Indian Med J. 2008;57(1):28-32.

Zukoff MKA, Pacheco STA, Costa VGS. Uso da sucção não nutritiva na unidade de terapia intensiva neonatal: contribuições do enfermeiro. Rev Enf Prof. 2014;1(1):117-27.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – coordenador

Título da pesquisa: "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba (PR) e Região Metropolitana"

Pesquisador: Taine Costa
Orientador: Profª Drª Lisabelle Mariano Rossato

Prezado coordenador (a):

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba (PR) e Região Metropolitana" que tem como objetivo: Descrever o manejo da dor de RNs internados em UTINs.

Esta pesquisa utilizará um questionário, **"Caracterização das UTINs",** contendo informações a respeito da caracterização das unidades.

O questionário é anônimo, com tempo estimado de 10min. Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo. Você tem a liberdade de recusar participar do estudo, ou se aceitar a participar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo orientador da pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob a forma codificada, para que a sua confidencialidade seja mantida.

As informações coletadas terão um caráter confidencial e serão utilizadas para fins desta pesquisa, podendo ser o resultado divulgado em artigo de revista científica sem, no entanto, revelar a identidade dos participantes.

Você não terá nenhuma despesa financeira, nem tão pouco benefício. A pesquisadora fica disponível a esclarecer quaisquer dúvidas, antes, durante e após o término do estudo e publicação dos resultados. A pesquisadora poderá ser contatada pelos e-mails **tainecosta@usp.br** ou **edipesq@usp.br** ou pelos telefones (41) 9857-2353 ou (11) 3061-7548, para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa. Em caso de reclamações ou denúncias sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do (nome do hospital participante), pessoalmente, pelo telefone (XX) XXXX-XXXX ramal XXXX ou pelo e-mail ..... (dados relativos ao hospital participante).

Eu, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

O presente documento será assinado em duas vias pelos envolvidos sendo entregue uma delas para o enfermeiro e a outra via ficará com o pesquisador.

Baseado neste termo, eu_____ RG_____, órgão expedidor _____, aceito participar da pesquisa em acordo com as informações acima expostas.

Campina Grande do Sul, _____ de _____ de 2015.

De acordo,

Nome e assinatura do participante Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – enfermeiro

Título da pesquisa: "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba (PR) e Região Metropolitana"

Pesquisador: Taine Costa
Orientador: Profª Drª Lisabelle Mariano Rossato

Prezado enfermeiro:

Você está sendo convidado a participar da pesquisa "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba (PR) e Região Metropolitana" que tem como objetivo descrever o manejo da dor de RNs internados em UTINs.

Esta pesquisa utilizará três questionários, **"Caracterização das UTINs",** contendo informações a respeito da caracterização das unidades, que será respondido pela coordenação da unidade mediante assinatura do TCLE; outro questionário "**Caracterização do perfil dos enfermeiros da UTIN",** contendo informações sobre o perfil dos enfermeiros, formação profissional, atuação profissional e qualificação profissional, que será respondido por você; e o outro questionário "**Conhecimentos e práticas dos enfermeiros no manejo da dor neonatal",** que será agendado com cada um de vocês, sendo que as respostas não serão utilizadas para avaliar seu desempenho no trabalho.

Os questionários são anônimos, devem ser preenchidos sem consultar outras pessoas, protocolos ou qualquer material didático, com tempo estimado de 30min. Estão garantidas todas as informações que você queira, ante, durante e depois do estudo. Você tem a liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, poderá retirar seu consentimento a qualquer momento.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser inspecionadas pelo orientador da pesquisa e pelas autoridades legais, no entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob a forma codificada, para que a sua confidencialidade seja mantida.

As informações coletadas terão um caráter confidencial e serão utilizadas para fins desta pesquisa, podendo ser o resultado divulgado em artigo de revista científica sem, no entanto, revelar a identidade dos participantes.

Você não terá nenhuma despesa financeira, nem tão pouco benefício. A pesquisadora fica disponível a esclarecer quaisquer dúvidas, antes, durante e após o término do estudo e publicação dos resultados. A pesquisadora poderá ser contatada pelos e-mails **tainecosta@usp.br** ou **edipesq@usp.br** ou pelos telefones (41) 9857-2353 ou (11) 3061-7548 para esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa. Em caso de reclamações ou denúncias sobre esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do (nome do hospital participante), pessoalmente, pelo telefone (XX) XXXX-XXXX ramal XXXX ou pelo e-mail ..... (dados relativos ao hospital participante).

Eu, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

O presente documento será assinado em duas vias pelos envolvidos sendo entregue uma delas para o enfermeiro e a outra via ficará com o pesquisador.

Baseado neste termo, eu_____ RG_____, órgão expedidor _____, aceito participar da pesquisa em acordo com as informações acima expostas.

Campina Grande do Sul, _____ de _____ de 2015.

De acordo,

Nome e assinatura do participante Nome e assinatura do pesquisador

APÊNDICE C – CARACTERIZAÇÃO DAS UTINs

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

1- Tipo de UTIN ( ) I ( ) II ( ) III

2- Tipo de instituição ( )pública ( )mista

( )hospital amigo da criança ( ) unidade Canguru

3- Número de leitos:_____

4- Média mensal de internação na UTIN: _____

5- Número de total de funcionários:

Enfermeiros: _____

Técnicos de enfermagem: _____

Auxiliares de enfermagem: _____

6- Número de profissionais por leito:

Enfermeiros: _____

Técnicos de enfermagem: _____

Auxiliares de enfermagem: _____

ANEXOS

ANEXO A – PERFIL DOS ENFERMEIROS

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DOS ENFERMEIROS DA UTIN

1 - Sexo ( ) Feminino ( ) Masculino

2 – Idade: _____anos

FORMAÇAO PROFISSIONAL

3 – Ano de término da graduação: _____ (ano) _____ (mês)

4 – Qual tipo de instituição realizou sua graduação? ( ) pública ( )privada

5- Formação profissional complementar

( ) Especialização. Área: _____ano_____

( ) Residência. : Área: _____ano_____

( ) Mestrado. Área: _____ano_____

( ) Doutorado. Área: _____ano_____

6 - Tempo de experiência profissional como enfermeiro: ___ano(s)__ mês(es)

7 - Tempo de experiência na área neonatal como enfermeiro:

___ano(s)_____ mês(es)

8 - Tempo que trabalha <u>nesta unidade neonatal</u> como enfermeiro: ___ano(s)_____mês(es)

ATUAÇÃO PROFISSIONAL

9 - Qual seu vínculo funcional <u>nesta unidade neonatal?</u>

( ) Funcionário público ( ) Cooperativado/contratado ( ) Outro. Qual? _____

10 - Regime de trabalho <u>nesta unidade neonatal</u>

( ) Plantão 12 por 60 horas ( ) Diurno ( ) Noturno

( ) Plantão 12 por 36 horas ( ) Diurno ( ) Noturno

( ) Outro tipo de horário. Qual?_____

11 – Você possui outros vínculos empregatícios?

( ) Não ( ) Mais um ( ) Mais dois ( ) Mais três

12 - Que função exerce nesse(s) outro(s) vínculo(s) de trabalho?

( ) Assistencial (enfermeiro) ( ) Assistencial (técnico de enfermagem)

( ) Assistencial (auxiliar de enfermagem) ( ) Docência

( ) Cargo administrativo: ___

13 - Nesse(s) outro(s) vínculo(s) de trabalho você trabalha na área neonatal?

( ) Sim ( ) Não Especificar: _____

14 – Qual sua carga horária semanal total de trabalho (somando todos os seus vínculos)?

( )menos de 20h/semana ( )24h/semana ( )30h/semana ( )36h/semana

( )40h/semana ( ) mais de 40h/semana, especificar:_____

QUALIFICAÇAO PROFISSIONAL NA TEMÁTICA DOR NEONATAL

15 - Quais fontes de informações você utiliza para se atualizar sobre a dor do recém-nascido? (nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta)

( ) Livros

( ) Periódicos\revistas. Qual(is)?:_____

( ) Consenso(s) Internacional(is). Qual(is)?:_____

( ) Manual(is) do Ministério da Saúde. Qual(is) ?_____

( ) Internet. Qual(is) site(s) ?_____

( ) Eventos científicos

( ) Cursos: ( ) Em eventos científicos. Qual(is) ?_____

( ) Promovido pelo Ministério da Saúde. Qual(is) ?_____

( ) Promovido pela associação de classe / sociedade profissional.Qual(is) ? _____

( ) na própria instituição. Qual(is) ?_____

( ) Orientação da chefia

( ) Aprendizado em serviço com outros profissionais

( ) Protocolo existente na instituição

( ) Outros. Especifique: _____

( ) Não utiliza fonte de informações.

16 - Você participou de algum curso/treinamento sobre o tema dor do recém-nascido nos últimos 3 anos?

( ) Não ( ) Sim. Ano _____ Local: _____

Conteúdos abordados: _____

1**7- Nesta unidade neonatal existe alguma diretriz, protocolo ou rotina sobre avaliação e manejo da dor em recém-nascido?**

( ) Não sei responder ( ) Não ( ) Sim. Se sim, qual (ais) recomendação (ões) da rotina ou do protocolo utilizados?

18 Nesta unidade neonatal é utilizada alguma escala para avaliação da dor em recém-nascidos?

( ) não ( ) sim. Se sim, qual (is)? _____

19 Você conhece outras escalas de avaliação da dor do recém-nascido?

( ) não ( ) sim Se sim, qual (is)? _____

20- Nesta unidade neonatal, qual a frequência de avaliação da dor no recém-nascido?

( ) não é avaliada ( )junto com os sinais vitais ( ) 2/2h ( )4/4h ( )6/6h ( )12/12h ( ) outros. Qual (is)?_____

21- Nesta unidade neonatal, quais profissionais de enfermagem avaliam a dor do recém-nascido? (nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta)

( )Enfermeiros ( ) Técnicos de enfermagem ( )Auxiliares de enfermagem

22- Onde o registro e*score*/avaliação da dor é documentado?

( )anotação de enfermagem ( )evolução de enfermagem ( )impresso próprio ( )balanço hídrico ( ) outros: _____

23- Ao identificar que o recém-nascido apresentou dor durante a realização de um procedimento doloroso que conduta você realiza? (nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta)

( ) não faz nada ( )discute com a equipe

( ) comunica a chefia ( )registra no prontuário

( )utiliza alguma estratégia para alívio da dor.

Qual (is)?_____

24- Quando a escala utilizada nesta unidade neonatal sugere dor, que conduta você realiza? (nesta questão você pode assinalar mais de uma resposta)

( ) não faz nada ( )discute com a equipe multiprofissional

( )registra no prontuário ( ) comunica a chefia

( ) **intervenções farmacológicas**, quais:

( ) Fentanil ( ) Paracetamol ( )Morfina ( ) Codeína

( ) Lidocaína ( ) Bupivacaína ( )Hidrato de Cloral ( )Midazolam

( ) outros: _____

( ) **intervenções não-farmacológicas, quais:**

( ) Sucção não-nutritiva ( ) Glicose/sacarose oral ( ) Aleitamento materno

( ) Massagem terapêutica ( ) Toque ( ) Método canguru

( ) Contenção facilitada ( ) Posicionamento ( ) Ninho

( ) Diminuição de estímulos auditivos ( ) Diminuição de estímulos visuais

( ) Musicoterapia ( ) outros: _____

ANEXO B - CONHECIMENTO E PRÁTICA DOS ENFERMEIROS NO MANEJO DA DOR NEONATAL

CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS NO MANEJO DA DOR NEONATAL
Assinale a alternativa que traduza com maior precisão a sua opinião:

1. O recém-nascido pré-termo está apto a sentir dor.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

2. O recém-nascido a termo está apto a sentir dor.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

3. A dor pode alterar a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura, pressão arterial sistêmica, saturação de O2 e pressão intracraniana de um recém-nascido.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

4. A dor pode alterar a mímica facial, movimentos de braços, pernas e o choro de um recém-nascido.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

5. Luminosidade e ruídos podem alterar as reações à dor do recém-nascido.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

6. A dor em recém-nascidos não é reconhecida por profissionais.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

7. A dor em recém-nascidos não é considerada por pesquisadores.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

8. O recém-nascido reage à dor de forma particular.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

9. A dor é considerada como um dos sinais vitais do recém-nascido.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

10. A avaliação da dor no recém-nascido deve ser sistematizada.

Discordo — Discordo parcialmente — Não sei — Concordo parcialmente — Concordo

11.A avaliação da dor deve fazer parte da prescrição de enfermagem.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

12.Os recém-nascidos não necessitam de analgésicos devido à imaturidade de seu sistema nervoso.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

13.A dor neonatal pode ser avaliada sem o uso de escalas.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

14.O uso de escalas para avaliação da dor neonatal é importante para a prática profissional.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

15.É importante registrar a dor no prontuário do recém-nascido.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

16.O registro da avaliação da dor no prontuário do recém-nascido é um pré-requisito para o adequado controle da dor neonatal.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

17.O enfermeiro possui conhecimento suficiente para avaliar a dor do recém-nascido.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

18.O manejo da dor do recém-nascido depende da sua avaliação.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

19.O registro da avaliação de dor dos recém-nascidos resulta em alívio da dor.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

20.Ter conhecimento de medidas não-farmacológicas para o alívio da dor em recém-nascidos auxilia no seu alívio.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

21.A implementação de medidas não-farmacológicas para alívio da dor do recém-nascido é necessária.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

22.Os pais podem ajudar no manejo da dor do recém-nascido.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

23.Apesar de sentir dor, os recém-nascidos podem dormir ou não reagir à dor.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

24.Os recém-nascidos submetidos a repetidos procedimentos dolorosos podem apresentar efeitos nocivos em seu desenvolvimento.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

25.O diagnóstico médico/clínico do recém-nascido influencia no manejo da dor.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

26.A decisão conjunta de profissionais (médico, enfermeira, fisioterapeuta, fonoaudiólogo) é necessária para o manejo da dor em recém-nascidos.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

27.Sedativos aliviam a dor em recém-nascidos.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

28.Analgésicos opióides são adequados para aliviar a dor em recém-nascidos.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

29.Analgésicos opióides são adequados para recém-nascidos em ventilação mecânica.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

30.Analgésicos não-opióides são adequados para alívio da dor decorrente de procedimentos dolorosos em recém-nascidos.

Discordo | Discordo parcialmente | Não sei | Concordo parcialmente | Concordo

PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS SOBRE O MANEJO DA DOR NEONATAL
Marque a resposta que traduza com maior precisão a sua prática no manejo dor do recém-nascido nos itens abaixo:

1. **Avalio a dor em recém-nascidos por meio do choro.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

2. **Avalio a dor em recém-nascidos pela sua mímica facial.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

3. **Avalio a dor em recém-nascidos pela sua movimentação corporal e agitação.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

4. **Avalio a dor em recém-nascidos junto com os sinais vitais.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

5. **Utilizo escalas para avaliar a dor em recém-nascidos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

6. **Registro no prontuário as manifestações/escores de dor dos recém-nascidos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

7. **Comunico e discuto com a equipe de saúde sobre as manifestações/escores de dor dos recém-nascidos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

8. **Utilizo a sucção não-nutritiva para alíviar a dor do recém-nascido durante a realização de procedimentos dolorosos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

9. **Promovo o aleitamento materno para aliviar a dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

10. **Promovo o contato pele a pele para aliviar a dor do recém-nascido durante os procedimentos dolorosos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

11. **Ofereço sacarose ou glicose oral para alíviar a dor do recém-nascido antes dele ser submetido a procedimentos dolorosos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

12. **Ofereço sacarose ou glicose oral e a sucção não-nutritiva para alíviar a dor do recém-nascido submetido a procedimentos dolorosos.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

13. **Posiciono o recém-nascido para aliviar a sua dor.**

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

14. Realizo a contenção facilitada do recém-nascido durante procedimentos dolorosos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

15. Realizo o enrolamento do recém-nascido antes de procedimentos dolorosos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

16. Utilizo mais de uma medida não farmacológica para aliviar a dor dos recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

17. Utilizo medidas farmacológicas e não-farmacológicas combinadas para aliviar a dor em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

18. Discuto com a equipe de saúde as medidas não farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

19. Registro as avaliações de dor no prontuário dos recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

20. Registro no prontuário dos recém-nascidos as intervenções não farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

21. Registro no prontuário dos recém-nascidos as intercorrências na administração de medidas não farmacológicas para prevenção e alívio da dor.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

22. Informo aos pais/familiares sobre os procedimentos dolorosos a serem realizados com o recém-nascido.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

23. Solicito aos pais/familiares a participarem da prevenção e alívio da dor do recém-nascido.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

24. Administro analgésicos opióides, prescritos como se necessário, para aliviar a dor repetida e prolongada do recém-nascido.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

25. Administro analgésicos opióides, prescritos como se necessário, para recém-nascidos em ventilação mecânica.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

26. Administro analgésicos não-opióides, prescritos como se necessário, para alívio da dor em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

27. Administro analgésicos não-opióides, prescritos como se necessário, para alívio da dor decorrente de procedimentos dolorosos em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

28. Administro sedativos, prescritos como se necessário, para manejo da dor em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

29. Registro no prontuário dos recém-nascidos as intervenções farmacológicas utilizadas para a prevenção e o alívio da dor.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

30. Registro no prontuário dos recém-nascidos as intercorrências na administração de medidas farmacológicas para prevenção e alívio da dor.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

31. Discuto com a equipe de saúde as medidas farmacológicas utilizadas para prevenção e alívio da dor em recém-nascidos.

Nunca — Raramente — Algumas vezes — Maioria das vezes — Sempre

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana.

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38214114.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 952.238

Data da Relatoria: 09/02/2015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo insere-se na proposta da atenção humanizada ao RN de baixo peso, método canguru do Ministério da Saúde (2011). Este modelo de assistência perinatal é direcionado à melhoria da qualidade do cuidado e desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1683, de 12/07/2007. Considera-se que esse modelo reduz o stress e a dor do RN, além de melhorar o relacionamento da família com a equipe de saúde. Propõe a verificação do manejo da dor pelos enfermeiros, o que poderá significar um avanço nos conhecimentos científicos relacionados à excelência do cuidado ao RN. A pergunta de pesquisa é "Como se dão as práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs internados em UTINs de Curitiba e região metropolitana?".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Descrever o manejo da dor em RNs internados em UTINs.

Objetivos Secundários:

- Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes nessas unidades;
- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor em RNs internados;

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 952.238

- Caracterizar as estratégias não farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor em RNs internados;
- Identificar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: não há. Entretanto, caso seja percebido pelo pesquisador ou relatado pelo sujeito algum desconforto psicológico ou emocional, a entrevista será suspensa.

Benefícios: avanços nos conhecimentos científicos com vistas à excelência do cuidado ao RN de baixo peso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está objetivamente relatada, não havendo qualquer necessidade de outros esclarecimentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está de acordo com as orientações contidas na Resolução nº466 de 12.12.2012.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de uma emenda para inserção de documentos solicitados pela instituição coparticipante HOSPITAL DO TRABALHADOR/SES/PR

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da instituição co-participante para o início da pesquisa.

O CEP EEUSP informa que há necessidade de registro dos relatórios: parcial e final da pesquisa, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO - EEUSP

Continuação do Parecer: 952.238

SAO PAULO, 11 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
Ruth Natalia Teresa Turrini
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-7548 **Fax:** (11)3061-7548 **E-mail:** edipesq@usp.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EVANGÉLICO DE CURITIBA

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA - PR

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana. (versão HUEC)

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 42519615.4.3001.0103
Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.098.877
Data da Relatoria: 09/06/2015

Apresentação do Projeto:
O presente estudo insere-se na proposta da Atenção humanizada ao RN de baixo peso, método canguru do Ministério da Saúde (2011). Este modelo de assistência perinatal é direcionado à melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1683, de 12/07/2007. Considera-se que, dentre alguns dos princípios desse
modelo, haja uma redução de stress e dor do RN, além de propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN.
A presente pesquisa tem como pergunta, "Como se dão as práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs internados em UTINs de Curitiba (PR) e região metropolitana?".

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Descrever o manejo da dor de RNs internados em UTINs por enfermeiros.
Objetivo Secundário:
- Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes nestas unidades- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RNs internados.
- Caracterizar as estratégias não farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA - PR

Continuação do Parecer: 1.096.877

dor de RNs internados.

- Caracterizar as estratégias farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.

- Identificar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos potenciais, entretanto, caso seja percebido pelo pesquisador ou relatado pelo sujeito algum desconforto psicológico ou emocional, a entrevista será suspensa.

Benefícios:

Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa a ser realizada no HUEC (co-participante).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 466/12 CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da pesquisa.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento do projeto, por meio de relatórios semestrais dos

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

SOCIEDADE EVANGÉLICA BENEFICENTE DE CURITIBA - PR

Continuação do Parecer: 1.098.877

pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

CURITIBA, 09 de Junho de 2015

Assinado por:
Carmen Australia Paredes Marcondes Ribas
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Anchieta, 2770
Bairro: Bigorrilho **CEP:** 80.730-000
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3240-5570 **Fax:** (41)3240-5584 **E-mail:** comite.etica@fepar.edu.br

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL INFANTIL PEQUENO PRÍNCIPE

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana. (versão Hospital Pequeno Príncipe)

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42461415.6.3001.0097

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.069.253

Data da Relatoria: 18/05/2015

Apresentação do Projeto:

Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal de Curitiba/PR e Região metropolitana

Aluna:Taine Costa

Co- autora: Junia Selma de Freitas

Orientadora: Prof.ª Dra. Lisabelle Mariano Rossato

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP)

Projeto de Dissertação de Mestrado

Objetivo da Pesquisa:

Hipótese:

Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência
do cuidado ao RN.

Objetivo Primário:

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070
Bairro: Água Verde **CEP:** 80.250-060
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3310-1418 **Fax:** (41)3310-1418 **E-mail:** comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

Descrever o manejo da dor de RNs internados em UTINs por enfermeiros.

Objetivo Secundário:
- Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes nestas unidades;
- Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RNs internados;
- Caracterizar as estratégias não farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.- Caracterizar as estratégias farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados;
- Identificar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

Metodologia Proposta:
Trata-se de um estudo transversal, pois envolve a coleta de dados em um único momento sem seguimento (Hulley et al., 2008).

Local do estudo:O presente estudo ocorrerá em dez hospitais de Curitiba (PR) e região metropolitana que possuem UTIN com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas unidades dispõem de oito a 32 leitos e o número de enfermeiros varia entre cinco a 22 profissionais.A população será constituída da totalidade de enfermeiros das nove instituições, somando 100 participantes.Serão incluídos na amostra da pesquisa enfermeiros que trabalham em UTIN das instituições, que não estejam de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados e que aceitem fazer parte da pesquisa, mediante assinatura do TCLE.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos na amostra da pesquisa enfermeiros que trabalham em UTIN das instituições, que não estejam de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados e que aceitem fazer parte da pesquisa.

Critério de Exclusão:
Enfermeiros que estejam de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados ou

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO

Continuação do Parecer: 1.069.253

que não aceitem fazer parte da pesquisa.

ESTRATÉGIA PARA COLETA DE DADOS:

Inicialmente, a pesquisadora entrará em contato
telefônico ou por correio eletrônico com as coordenadoras de enfermagem de cada instituição co-participante para apresentar o projeto de pesquisa
e solicitar autorização para coleta de dados. A pesquisadora compromete-se a começar a coleta de dados somente após a aprovação do projeto
pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da USP. Desse modo, a estratégia adotada para a coleta de dados será um questionário contendo
informações a respeito da caracterização das unidades que será respondido pela coordenadora da unidade mediante assinatura do TCLE. Dois
questionários serão respondidos pelos enfermeiros referentes ao perfil, formação, atuação e qualificação profissional e outro sobre conhecimentos e
práticas do manejo da dor neonatal. Os enfermeiros agendarão o dia de sua preferência para o preenchimento dos dois questionários e serão
informados que suas respostas não serão utilizadas para avaliar seu desempenho no trabalho. Os questionários são anônimos, devem ser
preenchidos sem consultar outras pessoas, protocolos ou qualquer material didático, com tempo estimado de 30 minutos.Os questionários serão
adaptados do projeto de pós-doutorado da enfermeira Marialda Moreira Christoffel "Transferência do conhecimento no uso de intervenções não
farmacológicas para o alivio da dor do recém-nascido em procedimentos considerados dolorosos" e da dissertação de mestrado intitulada. O manejo
da dor neonatal na perspectiva da equipe de saúde de uma maternidade de Ribeirão Preto/SP", de autoria de Caroline Ramos de Oliveira. Algumas
questões poderão ser retiradas, outras reformuladas e acrescentadas, conforme avaliação de três especialistas na área neonatal.O questionário a
ser utilizado na pesquisa será elaborado mediante a "Escala de Likert" que quantifica atitudes e comportamentos por meio de estimação do grau da
resposta (Newman et al, 2008). O instrumento de coleta de dados será composto por frases afirmativas, sendo que as respostas utilizadas no

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070
Bairro: Água Verde **CEP:** 80.250-080
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3310-1418 **Fax:** (41)3310-1418 **E-mail:** comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

questionário sobre conhecimento dos enfermeiros serão as seguintes: discordo, discordo parcialmente, não sei, concordo parcialmente e concordo.
Para o questionário que avalia a prática dos enfermeiros as respostas serão as seguintes: nunca, raramente, algumas vezes, maioria das vezes e
sempre, podendo ser assinalado somente uma resposta a cada afirmativa. ASPECTOS ÉTICOS. O projeto de pesquisa será encaminhado ao
Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, pautado na resolução número 466/12 do Ministério da Saúde, a respeito de
pesquisas envolvendo seres humanos; no Código de Ética Profissional de Enfermagem e no Conselho Federal de Enfermagem (2011).
Posteriormente, as unidades coparticipantes serão contatadas para entrega da autorização para a coleta de dados na instituição. ANÁLISE DOS
DADOS. Os questionários serão digitados e tabulados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para serem submetidos à análise descritiva, sendo os resultados apresentados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:
Não há riscos potenciais, entretanto, caso seja percebido pelo pesquisador ou relatado pelo sujeito algum desconforto psicológico ou emocional, a
entrevista será suspensa.

Benefícios:
Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência
do cuidado ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevância para o Serviço de UTI Neonatal na área de enfermagem.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos apresentados e exigidos pelo CEP, estão em conformidade.

Recomendações:

Ajustar o cronograma, incluindo submissão ao CEP, e o ano.

HOSPITAL DE CRIANÇAS
CÉSAR PERNETTA E
HOSPITAL PEQUENO

Continuação do Parecer: 1.069.253

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que conforme as normas da CONEP/MS o pesquisador deverá enviar ao CEP relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer tempo e a critério do pesquisador em caso de relevância. Salientamos ainda a necessidade do envio do relatório final do estudo.Retirar junto ao CEP o TCLE com rubrica e carimbo do CEP-HPP para aplicar o questionário. O mesmo deve ser feito em duas vias, uma ficando com o responsável legal e outra com o pesquisador, todas assinadas e rubricadas por responsável legal e pesquisador.

CURITIBA, 19 de Maio de 2015

Assinado por:
NILTON KIESEL FILHO
(Coordenador)

Endereço: Rua Desembargador Motta, nº 1070
Bairro: Água Verde **CEP:** 80.250-080
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3310-1416 **Fax:** (41)3310-1416 **E-mail:** comissao.etica.pesquisa@hpp.org.br

ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CEP/HC/UFPR

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana.

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38214114.0.3001.0096

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.032.303

Data da Relatoria: 13/04/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apresentação de emenda a ser replicada nos Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, mas analisada como projeto novo por este CEP.

É um estudo transversal que ocorrerá em nove hospitais de Curitiba (PR) e região metropolitana que possuem UTIN com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).A população será constituida de 91 enfermeiros das nove instituições.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o manejo da dor em RNs internados em UTINs; Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes nessas unidades; Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor em RNs internados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos diretos, entretanto, caso seja percebido pelo pesquisador ou relatado pelo sujeito algum desconforto psicológico ou emocional,ou constrangimento a entrevista será suspensa.

Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A prática dos enfermeiros será avaliada por questionário e as respostas serão as seguintes: nunca,

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

raramente, algumas vezes, maioria das vezes e sempre, podendo ser assinalado somente uma resposta a cada afirmativa.Um questionário será respondido pelos participantes referente ao perfil dos enfermeiros, formação, atuação e qualificação profissional e outro sobre conhecimentos e práticas do manejo da dor neonatal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está de acordo com as orientações contidas na Resolução nº466 de 12.12.2012.Demais documentos de apresentação obrigatória estão satisfatórios.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda analisada e aprovada.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta -se pela aprovação da Emenda. Devendo o pesquisador aguardar o parecer final da CONEP sobre o referido documento.

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Manter os documentos da pesquisa arquivado.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos, por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - HCUFPR

CEP/HC/UFPR

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.032.303

CURITIBA, 23 de Abril de 2015

Assinado por:
Renato Tambara Filho
(Coordenador)

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181
Bairro: Alto da Glória **CEP:** 80.060-900
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3360-1041 **Fax:** (41)3360-1041 **E-mail:** cep@hc.ufpr.br

ANEXO G – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL E MATERNIDADE ANGELINA CARON

HOSPITAL E MATERNIDADE
ANGELINA CARON/PR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana. (versão Hospital Caron)

Pesquisador: Lisabelle Mariano Rossato

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 42546915.0.3001.5226

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.132.335

Data da Relatoria: 29/06/2015

Apresentação do Projeto:

O presente estudo insere-se na proposta da Atenção humanizada ao RN de baixo peso, método canguru do Ministério da Saúde (2011). Este modelo de assistência perinatal é direcionado à melhoria da qualidade do cuidado, desenvolvido em três etapas conforme Portaria GM/MS nº 1683,de 12/07/2007. Considera-se que, dentre alguns dos princípios desse modelo, haja uma redução de stress e dor do RN, além de propiciar um melhor relacionamento da família com a equipe de saúde.Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN. A presente pesquisa tem como pergunta, "Como se dão as práticas de avaliação e tratamento da dor em RNs internados em UTINs de Curitiba (PR) e região metropolitana.

METODOLOGIA. TIPO DE ESTUDO. Trata-se de um estudo transversal, pois envolve a coleta de dados em um único momento sem seguimento .Local da coleta de dados: O presente estudo ocorrerá em dez hospitais de Curitiba (PR) e região metropolitana que possuem UTIN com atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).População. A população será constituída da totalidade de enfermeiros das dez instituições, somando 100 participantes.Procedimentos e instrumentos da coleta de dados. Desse modo, a coordenadora da unidade assinará o TCLE e

Endereço: Rod. do Caqui nº 1150 km 01- Caixa Postal 046
Bairro: Jardim Araçatuba **CEP:** 83.430-000
UF: PR **Município:** CAMPINA GRANDE DO SUL
Telefone: (41)3879-8100 **Fax:** (41)3879-8100 **E-mail:** cephac@hospitalcaron.com.br

responderá um questionário contendo informações a respeito da caracterização das unidades . Os enfermeiros da unidade assinarão o TCLE . Um questionário será respondido pelos enfermeiros referente ao perfil, formação, atuação e qualificação profissional do enfermeiro e outro sobre conhecimentos e práticas do manejo da dor neonatal . Os enfermeiros agendarão o dia de sua preferência para o preenchimento dos dois questionários e serão informados que suas respostas não serão utilizadas para avaliar seu desempenho no trabalho.Análise de Dados. Os questionários serão digitados e tabulados no Statistical Package for Social Sciences (SPSS – versão 21.0) para serem submetidos à análise descritiva, sendo os resultados apresentados em gráficos e tabelas. Para todas as análises o nível de significância adotado será 95%.

Critério de Inclusão:

Serão incluídos na amostra da pesquisa enfermeiros que trabalham em UTIN das instituições, que não estejam de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados e que aceitem fazer parte da pesquisa.

Critério de Exclusão:

Enfermeiros que estejam de licença de qualquer natureza durante o período de coleta de dados ou que não aceitem fazer parte da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:Descrever o manejo da dor de RNs internados em UTINs por enfermeiros

Objetivo Secundário: Caracterizar o perfil dos enfermeiros atuantes nestas unidades.Verificar o conhecimento dos enfermeiros sobre o manejo da dor de RN internados.Caracterizar as estratégias não farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.- Caracterizar as estratégias farmacológicas adotadas pelos enfermeiros para o controle da dor de RNs internados.- Identificar a forma de registro da avaliação e do tratamento da dor realizada pelos enfermeiros.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não há riscos potenciais, entretanto, caso seja percebido pelo pesquisador ou relatado pelo sujeito algum desconforto psicológico ou emocional, a entrevista será suspensa.

Benefícios:Ao verificar como o manejo da dor é realizado pelos enfermeiros, poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN

HOSPITAL E MATERNIDADE
ANGELINA CARON/PR

Continuação do Parecer: 1.132.335

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo tem a intenção do aprimoramento do conhecimento relativo a avaliação e ao tratamento da dor em RNs de baixo peso com vistas a humanização e melhoria do cuidado no contexto das UTINs, conforme política preconizada pelo Ministério da Saúde. O estudo em questão tem uma grande importância para a área da enfermagem assistencial pois esse profissional que está diretamente prestando assistência diária é muitas vezes testemunha de reações que podem indicar que o o pequeno paciente (RNs), esta de uma certa forma sendo exposto a estímulos dolorosos. Desta forma o estudo pode ser um instrumento para auxiliar na capacitação e atualização dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que atuam nas unidades de terapias intensiva neonatal.Ao verificar como o manejo da dor é realizado pela equipe de enfermagem poderá ser possível avançar nos conhecimentos científicos, visando a excelência do cuidado ao RN.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador principal e pela Diretoria da Instituição Proponente;
- Autorização da Sociedade Hospitalar Angelina Caron para realização da pesquisa;
- Projeto de pesquisa apresenta termos em inglês e abreviaturas, no entanto, acompanha a lista destas abreviaturas em anexo;
- O TCLE é de fácil compreensão pelos profissionais participantes da pesquisa;- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é claro, objetivo e cumpre as orientações contidas na Resolução nº466/2012. Está direcionado apenas aos enfermeiros do Hospital e Maternidade Angelina Caron, apesar do título da pesquisa, "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba (PR) e região metropolitana", explicitar que haverão outros campos de estudo.

- Curriculum Vitae do pesquisador principal e da equipe participante apresentado pela Plataforma Lattes;
- O Instrumento para coleta de dados é em forma de questionário, cujo modelo encontra-se em anexo.
- O Cronograma de execução apresentado via Plataforma Brasil, cita datas específicas, levando em consideração que o projeto foi aprovado pelo CEP-EEUSP em fevereiro de 2015.O cronograma apresentado a sociedade hospitalar Angelina Caron, dentro do projeto detalhado possui períodos, respeitando a data de aprovação do CEP - HAC. . .

Endereço: Rod. do Caqui nº 1150 km 01- Caixa Postal 048
Bairro: Jardim Araçatuba **CEP:** 83.430-000
UF: PR **Município:** CAMPINA GRANDE DO SUL
Telefone: (41)3879-8100 **Fax:** (41)3879-8100 **E-mail:** cephac@hospitalcaron.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
ANGELINA CARON/PR

Continuação do Parecer: 1.132.335

- O Orçamento apresentado está correto, e será custeado por recursos próprios.
- Cópia digital que permita "copiar/colar" de todos os documentos
- A declaração do orientador afirma ter lido e revisado todo o protocolo e assume a co-responsabilidade pela documentação em sua forma e conteúdo.

Recomendações:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Angelina Caron – CEP-HAC, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa, nos termos em que está proposto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências!

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

No cumprimento da Resolução 466/12, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-HAC) deverá receber relatórios anuais sobre o andamento do estudo, bem como a qualquer
tempo e a critério do pesquisador nos casos de relevância, além do envio dos relatos de eventos adversos,para conhecimento deste Comitê. Salientamos ainda, a necessidade de relatório completo ao final do estudo, dispensando o relatório anual caso a pesquisa encerre antes deste prazo. O documento que autoriza o início da pesquisa carimbado e assinado pelo responsável da instituição deverá ser mantido em poder do pesquisador responsável, podendo ser requerido por este CEP em qualquer tempo. Salientamos que, teremos em arquivo a cópia do referido documento. O Pesquisador receberá também uma via deste Parecer Consubstanciado assinado pela Coordenação do CEP-HAC

Endereço: Rod. do Caqui nº 1150 km 01- Caixa Postal 048
Bairro: Jardim Araçatuba **CEP:** 83.430-000
UF: PR **Município:** CAMPINA GRANDE DO SUL
Telefone: (41)3879-8100 **Fax:** (41)3879-8100 **E-mail:** cephac@hospitalcaron.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
ANGELINA CARON/PR

Continuação do Parecer: 1.132.335

CAMPINA GRANDE DO SUL, 30 de Junho de 2015

Assinado por:
Fabio Okipney
(Coordenador)

Endereço: Rod. do Caqui nº 1150 km 01- Caixa Postal 048
Bairro: Jardim Araçatuba **CEP:** 83.430-000
UF: PR **Município:** CAMPINA GRANDE DO SUL
Telefone: (41)3879-8100 **Fax:** (41)3879-8100 **E-mail:** cephac@hospitalcaron.com.br

ANEXO H – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARAUCÁRIA – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066.7602 - Fax: (011) 3066.7615
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP - Brasil
e-mail: enpee@usp.br

Curitiba, 11 de fevereiro de 2015.

Prezado Senhor/Senhora

Vimos solicitar autorização para a aluna de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), nível mestrado, Taine Costa, orientanda da Profª Drª Lisabelle Mariano Rossato do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP), realizar a coleta de dados para a pesquisa que culminará na dissertação de mestrado. A pesquisa tem como título "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana". Esta é de caráter quantitativo, tem como objetivo geral descrever o manejo da dor de Recém-Nascidos (RN) internados em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN). Para a coleta de dados será aplicado, pela pesquisadora, um questionário dirigido aos coordenadores das UTINs e aos enfermeiros que atuam nessas unidades, abrangendo questões acerca da avaliação e tratamento da dor do RN. Informamos também que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USP em 17/11/2014 sob o CAAE 38214114.0.0000.5392.

Garantimos quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do nome dos participantes e da instituição quanto dos conteúdos fornecidos pelos mesmos. O relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes sejam mencionados e que os participantes não sofrerão risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético, tendo garantido a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa e deixar de participar da mesma, sem qualquer prejuízo a instituição e aos participantes. Não haverá despesas para a instituição e participantes em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à participação. Informamos ainda que a coleta de dados somente se dará após o parecer favorável do comitê de ética da instituição.

Acreditamos que esta Instituição poderá contribuir imensamente para essa pesquisa, uma vez que apresenta as qualidades necessárias para tal, tendo em vista o objetivo citado.

Agradecemos desde já pela atenção e estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário. Atenciosamente,

Taine Costa

Taine Costa

Aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado.

Lisabelle Mariano Rossato

Lisabelle Mariano Rossato

Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica- EEUSP

Autorizo a Instituição: Hospital Municipal de Araucária, a participar da pesquisa acima mencionada.

Talita Renne Mendonça
Gerente de Enfermagem
COREN-PR 122520
HMA - INDEH

Nome do responsável pela instituição

Assinatura

ANEXO I – CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS NO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS – AUTORIZAÇÃO DA CHEFIA

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3066.7602 - Fax: (011) 3066.7615
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo - SP - Brasil
e-mail: eepee@usp.br

Curitiba, 28 de abril de 2015.

Prezado Senhor/Senhora

Vimos solicitar autorização para a aluna de pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), nível mestrado, Taine Costa, orientanda da Profª Drª Lisabelle Mariano Rossato do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica (ENP), realizar a coleta de dados para a pesquisa que culminará na dissertação de mestrado, bem como em sua ausência, a coleta será realizada pela enfermeira Izabella Linha Secco COREN-PR 202587, RG 10049247-4, CPF 205487. A pesquisa tem como título "Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e região metropolitana". Esta é de caráter quantitativo, tem como objetivo geral descrever o manejo da dor de Recém-Nascidos (RN) internados em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN). Para a coleta de dados será aplicado, pela pesquisadora, um questionário dirigido aos coordenadores das UTINs e aos enfermeiros que atuam nessas unidades, abrangendo questões acerca da avaliação e tratamento da dor do RN. Informamos também que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da USP em 17/11/2014 sob o CAAE 38214114.0.0000.5392.

Garantimos quanto ao sigilo e confidencialidade tanto do nome dos participantes e da instituição quanto dos conteúdos fornecidos pelos mesmos. O relatório final do estudo será publicado, sem que os nomes sejam mencionados e que os participantes não sofrerão risco ou desconforto quer seja no âmbito físico, moral e ético, tendo garantido a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa e deixar de participar da mesma, sem qualquer prejuízo a instituição e aos participantes. Não haverá despesas para a instituição e participantes em qualquer fase da pesquisa como também não haverá compensação financeira relacionada à participação. Informamos ainda que a coleta de dados somente se dará após o parecer favorável do comitê de ética da instituição.

Acreditamos que esta Instituição poderá contribuir imensamente para essa pesquisa, uma vez que apresenta as qualidades necessárias para tal, tendo em vista o objetivo citado.

Agradecemos desde já pela atenção e estamos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente,

Taine Costa

Aluna de pós-graduação em Enfermagem da EEUSP, nível mestrado.

Lisabelle Mariano Rossato

Profª Drª do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica- EEUSP

Autorizo a Instituição Hospital e Maternidade São José dos Pinhais a participar da pesquisa acima mencionada.

Ducelsa Kaliberda
Direção de Enfermagem
Matrícula 19657 COREN 83387

Nome do responsável pela instituição

Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ DOS PINHAIS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIVISÃO DE ENSINO E PESQUISA

AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA

Eu Denilsen Carvalho Gomes, abaixo assinado, responsável pela Divisão de Ensino e Pesquisa, autorizo a realização do estudo Práticas de avaliação e tratamento da dor em recém-nascidos internados em unidades de terapia intensiva neonatal de Curitiba/PR e Região Metropolitana, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pelo responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição.

Declaro ainda ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Curitiba, 29 de Abril de 2015

Denilsen C. Gomes

Denilsen Carvalho Gomes
Divisão de Ensino e Pesquisa

Ciente e de acordo

Ducelsa Kaliberda
Direção de Enfermagem
Matrícula: 19267/COREN 23367

Ducelsa Kaliberda
Direção de Enfermagem do Hospital e Maternidade São José dos Pinhais

LISTA NOMINAL DE PESQUISADORES:
Lisabelle Mariano Rossato
Taine Costa de Souza