UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ARIADNE PINHEIRO NAZARIO

# Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê

Ribeirão Preto
2017

**ARIADNE PINHEIRO NAZARIO**

# Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê

**Versão Original**

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

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente

**Orientadora: Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi**

**Ribeirão Preto**
**2017**

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.

Nazario, Ariadne Pinheiro
Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê. Ribeirão Preto, 2017.
103 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Carmen Gracinda Silvan Scochi

1. Enfermagem neonatal. 2 .Dor aguda. 3. Educação em saúde. 4. Família. 5. Tecnologia educacional.

# FOLHA DE APROVAÇÃO

NAZARIO, Ariadne Pinheiro

**Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**

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

Aprovado em: ..... / ..... / 2017

Comissão Julgadora

Prof(a) Dr(a) _____

Instituição: _____

Prof(a) Dr(a) _____

Instituição: _____

Prof(a) Dr(a) _____

Instituição: _____

# Dedicatória

*Dedico estre trabalho àqueles que me fazem querer buscar o sucesso em cada etapa da minha caminhada;*

*Que me fazem querer ser sempre uma profissional melhor;*

*Cujos pais me ensinam ser uma pessoa melhor;*

*Que às vezes chegam antes da hora, e mostram-se os melhores "pequenos guerreiros" pela sobrevivência;*

*Para os quais a família arruma o leito familiar para melhor recebê-los;*

*Os quais somos capazes de passar horas observando;*

*Para aqueles que estudamos incansavelmente para oferecer o melhor cuidado: os* ***BEBÊS.***

*Que tão brilhantemente veem ao mundo nos ensinando desde o primeiro sopro de vida.*

*Afinal, se não fosse por eles, nada disso teria sentido.*

# Agradecimento especial

*Agradeço ao meu avô **Miguel** (in memoriam) por ser sempre minha maior torcida, meu maior fã e minha maior fonte de inspiração de simplicidade, humildade e luta. Por vibrar a cada conquista da minha vida, mesmo que mínima, com um orgulho que transbordava e me dava força para continuar. Sei que esteve e estará sempre ao meu lado.*

# Agradecimentos

*Acredito que cada ser humano que habita este plano espiritual tem uma missão e um propósito nesta vida, por isso agradeço a Deus pela oportunidade de ter escolhido e ter sido escolhida pela Neonatologia;*

*À minha família, em especial meus pais* ***Eliana*** *e* ***Claudio****, minha avó* ***Vanda****, minha madrinha* ***Sílvia*** *e minha afilhada* ***Lívia****, que são minha certeza de nunca estar sozinha, e* ***Luciana*** *e* ***Rogério,*** *por fazerem parte da minha rotina e vivenciarem também minhas conquistas e aflições;*

*Ao meu noivo* ***João Augusto****, pelo incentivo e compreensão;*

*À minha cachorra* ***Kyara****, minha companheira da vida e de estudos;*

*Às minhas amigas* ***Camila Leite****,* ***Gabriela Curan****,* ***Mayra Freire*** *e* ***Sarah Hegeto****, que de onde estiverem, não me deixam desanimar;*

*Aos mestres da Universidade Federal do Triângulo Mineiro que me formaram Enfermeira baseados nos preceitos da humanização e qualidade da assistência;*

*Às coordenadoras do Programa de Residência em Enfermagem Neonatal e às enfermeiras do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina, que confirmaram minha aptidão para Neonatalogia e me ensinaram brilhantemente ser uma Enfermeira Neonatologista completa;*

*Aos amigos que a Neonatologia me trouxe durante toda minha caminhada profissional e acadêmica, em universidades, hospitais e eventos, que me inspiram sempre ser melhor;*

*Ao Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, especialmente à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, que me motiva cada dia buscar excelência nas minhas atividades, aos colegas de trabalho que me ensinam e constroem conhecimento comigo a cada dia, aos meus gestores que acreditam, reconhecem e confiam na minha competência;*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo por me acolher na trajetória acadêmica do Mestrado e me proporcionar tanto conhecimento e experiências;*

*À minha orientadora,* ***Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi****, que aceitou me guiar na trajetória do Mestrado e embarcou comigo na jornada deste trabalho.*

*Aos pais, mães, gestantes e familiares que tão brilhantemente contribuíram com este trabalho e contribuem diariamente para o meu crescimento.*

*A teoria sem a prática vira verbalismo, assim como a prática sem teoria vira ativismo.*

*No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.*

**– Paulo Freire**

## RESUMO

NAZARIO, A.P. **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê.** 2017, 103 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Estudiosos têm buscado um novo paradigma a partir da atenção humanizada à criança no contexto da hospitalização. A presença da família junto ao bebê hospitalizado é comprovadamente benéfica à evolução do mesmo e ao enfrentamento deste período pela família, tornando esta convivência um direito concedido por lei. Estudos revelam que a exposição dos bebês internados a procedimentos dolorosos é intensa, e pode causar alterações biocomportamentais e danos ao neurodesenvolvimento do bebê. A educação em saúde tem mostrado cada vez mais sua importância na busca da qualidade da assistência, considerando as tecnologias educativas como um instrumento comprovadamente efetivo para esta prática. Nesse contexto e diante das intervenções comprovadamente eficazes para manejo não farmacológico da dor aguda, especialmente as intervenções com a participação ativa dos pais como a amamentação, o contato pele a pele e a oferta de leite humano, na perspectiva da abordagem centrada na família, tem-se como objetivo geral desenvolver e avaliar um vídeo educativo para a participação ativa da família no alívio da dor aguda do bebê. Trata-se de estudo de desenvolvimento tecnológico e experimental, no qual o vídeo foi desenvolvido nas dependências da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e a coleta de dados no hospital universitário de Ribeirão Preto. A pesquisa foi desenvolvida em três etapas operacionais: elaboração do vídeo educativo com base em evidências e experiência clínica da pesquisadora, validação do vídeo por juízes especialistas e avaliação do vídeo pelo público-alvo. O vídeo foi validado por 19 peritos das áreas de audiovisual (06) e enfermagem (13) mediante aplicação de questionário *online,* com avaliação da impressão geral e do conteúdo do vídeo. A avaliação do vídeo pelo público alvo foi feita por 16 participantes, sendo 08 mães e 01 pai de bebês assistidos nas unidades neonatais e por 05 gestantes e 02 cônjuges em ambulatório de pré-natal de risco do hospital universitário, mediante entrevista estruturada. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP. As sugestões e considerações feitas pelos peritos foram acatadas conforme avaliação da pesquisadora. A avaliação foi positiva, com concordância de 90% entre os juízes especialistas. A avaliação feita pelos pais e gestantes foi favorável ao uso do vídeo enquanto tecnologia educativa para esta clientela. Assim, o vídeo "*Com amor, sem dor*" foi validado por enfermeiras e profissionais da área de audiovisual e avaliado positivamente pelo público-alvo. Conclui-se que o vídeo constitui em uma tecnologia educativa que pode ter impacto favorável em sua utilização como estratégia de educação em saúde para empoderar a família a se envolver nos cuidados de alívio da dor aguda do bebê com mais autonomia e proatividade.



**Palavras-chave: Enfermagem neonatal. Dor aguda. Educação em saúde. Família. Tecnologia educacional.**

## ABSTRACT

NAZARIO, A.P. **Development and evaluation of educational video for family awareness and education about acute baby pain relief.** 2017, 103 f. Dissertation (Masters Degree) – Nursing School at Ribeirão Preto, University of Sao Paulo, Ribeirao Preto, 2017.

Researchers have sought a new paradigm from humanized attention to the child in the context of hospitalization. The presence of the family next to the hospitalized baby is proven beneficial to the evolution of the baby and to the family to face this period, making this familiarity a right granted by law. Studies show that the exposure of hospitalized infants to painful procedures is intense, and may cause biobehavioral changes and damage to the baby's neurodevelopment. Education in health has increasingly shown its importance in the search for quality of care, considering educational technologies as a proven effective tool for this practice. In this context and in view of the proven effective interventions for non-pharmacological management of acute pain, especially interventions with active parental involvement such as breastfeeding, skin-to-skin contact and human milk offer, from the perspective of the family-centered approach, the overall goal is to develop and evaluate an educational video for active family involvement in relieving acute baby pain. It is a study of technological and experimental development, in which the video was developed in the dependencies of the School of Nursing of Ribeirão Preto of the University of São Paulo (EERP / USP) and data collection in the university hospital of Ribeirão Preto. The research was developed in three operational stages: elaboration of the video with evidence-based and clinical experience of the researcher; validation of the video by expert judges; and evaluation of the video by the target audience. The video was validated by 19 experts from the audiovisual (06) and nursing (13) areas through an online questionnaire, evaluating the general impression and the video content. The evaluation of the video by the target audience was done by 16 participants, being 08 mothers and 01 father of babies assisted in the neonatal units and by 05 pregnant women and 02 spouses in a risk prenatal outpatient clinic of the university hospital, through a structured interview. The project was approved by the Research Ethics Committee of EERP / USP. The suggestions and considerations made by the experts were accepted according to the evaluation of the researcher. The evaluation was positive, with agreement of 90% between the expert judges. The evaluation made by parents and pregnant women was favorable to the use of video as an educational technology for this clientele. Thus, the video "With love, without pain" was validated by nurses and professionals in the audiovisual area and evaluated positively by the target audience. It is concluded that video is an educational technology that can have a positive impact on its use as a health education strategy to empower the family to become involved in the baby's acute pain relief with more autonomy and proactivity.



**Keywords: Neonatal nursing. Acute pain. Health education. Family. Tecnologia educacional. Educational technology.**

## RESUMEN

NAZARIO, A.P. **Desarrollo y evaluación de vídeo educativo para sensibilización y educación de la familia sobre el alivio del dolor agudo del bebé.**2017, 103 f. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Los estudiosos han buscado un nuevo paradigma a partir de la atención humanizada al niño en el contexto de la hospitalización. La presencia de la familia junto al bebé hospitalizado es comprobadamente benéfica a la evolución del mismo y al enfrentamiento de este período por la familia, haciendo de esta convivencia un derecho concedido por ley. Los estudios revelan que la exposición de los bebés internados a procedimientos dolorosos es intensa, y puede causar alteraciones biocomportamentales y daños al neurodesarrollo del bebé. La educación en salud ha mostrado cada vez más su importancia en la búsqueda de la calidad de la asistencia, considerando las tecnologías educativas como un instrumento comprobadamente efectivo para esta práctica. En este contexto y ante las intervenciones comprobadamente eficaces para el manejo en el farmacológico del dolor agudo, especialmente las intervenciones con la participación activa de los padres como la lactancia, el contacto piel a piel y la oferta de leche humana, en la perspectiva del enfoque centrado en la familia, tiene como objetivo general desarrollar y evaluar un vídeo educativo para la participación activa de la familia en el alivio del dolor agudo del bebé. Se trata de un estudio de desarrollo tecnológico y experimental, en el cual el vídeo fue desarrollado en las dependencias de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo (EERP / USP) y la recolección de datos en el hospital universitario de Ribeirão Preto. La investigación fue desarrollada en tres etapas operativas: elaboración del vídeo educativo basado en evidencias y en la experiencia clínica de la investigadora, validación del vídeo por jueces especialistas y evaluación del vídeo por el público objetivo. El video fue validado por 19 expertos de las áreas de audiovisual (06) y enfermería (13) mediante aplicación de cuestionario online, con evaluación de la impresión general y del contenido del vídeo. La evaluación del vídeo por el público objetivo fue realizada por 16 participantes, siendo 08 madres y 01 padre de bebés asistidos en las unidades neonatales y por 05 gestantes y 02 cónyuges en ambulatorio de prenatal de riesgo del hospital universitario, mediante entrevista estructurada. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la EERP / USP. Las sugerencias y consideraciones hechas por los expertos fueron acatadas según la evaluación de la investigadora. La evaluación fue positiva, con concordancia del 90% entre los jueces especialistas. La evaluación hecha por los padres y gestantes fue favorable al uso del video como tecnología educativa para esta clientela. Así, el video "Con amor, sin dolor" fue validado por enfermeras y profesionales del sector audiovisual y evaluado positivamente por el público objetivo. Se concluye que el vídeo constituye en una tecnología educativa que puede tener un impacto favorable en su utilización como estrategia de educación en salud para empoderar a la familia a involucrarse en el cuidado de alivio del dolor agudo del bebé con más autonomía y proactividad.



**Palabras-clave: Enfermería neonatal. Dolor agudo. Educación em salud. Familia. Tecnología educacional.**

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Trecho do *storyboard*..... 42

**Figura 2.** Fotografias de trechos do vídeo..... 48

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Respostas dos peritos de enfermagem em relação à impressão geral. Ribeirão Preto – SP, 2017..... 50

**Tabela 2.** Respostas dos peritos de enfermagem em relação à avaliação de conteúdo. Ribeirão Preto – SP, 2017..... 51

**Tabela 3.** Respostas dos peritos de audiovisual em relação à impressão geral. Ribeirão Preto – SP, 2017..... 53

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---|---|
| EERP | Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto |
| HCFMRP | Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto |
| IASP | *International Association for the Study of Pain* / Associação Internacional para o Estudo da Dor |
| NFCS | *Neonatal Facial Coding System* / Sistema de Codificação da Atividade Facial Neonatal |
| RN | Recém-nascido(s) |
| RNPT | Recém-nascido(s) pré-termo |
| UCIN | Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |
| VSR | Vírus Sincicial Respiratório |

**SUMÁRIO**

**Apresentação** ..... **17**

**1. Introdução** ..... **19**

1.1 A dor neonatal e a participação da família ..... 26

1.2 A tecnologia como ferramenta de educação em saúde ..... 35

**2. Objetivos** ..... **37**

2.1 Objetivo geral: ..... 37

2.2 Objetivos específicos: ..... 37

**3. Material e método** ..... **38**

3.1 Tipo de estudo ..... 38

3.2 Local do estudo ..... 38

3.3 Participantes do estudo ..... 39

3.4 Desenvolvimento do vídeo ..... 40

3.5 Validação do vídeo por peritos ..... 43

3.6 Avaliação do vídeo pelo público-alvo ..... 45

3.7 Análise dos dados ..... 46

3.8 Aspectos éticos ..... 46

**4. Resultados** ..... **48**

**5. Discussão** ..... **58**

**6. Considerações finais** ..... **69**

**Referências** ..... **71**

**Apêndices** ..... **79**

APÊNDICE 1 – Roteiro ..... 79

APÊNDICE 2 – Termo de autorização para uso de imagem e voz ..... 82

APÊNDICE 3 – Caracterização dos avaliadores de enfermagem ..... 84

APÊNDICE 4 – Caracterização dos avaliadores de audiovisual ..... 85

APÊNDICE 5 – Instrumento de impressão geral ..... 86

APÊNDICE 6 – Instrumenro de avaliação de conteúdo ..... 87

APÊNDICE 7 – Termo de consentimento dos peritos ..... 89

APÊNDICE 8 – Termo de consentimento do público-alvo ..... 91
APÊNDICE 9 – Questionário de avaliação do vídeo pelo público-alvo ..... 93
**Anexos ..... 95**
Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP ..... 95
Anexo 2 – Anuência do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia ..... 98
Anexo 3 – Anuência Departamento de Pediatria ..... 99
Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFRP-USP ..... .....101

# Apresentação

Os cuidados neonatais sempre despertaram meu interesse, mesmo antes de ingressar na graduação, já possuía o desejo de fazer parte dos cuidados no início da vida. Cursei a graduação em enfermagem procurando sempre focar e me aprofundar na enfermagem perinatal, desenvolvi meu trabalho de conclusão de curso na temática “Humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, quando meu interesse, não apenas pelo início da vida se intensificou, mas também me despertou para o cuidado à vida que se inicia precocemente: a vida do prematuro.

Disposta a aprofundar meus conhecimentos e prática acerca dos cuidados ao prematuro, busquei aprimorar meus conhecimentos técnicos e científicos por meio da Residência em Enfermagem Neonatal, na Universidade Estadual de Londrina, Paraná. No decorrer dos dois anos vividos intensamente em busca da excelência no cuidado neonatal, meu interesse pela pesquisa se intensificou. Participei de vários projetos do programa da residência voltados ao cuidado do prematuro e sua família, assim como o incentivo ao aleitamento materno. Desenvolvi duas pesquisas científicas, sendo uma no âmbito da “avaliação de ruídos na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal”, e a outra sobre “desenvolvimento e implantação de protocolo de condutas no óbito neonatal e vivência dos pais e familiares acerca do óbito neonatal”, sendo essa última a temática de meu trabalho de conclusão da residência. Como parte do programa de residência, permaneci por quatro semanas em estágio externo observacional pelo *International Learner Program*, no *Hospital for Sick Children*, em Toronto – Canadá.

Ao término da residência, ingressei no mercado de trabalho, agora como enfermeira neonatologista, trabalhei em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital privado de Ribeirão Preto e, atualmente, trabalho na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Assim, a assistência e as experiências anteriores me impulsionaram a buscar a prática na pesquisa para aperfeiçoamento do cuidado neonatal. Tornei-me apoio técnico à pesquisa em janeiro de 2014, vinculando-me a projetos na temática neonatal e ao Grupo de Pesquisa em Enfermagem no Cuidado à Criança e ao Adolescente (GPECCA), da Escola de

Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, o qual me trouxe à luz das atualidades, problemáticas e necessidades da assistência voltada a esta temática.

Ao vivenciar e estudar o manejo do alívio da dor no bebê aprendi o quanto a presença dos pais pode somar a esta prática. Porém, aprendi também, que o manejo da dor, apesar de muito estudado, está mais bem esclarecido e colocado para os profissionais de saúde, enquanto para os pais, ainda é uma prática que causa medo e insegurança, além da falta de conhecimento por parte destes das ações que podem realizar no sentido de auxiliar o alívio da dor aguda de seus filhos.

Durante a residência, experimentei, na prática, o incentivo à presença dos pais na Unidade Neonatal, assim como a inserção dos mesmos nos cuidados ao bebê. Enquanto apoio técnico à pesquisa, tive oportunidade de conhecer e trabalhar com pesquisadores envolvidos nos estudos de manejo da dor na Unidade Neonatal, foi quando despertei o interesse em desenvolver estratégias de empoderamento dos pais para participar deste processo de alívio da dor do bebê, esperando contribuir para um adequado manejo clínico da dor em bebês, minimizar os episódios de dor aguda no bebê, inserir os pais neste cuidado e auxiliá-los na apreensão de estratégias que eles podem utilizar frente a procedimentos dolorosos em seus filhos, mesmo após a alta hospitalar.

Compreendendo que o processo de investigação é coletivo, e a comunicação científica deve ocorrer de maneira formal e impessoal, enfatizando os fatos e os fenômenos estudados, a partir deste momento, utilizo na redação desta dissertação de mestrado a primeira pessoa do plural para conjugação verbal.

# 1. Introdução

A melhoria das condições de vida (higieno-sanitárias e nutricionais) e dos cuidados perinatais básicos, foram os grandes impulsionadores do aumento da sobrevivência dos recém-nascidos (RN). No entanto, os avanços tecnológicos relacionados com o intensivismo neonatal, tiveram um importante contributo entre os mais criticamente doentes (prematuros extremos, asfixiados e malformados) (BATALHA, 2010). Essas melhorias e avanços refletiram positivamente na redução da mortalidade e da morbidez perinatal, nas últimas três décadas (SAIGAL; DOYLE, 2008).

A assistência ao RN em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) sofreu mudanças, o modelo tradicional de assistência centrado no bebê doente vem cedendo espaço para um novo modelo que permite a presença dos pais e a incorporação da família no cuidado (GAÍVA; SCOCHI, 2005). O período de internação gera nos pais a necessidade de assumir novas funções em condições adversas, como a separação física do bebê, oportunidades de interação controladas, dificuldade em sentir-se parte do cuidado do RN e sentimentos diversos em relação ao momento, desde medo em relação à sobrevida do RN até sentimentos de amor e esperança (ALVES et al., 2016). A humanização no ambiente da UTIN é uma questão de importância crescente na qualidade da atenção ao RN. Desta forma, em dezembro de 1999, foi lançada no Brasil a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, como uma Política Nacional de Saúde que abrange questões como os cuidados técnicos com o bebê (manuseio, atenção às necessidades individuais, cuidados com luz, som, dor); o acolhimento à família; a promoção do vínculo mãe-bebê e do aleitamento materno; e o acompanhamento ambulatorial após a alta (BRASIL, 2011).

Nota-se que o nascimento prematuro é uma realidade mundial que vem demandando a articulação de estratégias para o seu enfrentamento, principalmente no que se refere a participação das famílias no contexto hospitalar (BRASIL, 2011). É importante lembrar também que não apenas os recém-nascidos pré-termo (RNPT) necessitam da assistência intensiva hospitalar, mas muitos outros bebês, mesmo que nascidos a termo, podem necessitar de cuidados intensivos no início da vida.

Diante disso, no Brasil, vem-se trabalhando com a visão de um novo paradigma, que é a da atenção humanizada à criança e sua família no contexto da hospitalização (BRASIL, 2011).

Por isso, a assistência ao RN em UTIN tem passado por importantes transformações. Com base na filosofia do Cuidado Centrado na Família, o suporte à família e a participação dos pais nos cuidados diretos ao RN, assim como a inclusão deles nas decisões sobre seu filho, devem ser prioridades nos serviços de Neonatologia (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014; GOODING et al., 2011).

O Cuidado Centrado na Família reconhece a importância dos pais na vida dos RN e enfatiza o respeito, o apoio e a parceria entre a família e os profissionais de saúde, aspectos esses fundamentais no cuidado pediátrico, incluindo o neonatal; enfatiza ainda, a importância de reconhecer e aceitar o apoio familiar no processo saúde-doença (HENNIG; GOMES; MORSH, 2010).

Segundo Shieldes, Pratt e Hunter (2006), o termo Cuidado Centrado na Família é um dos mais importantes movimentos em cuidados pediátricos para o século XXI, definido por eles, como a maneira de cuidar da criança e de sua família, assegurando que haja um planejamento em torno de todos como uma unidade. Tendo em vista essa concepção, todos os membros são reconhecidos como foco do cuidado e não somente a criança.

Constituem alguns dos pressupostos do Cuidado Centrado na Família: reconhecer a família como uma constante na vida da criança; facilitar a colaboração entre pais e profissionais em todos os níveis de cuidado; responder às necessidades de desenvolvimento da criança e da família como parte das práticas em saúde e planejar um cuidado flexível, culturalmente competente e responsivo às necessidades da família (SHIELDES; PRATT; HUNTER, 2006). O Cuidado Centrado na Família beneficia todos os envolvidos: pacientes, famílias e profissionais de saúde. Este cuidado está cada vez mais ligado a melhores resultados de saúde para os pacientes, proporciona menores custos, alocação mais efetiva de recursos, redução de erros e processos médicos; maior satisfação do paciente, família e profissional; aumento da auto eficácia e autonomia de pacientes e famílias; e melhora na educação médica e demais áreas de saúde, em virtude do compartilhamento do cuidado da criança doente com sua família. Tal relacionamento, por sua vez, faz com que o profissional de saúde adquira ampla visão dos problemas, das necessidades e das prioridades da família, facilitando o

desenvolvimento adequado do plano de cuidado a essas pessoas (JOHNSTON et al., 2009).

Cruz e Angelo (2011), em resgate histórico, conceitual e pragmático da assistência à criança e da fundamentação teórica do modelo do Cuidado Centrado na Família, mostraram que na área pediátrica a participação dos familiares no cuidado à criança é reconhecida como essencial para o atendimento de suas necessidades e para ao bem-estar de toda a família. Eles apontaram ainda, que esse tipo de cuidado vem sendo avaliado como o ideal para a assistência em muitos estudos realizados em pediatria. Entretanto, ainda não se encontra incorporado de forma prevalente nos serviços de saúde, sobretudo no âmbito nacional, constituindo um desafio a sua implementação (CRUZ; ANGELO, 2011).

A construção do termo Cuidado Centrado na Família teve início, em meados de 1969, com o propósito de definir a qualidade do cuidado prestado no hospital, segundo a visão dos pacientes e suas famílias, e de discutir a autonomia do paciente frente às suas necessidades de saúde (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2011). Inicialmente, o termo era medicina centrada no paciente, que evoluiu para cuidado centrado no paciente. Com a constatação de que este não descrevia a abordagem pretendida, em 1990 foi incluído o termo família, direcionando a elaboração dos atuais pressupostos do *Institute for Patient and Family Centered Care* (INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE, 2011).

No Brasil, foi apenas a partir do final da década de 1980, que a família começou a participar do cuidado à criança hospitalizada (COSTA; PADILHA, 2011). O fator determinante em defesa dos direitos da criança foi a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 (BRASIL, 2015), o qual resgata o direito da permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente, proporcionando condições para a permanência do mesmo (MAIA; SILVA; FERRARI, 2014).

Esse modelo não anula ou substitui as condutas tradicionais e os tratamentos terapêuticos, isso porque todos os problemas de saúde necessitam de diagnóstico preciso e tratamento apropriado (SANTOS et al., 2012), mas às vezes é preciso modificar o contexto.

Embora a permanência dos pais junto ao filho hospitalizado é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e que, comprovadamente, a

presença da família na UTIN traz benefícios à criança (BRASIL, 2015), em muitas unidades hospitalares esse direito ainda não está sendo cumprido e a liberação dos pais para permanecerem junto ao filho durante a hospitalização não é uma realidade em muitas instituições brasileiras, principalmente nas UTIN, que são consideradas unidades complexas.

A inserção dos pais na UTIN como acompanhante dos filhos hospitalizados acarreta dificuldades tanto para eles como para a equipe nas questões relativas à relação interpessoal, sobretudo no que se refere ao acolhimento. Considera-se que essa situação deve ser ainda mais complicada quando envolve outros membros da família biológica ou de relacionamento social (CUNHA et al., 2014).

No entanto, poucos acompanhantes e outros familiares são autorizados a visitar o neonato na UTIN, sob a justificativa de que o maior fluxo de pessoas e a longa permanência dos visitantes podem apresentar riscos de transmissão de patógenos. Contudo, estudos já apontam que os membros das famílias não são mais vistos como fontes perigosas de contaminação (CUNHA et al., 2014).

Assim, sugere-se a inclusão dos demais membros da família no contexto do cuidado intensivo neonatal, para que desta forma a filosofia do Cuidado Centrado na Família possa ser uma realidade da prática, transpondo o campo teórico (SANTOS et al., 2012).

É possível identificar que há alguns anos já foi comprovada que a presença da família junto ao RN na UTIN é benéfica à evolução do bebê e ao enfrentamento deste período de hospitalização pela família, tornando esta convivência um direito concedido por lei. Porém, é impossível negar que esta mudança no modelo de organização da UTIN é um desafio para a equipe multiprofissional que atua nesta unidade. Assim, na perspectiva da prática ampliada e fundamentada em evidências, há produção de conhecimento em larga escala apontando a necessidade e os benefícios que a mudança no modelo de cuidado proporciona, mas a prática desta mudança ainda é mínima e muito superficial se comparada às diretrizes da filosofia do Cuidado Centrado na Família e recomendações de organizações/associações científicas e experts na área.

A UTIN é um cenário familiar para os profissionais de saúde que ali atuam, porém, os pais vivenciam sentimentos diversos ao visitar o filho internado como a impotência, a tristeza, a solidão e a dor. Tais sentimentos podem estar associados às características da própria UTIN, sua dinâmica de funcionamento e os dispositivos

de apoio a vida, utilizados para garantir e manter a sobrevida do RN. Sendo assim, percebe-se a necessidade de os profissionais de enfermagem de aliar a técnica e o cuidado humanitário ao conhecimento, oferecendo cuidado integral à família inserida no contexto do cuidado intensivo neonatal (GALLEGOS-MARTÍNEZ; REYES-HERNÁNDEZ; SCOCHI, 2013; SANTOS et al., 2012; SILVA, 2015).

Atualmente a mudança está nas mãos dos profissionais que atuam na UTIN, com apoio institucional. São eles que, familiarizados com o ambiente e empoderados do conhecimento técnico-científico, devem acolher os familiares e inseri-los na assistência, assim como devem criar e incorporar estratégias de oferecer o cuidado que estes pais necessitam.

Sobretudo, destaca-se que a equipe de enfermagem é a principal responsável pela inserção da família no ambiente da unidade neonatal. O acolhimento é a chave inicial para o processo de comunicação entre os pais e os profissionais de saúde. A forma como os pais são recebidos no hospital influencia significativamente toda a internação do RN (CUNHA et al., 2014; COSTA; KLOCK; LOCKS, 2012).

Esta responsabilidade da enfermagem no acolhimento e na inserção da família na UTIN tem sido percebida há algum tempo, e estudos revelam como a equipe de enfermagem tem realizado essas tarefas e como os familiares tem percebido isso, como na investigação de Cunha et al. (2014), um estudo descritivo de natureza quantitativa, com a participação de 50 visitantes, incluindo pais, familiares, amigos e acompanhantes de RN hospitalizados na UTIN de uma maternidade escola, que revelou que 98% dos sujeitos considerou que foi bem aceito pela equipe da UTIN. Porém, há ainda a necessidade de maior incentivo à visita, de orientações e informações mais esclarecedoras quanto ao quadro clínico do RN e, consequentemente, de uma maior integração dos profissionais com os familiares na implementação do plano de cuidados do neonato (CUNHA et al., 2014). O resultado desse estudo exemplifica o fato de que este cuidado ainda é, muitas vezes, superficial, no qual a aceitação é percebida e sentida pelos pais, mas o cuidado continuado poderia ser melhor explorado.

Muitas vezes a gravidade do estado clínico do RN e a necessidade de muitos aparelhos de suporte à vida aumentam o sentimento de medo dos pais e diminuem as possibilidades de uma participação mais ativa no cuidado ao neonato, mas essa situação de estado clínico grave do RN, muito frequente na UTIN, não pode ser justificativa para ignorar a presença e participação da família. É neste momento que

a responsabilidade da equipe aumenta no sentido de tornar o ambiente mais acolhedor para os familiares, auxiliando-os no enfrentamento dos sentimentos de angústia e trabalhando a situação mediante apoio e diálogo constante da equipe junto à família, para que seja possível a elaboração de estratégias que capacitem os pais a lidarem com os desafios diários dessa experiência (CUNHA et al., 2014).

Mesmo com essas barreiras, autores afirmam que, na percepção dos pais, a presença da família na UTIN, além de proporcionar bem-estar à criança, é fator de segurança também para eles, pois desta forma eles têm a oportunidade de acompanhar e participar do cuidado dispensado ao filho durante toda a internação (SILVA, 2015; CUNHA et al., 2014; MOLINA et al., 2009).

Assim sendo, neste contexto de cuidado neonatal de alta complexidade, tem-se particular interesse com o alívio da dor aguda do bebê com a participação dos pais, na perspectiva do Cuidado Centrado na Família.

Um estudo realizado em Londres, com 169 pais de bebês internados nas UTIN, traz em sua revisão bibliográfica dados de estudos europeus e norte-americanos que mostram que a dor infantil foi angustiante para os pais, porque eles não estavam preparados para a dor do bebê e seu impacto; experimentaram interações negativas com alguns funcionários em relação às suas preocupações para o manejo da dor infantil; encontraram barreiras à promulgação de seu papel parental; e se sentiram incapazes de confortar ou proteger o bebê contra a dor. Os pais experimentaram alívio a partir desta aflição quando eles receberam informações sobre a dor infantil; foram ativamente envolvidos na criação dos filhos e puderam oferecer conforto ao seu bebê; e receberam apoio e incentivo da equipe de saúde (enfermeiros e médicos) para confortarem o bebê. Os pais tinham conceitos bem desenvolvidos sobre as causas da dor infantil e demonstraram preocupação com os efeitos em curto e longo prazo da dor infantil, tanto para o bebê quanto para a relação pais-bebê (FRANCK; OULTON; BRUCE, 2012).

A partir do momento em que a equipe valoriza a presença dos pais, vendo-os como participantes e não como expectadores, eles tornam-se confiantes e integrantes no papel de familiares e são capazes de auxiliar na recuperação da criança (CUNHA et al., 2014; MERIGHI et al., 2011). Para que a mãe e a família participem de forma efetiva nos cuidados é preciso que haja uma participação orientada em que o enfermeiro explica e supervisiona o cuidado a fim de que com o tempo, a mãe possa assumir os cuidados gradualmente (FRELLO; CARRARO,

2012), de acordo com a evolução clínica do bebê. O compartilhamento das orientações sobre os cuidados deve acontecer isenta de discursos autoritários, no qual o familiar assume um papel de mero executor de uma ordem, pois tudo deve ocorrer de forma natural, no tempo de cada família e de cada bebê.

As ações de incentivo à participação materna na recuperação do filho estão direcionadas ao ato biológico de amamentar, mostrando que, muitas vezes, os profissionais associam a visita da mãe à ação funcionalista de atender ao objetivo institucional da amamentação. Ou seja, permitem que as mães visitem os filhos, mas não estimulam sua participação nos cuidados propriamente ditos; permitem a amamentação, mas não ampliam o olhar de humanização e acolhimento subjacente a esta iniciativa (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010).

Talvez uma explicação para esta situação sejam os já demasiadamente demonstrados benefícios do aleitamento materno, cuidado prestado ao RN que não pode ser substituído pela equipe, é privilégio único e exclusivo da mãe. Isso causa na equipe uma confiança de que esta é a maneira certa de prover este cuidado, já que não há outra maneira, e que o cuidado é benéfico ao RN. Assim, a participação materna nesse cuidado é segura, benéfica e cientificamente comprovada, inclusive no alívio da dor aguda do neonato. Mas, atualmente, muitos outros cuidados não farmacológicos e não técnico-dependentes já possuem comprovação científica dos seus efeitos favoráveis ao RN, como, por exemplo, o contato pele a pele e o leite humano dentre outros, porém, raramente os pais são inseridos nesses cuidados.

Convencidos de que a presença da família não pode mais ser ignorada dentro da UTIN, surgiram os questionamentos: Como preparar a família para participar no alívio da dor aguda de seu bebê? Como a família percebe esta possibilidade de participação no cuidado ao filho durante procedimento doloroso? Será que um vídeo educativo pode ajudar a família nesse processo? E assim, valorizando o cuidado prestado pela família, especialmente pelos pais, aos seus próprios filhos, a partir da qualidade das orientações e parceria com a equipe, sentimo-nos estimulados a desenvolver um material educativo que instrumentalizasse a educação em saúde. A intenção da família nunca será prejudicar, por ser a mais interessada no sucesso do tratamento e recuperação do bebê. Mas, diante da situação de uma internação em UTIN, os familiares precisam ser capacitados e orientados em relação aos cuidados que eles são aptos a realizar, inclusive no alívio da dor aguda do bebê, foco deste estudo e contextualizado a seguir.

## 1.1 A dor neonatal e a participação da família

Inicialmente procuramos trazer aspectos conceituais e fisiológicos relacionados a dor, a exposição de RN e lactentes a procedimentos de dor aguda e as intervenções não farmacológicas de alívio dessa dor, focando-se principalmente naquelas que viabilizam a participação ativa da família.

Um dos marcos mais importantes dos estudos da dor foi protagonizado, em 1965, por Melzack e Wall, com a publicação da “Gate Control Theory” (Teoria do Portão). Esta teoria enfatiza a ideia de que a dor é um fenômeno neurofisiológico, baseado na transmissão de um estímulo produtor de sensação dolorosa, além disso, é sustentado que o pensamento, as experiências passadas e as emoções influenciam na percepção da dor, bem como na resposta à mesma. No entanto, a preocupação com a dor em pediatria surge após muitos anos, tendo seu primeiro registro apontado apenas em 1977 (BATALHA, 2010).

A dor é um fenômeno complexo e subjetivo, definida pela Associação Internacional para o Estudo da Dor (*International Association for the Study of Pain – IASP*) como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos teciduais reais ou potenciais, ou descrita em termos de tal dano. A inabilidade do indivíduo em comunicar verbalmente a dor não o impossibilita de senti-la e não exclui que esteja precisando e alguma intervenção visando seu alívio (MERSKEY; BOGDUK, 1994; IASP, 1979).

E ainda, os RN foram considerados incapazes de sentirem dor por longos anos na história, devido à crença de que sua imaturidade neurológica levaria à redução de sua sensibilidade à dor, que as vias nervosas dos RN não eram mielinizadas o suficiente para a transmissão dos estímulos dolorosos e que a função cortical não era integrada (HOCKENBERRY; WILSON, 2014).

Do ponto de vista fisiológico, a dor pode ser compreendida como nocicepção, que se refere aos sinais que chegam ao sistema nervoso central resultante da ativação de nociceptores (receptores sensoriais especializados), que informam sobre a lesão tecidual ocasionada por estímulos nocivos (FEIN, 2011). A nocicepção consiste nos processos de transdução, transmissão e modulação (KLAUMANN; WOUK; SILLAS, 2008), que de forma simplificada é uma cadeia de três neurônios, na qual os neurônios de primeira ordem (fibras A-beta, A-delta ou fibras C) originam-se na periferia e conduzem o estímulo até o corno dorsal da medula espinhal, onde

se comunicam com os neurônios de segunda ordem (interneurônios, neurônios proprioespinhais e neurônios de projeção) que conduzem o estímulo pela medula e através dos neurônios de terceira ordem e cinco vias ascendentes principais (trato espinotalâmico, trato espinorreticular, trato espinomesencefálico, trato espinocervical e trato espinohipotalâmico), o dano tecidual chega ao córtex cerebral, onde a dor é percebida (TRANQUILLI, 2004). Além disso, há as vias do sistema supressor da dor, que se desenvolvem tardiamente (OKADA et al., 2001).

No que se refere ao desenvolvimento anatômico fetal, os primeiros nociceptores surgem a partir da 7ª semana de gestação, em torno da boca e em todo o corpo na 20ª semana, simultaneamente ao desenvolvimento das fibras nociceptivas cutâneas, as quais após aparecerem na área perioral, se espalham pela face, palmas das mãos e plantas dos pés na 11ª semana; pelo tronco, braços e pernas na 15ª semana; e se espalham por mucosas e toda a superfície corporal em torno da 20ª semana. Na 6ª semana de gestação, inicia-se o desenvolvimento das sinapses, entre fibras sensitivas aferentes e neurônios receptores do corno dorsal da medula espinal, a qual completa seu desenvolvimento em torno da 30ª semana, juntamente com o desenvolvimento das conexões neurais do córtex cerebral. Embora as vias transmissoras do estímulo doloroso não estejam ainda mielinizadas no feto, durante o segundo e terceiro trimestres de gestação, tornando-se completamente mielinizadas entre 30 a 37 semanas de gestação, assim, o processamento da sensação dolorosa é possível, mesmo em RNPT imaturos, ainda que sejam pouco conhecidas as vias nociceptivas do componente afetivo da dor e as conexões tálamo-límbicas (OKADA et al., 2001).

Como não é possível determinar diretamente se os pacientes não-verbais estão com dor, ou se eles sentem certos estímulos mais doloroso do que outros, esta é uma questão em particular na população neonatal, na qual o sistema nervoso está em desenvolvimento e as respostas aos estímulos nociceptivos são diferentes daquelas observados no adulto. O ceticismo para a existência de dor infantil, que dominou a literatura do século 20, não é mais uma visão predominante. Pesquisadores e clínicos ainda lutam para medir a dor em crianças de forma eficaz, visando quantificar respostas dos bebês aos procedimentos nocivos e auxiliar a equipe de saúde no tratamento da dor (HARTLEY; SLATER, 2014).

A exposição à dor aguda tem sido documentada em estudos realizados em uma ou mais unidades pediátricas e neonatais de vários países (Holanda, Austrália,

Canadá, França e Brasil), com diferentes delineamentos metodológicos, incluindo RN a termo e/ou RNPT e crianças durante 24 horas de internação (STEVENS et al., 2011), sete dias (CAPELLINI, 2012) e 14 dias de internação (BONUTTI, 2017; BONUTTI, 2014; CARBAJAL et al., 2008; SIMONS et al., 2003) ou por um período igual ou superior a 28 dias (HARRISON et al., 2009) em UTIN. O período de coleta de dados variou de um dia (STEVENS et al., 2011) a 3.384 dias (HARRISON et al., 2009) de estudo. A exposição à dor aguda difere entre esses estudos com variabilidade de cinco a 14 procedimentos dolorosos por dia.

Destaca-se aqui os estudos realizado no Brasil, particularmente aqueles de nosso grupo de pesquisa que utilizaram métodos semelhantes de coleta de dados em duas unidades neonatais localizadas em municípios do interior paulista. Capellini (2012) investigou em 32 neonatos a exposição a procedimentos dolorosos ao longo da primeira semana de hospitalização, e encontrou 1.316 procedimentos dolorosos, perfazendo uma média diária de 5,9 procedimentos por bebê. Especificamente com RNPT, Bonutti et al. (2017) e Bonutti (2014) em pesquisa com 89 prematuros, durante os primeiros 14 dias de vida, mostrou que 6.687 procedimentos dolorosos foram realizados com estes bebês, com uma média de 75,13 procedimentos por prematuro nos 14 dias de internação nas unidades de cuidados intensivo e intermediário neonatais e uma média diária de 5,37 procedimentos dolorosos por prematuro.

Ainda no Brasil, um estudo mais antigo de Prestes et al. (2004), avaliou quatro unidades neonatais universitárias paulistas durante um mês do ano de 2001, incluindo 91 RN que contabilizaram 1.025 pacientes-dia, obtendo-se uma média de exposição de três a cinco procedimentos dolorosos diários para cada RN.

Outro estudo brasileiro, realizado na cidade de São Paulo, com o objetivo de verificar a incidência de procedimentos dolorosos nos primeiros sete dias de internação na UTIN, verificou que os RN foram submetidos a 6,6 procedimentos invasivos por dia, sendo os mais frequentes a punção de calcâneo (35,7%) e a aspiração de vias aéreas (26%) (SPOSITO, 2016).

Em uma revisão sistemática recente, que incluiu 18 estudos, e teve o objetivo de identificar a quantidade de procedimentos dolorosos em RN internados em UTIN, foi evidenciado que cada RN sofreu média de 7,5 e 17,3 procedimentos invasivos por dia de internação, com base em seis trabalhos que abordaram os 14 primeiros dias de internação. Ainda, foi encontrada grande variação entre os estudos quanto à

frequência da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor neonatal (CRUZ; FERNANDES; OLIVEIRA, 2016). Com os resultados desses estudos, é possível acreditar que a exposição dos RN a procedimentos dolorosos acompanha a evolução tecnológica e assistencial, e provavelmente seja um dado crescente no decorrer dos anos.

Apesar de todo intenso contexto da exposição dos RN a procedimentos dolorosos no período de internação, no momento da alta hospitalar, os bebês ainda não estão livres de procedimentos dolorosos, mesmo aqueles nascidos a termo, pois têm que enfrentar a coleta do teste do pezinho para triagem neonatal e as várias "picadas" para cumprir o calendário de vacinação. No caso dos RNPT, estes estão mais propícios a enfrentar reinternações, o que os submetem a procedimentos dolorosos de apoio ao diagnóstico e terapêuticos, além das injeções para receber as vacinas do calendário.

De acordo com o Calendário Nacional de Vacinação do Programa Nacional de Imunização, até os seis meses de vida, a criança é submetida a 12 doses de vacina injetáveis, sendo elas: BCG (intradérmica) e hepatite B ao nascimento; aos dois e quatro meses recebem, respectivamente, a primeira e segunda dose das vacinas pentavalente, injetável contra poliomielite (VIP) e pneumocócica 10 valente; aos três e cinco meses, a primeira e segunda dose, respectivamente, da vacina meningocócica C; e aos seis meses, a terceira dose das vacinas pentavalente e pneucocócica 10 (BRASIL, 2017).

No caso dos RNPT, além dessas vacinas previstas no calendário, existem algumas recomendações especiais, que inclui a administração da profilaxia contra o Vírus Sincicial Respiratório (VSR), de acordo com os meses de maior circulação do vírus e a região do Brasil. A recomendação para esta vacina é de doses mensais, via intramuscular, com até no máximo cinco aplicações. Esta vacina também é indicada para os RN a termo com doença pulmonar crônica ou cardiopatias congênitas. Portando, apesar da recomendação para qualquer esquema de imunização ser a preferência por vacinas combinadas, nem sempre isso é possível, e o prematuro ou RN enfermo pode receber cinco injeções a mais para cumprir seu calendário vacinal (SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES, 2017).

A exposição a procedimentos de dor aguda provoca alterações imediatas que podem ser medidas por parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio e dosagem hormonal) e

comportamentais (choro, mímica facial, atividade motora, estado de irritabilidade e agitação), cabendo à equipe de enfermagem o monitoramento desses parâmetros (RODRIGUES; SILVA, 2012). Cabe assinalar que diversos fatores contextuais podem influenciar a variabilidade na resposta dos neonatos à dor.

Em situação de dor, o organismo apresenta respostas fisiológicas e comportamentais de ativação como um sistema de “alarmes” para a reação e proteção do mesmo, levando o organismo a entrar em um estado adaptativo. O problema ocorre quando esses alarmes transformam um sinal adaptativo em sintoma ou estado de doença. A dor é uma experiência subjetiva complexa, porém apresenta indicadores objetivos observáveis (LINHARES; DOCA, 2010), que oferecem subsídios para buscar mensuração, prevenção e tratamento da dor aguda.

Diante da exposição repetida à dor e ao estresse durante a internação em unidades neonatais, os RN podem ter sua habilidade em modular o sistema de resposta ao estresse alterada (MCEWEN, 2004; STEPTOE et al., 2002). A exposição repetida dos neonatos à punção de calcâneo, por exemplo, pode resultar em alodínia (dor que surge como resultado de um estímulo não nocivo sob a pele íntegra, não agredida) e hiperalgesia (aumento da resposta dolorosa decorrente de um estímulo nocivo), o que pode ocasionar redução de energia e interferir na habilidade do neonato de autorregulação e recuperação a um evento doloroso ou estressante (LINHARES; DOCA, 2010; GOUBET; CLIFTON; SHAH, 2001). É importante ressaltar que as crianças percebem a dor diferentemente dos adultos e, ao oposto do que se acreditava, a criança não se acostuma com a dor com o passar do tempo (TADDIO et al., 2009).

A reatividade à dor e a recuperação dos bebês estão diretamente relacionados com os sistemas de ativação-regulação biocomportamental, portanto, a exposição repetida à dor na fase neonatal afeta aspectos desenvolvimentais em etapas posteriores do desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo (LINHARES; DOCA, 2010), e pode, ainda, causar alterações permanentes no desenvolvimento ou de longo prazo devido à plasticidade e maturidade cerebral. Em um estudo com animais verificou-se que a repetição de um estímulo doloroso diariamente pode alterar o sistema de percepção à dor, diminuindo o limiar de dor durante o desenvolvimento (ANAND et al., 1999).

Ainda em relação à reatividade do RN à dor, uma revisão sistemática investigou os fatores contextuais, que podem influenciar na resposta a um

procedimento doloroso, sendo esses: maturidade (idade gestacional, idade pós-natal e idade corrigida); exposição à dor (tempo decorrido desde o último procedimento doloroso, total de procedimentos dolorosos prévios, ou número de procedimentos dolorosos nas últimas 24 horas); estado de saúde (gravidade da doença, impacto neurológico, Apgar e tempo de internação); intervenção terapêutica (administração de opióides, ventilação mecânica, manipulação antes do procedimento e posicionamento); comportamento (estado de sono e vigília antes do procedimento e temperamento do bebê) e fatores demográficos (raça, sexo e peso). Os autores concluem que, apesar dos fatores contextuais serem considerados variáveis de impacto, permanece inconsistentes a relação desses fatores nas respostas à dor, assim, recomenda-se uma melhor maneira de se identificar os fatores contextuais, que influenciam potencialmente na resposta de dor é proceder com a análise multivariada em estudos, e com maior poder de amostra e de delineamento metodológico mais robusto (SELLAM et al., 2011).

A manipulação excessiva no ambiente de UTIN, somado a tudo que este congrega relacionado a estímulos intensos de ruídos e luminosidade, também é fator preocupante no que se diz respeito à alteração do padrão do sono, potencialização do estresse e aumento dos prejuízos no desenvolvimento do bebê. Porém, afirma-se que estes prejuízos podem ser minimizados com o contato do bebê com sua mãe (FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

Deste modo, a crescente exposição dos bebês a procedimentos sabidamente dolorosos e ambientes estressantes, seus efeitos imediatos e também em longo prazo, constituem desafios frequentes na área da saúde que clamam por ações que promovam a prevenção e o alívio da dor. Destaca-se que o manejo adequado da dor é considerado um direito humano fundamental. No Brasil, a criança tem o direito de não sentir dor, garantido pela Resolução 41/95 – Direito das Crianças e Adolescentes Hospitalizados (BRASIL, 1995) e Declaração Universal de Direitos para o Bebê Prematuro (TAVARES, 2009).

O objetivo principal do manejo da dor no RN é a utilização de intervenções que minimizem a sua intensidade e duração, ajudando o neonato a recuperar-se e reorganizar-se dessa experiência estressante (TAMEZ, 2013; BUENO, 2007). Há alguns anos, diversas intervenções farmacológicas e não farmacológicas têm sido desenvolvidas e estudadas para alívio da dor durante e após procedimentos em RN. O conhecimento dessas estratégias é fundamental, uma vez que a utilização de

diferentes métodos associados pode potencializar o efeito analgésico (BUENO, 2007).

O manejo não farmacológico da dor aguda neonatal tem comprovada efetividade com as seguintes intervenções: amamentação (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012; LEITE et al., 2009), leite materno (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012), sucção não nutritiva (PILLAI et al., 2015; NAUGHTON, 2013), contato pele a pele (LUDINGTON-HOE, 2015; JOHNSTON et al., 2014; WARNOCK et al., 2010; CASTRAL et al., 2008), tocar, segurar e balançar o RN (PILLAI et al., 2015), entre outras. Lembrando que existem ações coadjuvantes que podem facilitar o manejo da dor, como a contenção facilitada, o enrolamento e a redução dos estímulos ambientais (MOTTA; CUNHA, 2015; PILLAI et al., 2015; TAMEZ, 2013).

Outra intervenção muito utilizada, principalmente em unidades neonatais, é a sacarose ou glicose (STEVENS; YAMADA; OHLSSON, 2013; TADDIO et al., 2010), que por um tempo foi considerada uma intervenção não farmacológica para alívio da dor aguda do bebê, mas atualmente, o uso de soluções adocicadas enquadra-se no conjunto das intervenções farmacológicas, assim como os medicamentos analgésicos tópicos e orais (TADDIO, 2015). Apesar de o mecanismo de ação analgésica das soluções adocicadas, ainda não ser completamente conhecido, evidências apontam que há modulação da dor com redução na resposta ao estímulo nociceptivo por meio do envolvimento dos sistemas opióides e serotonérgico (RANI; GUPTA, 2012).

Há evidências da efetividade da amamentação no alívio da dor aguda em RN (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012; LEITE et al., 2009) tanto como intervenção, quanto em relação aos aspectos que a congregam (contato pele a pele, sucção, odor e sabor do leite materno (MOTTA; CUNHA, 2015). O particular interesse pela amamentação como método não farmacológico para o alívio dá-se pelo fato desta constituir em uma intervenção natural, sem custos adicionais, podendo ser facilmente aplicada em diversas situações de dor aguda (SAHBIHAG et al., 2011) pelo fato das mães terem livre acesso e participação na assistência ao filho na unidade neonatal, e poderem estar presentes também nos atendimentos ambulatoriais, além das vantagens nutritivas, imunológicas, sociais e psicológicas.

Considerando que o alívio da dor é potencializado mediante situações de combinação de tratamentos como contato pele a pele e leite ou glicose, sucção não nutritiva e glicose, estímulos multisensoriais e glicose, pode-se considerar que a

amamentação, ao congregar todos esses elementos, seria uma intervenção aconselhável em procedimentos de dor aguda em RN (LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006).

Estudo realizado com o objetivo de avaliar o efeito da amamentação no alívio da dor dos RN a termo durante todo o procedimento de coleta de sangue para triagem neonatal (“teste do pezinho”) em comparação aos não amamentados, concluiu que os neonatos amamentados desde cinco minutos antes e permanecendo assim durante a coleta do teste do pezinho apresentam menos manifestações fisiológicas e comportamentais em relação à dor durante todo o procedimento e recuperam-se em tempo menor, quando comparados àqueles não amamentados (LEITE et al., 2009).

O aleitamento materno é agora recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para o tratamento da dor para em crianças, e embora estudos anteriores tenham demonstrado que o aleitamento materno é uma intervenção eficaz no alívio da dor, inclusive na vacinação, as recomendações globais feitas pela OMS, ao lado das evidências trazidas em um estudo de revisão sistemática de Harrison (2016), podem levar a uma adoção mais consistente desta estratégia em diversas cenários de cuidado onde as vacinas ocorrem (HARRISON, 2016; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2015).

Uma revisão sistemática mostrou que o leite humano possui propriedades analgésicas em procedimentos como punções de calcâneo e venosa, o que é um dado importante por também se constituir em método natural que proporciona inúmeros benefícios para o RNPT. Porém, o leite materno oferecido pela seringa não mostra a mesma eficácia quanto a própria amamentação (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012). Por outro lado, um estudo piloto realizado com 14 prematuros internados em uma unidade neonatal, concluiu que o leite humano parece ser tão efetivo quanto a sacarose no alívio da dor aguda relacionada ao exame de fundo de olho para diagnóstico da retinopatia da prematuridade (RIBEIRO et al., 2013). Em continuidade a esse estudo, o ensaio clínico randomizado realizado com 48 prematuros mostrou que o efeito do leite humano no alívio da dor, decorrente do exame de fundo de olho, não diferiu estatisticamente da sacarose 25%, ao se avaliar as variáveis biocomportamentais. A comparação intrasujeitos mostrou diferença significativa nos períodos de coleta dos dados, com aumento nos escores do NFCS (*Neonatal Facial Coding System* / Sistema de Codificação da Atividade Facial

Neonatal) adaptado, na duração da fronte saliente, do sulco nasolabial e do choro, durante o exame do fundo de olho, em comparação com os períodos basal, recuperação inicial e tardia. A concentração do cortisol salivar aumentou significativamente aos 30 e 60 minutos após o procedimento, em comparação com os valores basais; não houve diferença entre o cortisol resposta (30 minutos) e recuperação (60 minutos). A duração do sulco nasolabial, do choro e os escores do NFCS no basal não diferiram significativamente dos valores encontrados na recuperação inicial e tardia. Na frequência cardíaca, houve diferença no basal em relação à recuperação imediata, e na duração da fronte saliente houve diferença nas duas recuperações. Assim, concluiu-se que o efeito do leite humano, na redução das respostas biocomportamentais de dor em prematuros submetidos ao exame de fundo de olho, não é superior ao efeito obtido com a sacarose 25%, rejeitando-se a hipótese alternativa de que o efeito do leite humano é superior à sacarose 25% (RIBEIRO, 2013).

A sucção não-nutritiva libera serotonina durante os movimentos rítmicos que inibe a hiperatividade, modula o desconforto do RN, diminui a dor do RN a termo e do RNPT. Envolve uma grande estimulação não dolorosa para as fibras sensoriais, competindo, assim, com os impulsos nociceptivos das fibras dolorosas ascendentes. Permite uma melhor autorregulação, isto é, o RN controla a fonte de estímulos por meio de sua própria atividade (AQUINO; CHRISTOFFEL, 2010). Com a parada da sucção, desaparece o efeito analgésico, e, se o RN interrompe a sucção antes de estar tranquilo e em estado de sono, haverá um retorno imediato ao estado de inquietude anteriormente presente, configurando um efeito rebote (GASPARDO; LINHARES; MARTINEZ, 2005).

A redução do estresse e da dor dos RN de baixo peso é uma das vantagens descritas do Método Canguru em relação ao contato pele a pele (BRASIL, 2011). O contato pele a pele durante um procedimento doloroso reduz sinais fisiológicos e comportamentais de dor (MOTTA; CUNHA, 2015; TAMEZ, 2013; WARNOCK et al., 2010; CASTRAL et al., 2008), e durante a punção do calcâneo, constatou-se que este contato foi muito potente contra a dor (CASTRAL et al., 2008; LEITE; CASTRAL; SCOCHI, 2006). Além da redução da dor durante o procedimento doloroso, o contato pele a pele é capaz de promover uma recuperação mais rápida ao estado comportamental e fisiológico basal do bebê (LINHARES; DOCA, 2010). A

redução da dor a partir do contato pele a pele já foi demonstrada para punção de calcâneo, injeção intramuscular e vacinação (LUDINGTON-HOE, 2015).

Um estudo, que traz como resultado a proposta de um protocolo de cuidados, baseada nos métodos não farmacológicos, para o manejo do desconforto e da dor no RN internado em UTIN, mostra que o contato pele a pele é indicado para alívio da dor em procedimentos de punção arterial ou venosa, que incluem: coleta de exames, cateter central de inserção periférica, teste do pezinho e punção periférica (CORDEIRO; COSTA, 2014).

O toque é o comportamento maternal mais básico entre os mamíferos e a primeira experiência social que o RN participa. Um estudo acompanhou um grupo de crianças desde o nascimento até dez anos de idade cronológica e mostrou que crianças que vivenciaram o contato pele a pele apresentam um melhor desenvolvimento ao longo da vida. O contato pele a pele promove uma melhor maturidade autonômica, melhor resposta à dor e estabilidade psicológica, além da interação entre familiar e bebê e promoção do vínculo (FELDMAN; ROSENTHAL; EIDELMAN, 2014).

Assim, diante da importância do manejo da dor no RN e da eficácia comprovada de métodos não farmacológicos para alívio da dor, especialmente as intervenções com a participação ativa dos pais como o aleitamento materno, o contato pele a pele e a oferta de leite humano, na perspectiva da abordagem centrada na família, motivamos desenvolver um vídeo educativo destinado à família para empoderá-los a participar no alívio da dor aguda do bebê.

## 1.2 A tecnologia como ferramenta de educação em saúde

Formas interativas de educação em saúde têm sido apontadas como produtivas no processo de ensino-aprendizagem por utilizarem métodos de coordenação eficazes, divulgação dos avanços relacionados à assistência em diferentes especialidades e profissões, englobando recursos de informação e comunicação, incluindo o desenvolvimento de materiais elaborados com a finalidade de subsidiar essa interação (RAZERA, 2016; PAIGE et al., 2015).

O vídeo educativo já vem sendo utilizado desde a década de 1950, pois possibilita a exploração diferente dos temas abordados, bem como uma melhor visualização das informações. O vídeo pode despertar a curiosidade e o interesse pela investigação, bem como diversas outras competências, desde que utilizado de

forma adequada e adaptada aos objetivos de aprendizagem. A transmissão do conhecimento deve ser realizada de forma a favorecer a compreensão da informação transmitida, a fim de que o processo de assimilação do conteúdo e a construção do saber sejam atingidos efetivamente (MOREIRA et al., 2013).

Recentes pesquisas têm demonstrado que a utilização de materiais multimídia pode contribuir efetivamente para o aprendizado na área da saúde. Entende-se por material multimídia aquele que utiliza diversos formatos de informação, como imagens, vídeos, sons, animações e outros, que estimulam simultaneamente diferentes tipos de percepção e sentidos, assim como diferentes formas de aquisição de conhecimento (PORTUGAL et al., 2011).

Nessa perspectiva, buscando implementar ações de educação em saúde, as tecnologias são ferramentas concretas que, a partir de uma experiência cotidiana e da pesquisa, podem desenvolver um conjunto de materiais tecnológicos, os quais contribuem para a produção de conhecimentos a serem socializados, a fim de transformar a utilização empírica em uma abordagem científica (MOREIRA et al., 2013).

Assim, o vídeo educativo apresenta-se como um instrumento didático e tecnológico que proporciona conhecimento, favorece a consciência crítica e a promoção da saúde (DALMOLIN, 2016; RAZERA, 2014), podendo ser utilizado com objetivo de promoção da saúde, prevenção de complicações, desenvolvimento de habilidades, favorecimento da autonomia e confiança de pacientes (MOREIRA et al., 2013) e familiares, assim como veículo na transmissão de novos conhecimentos.

Frente às evidências da eficácia deste recurso como instrumento na educação em saúde; confiantes de que para o tema deste estudo, o vídeo educativo pode contemplar de forma inovadora a transmissão do conteúdo ao público-alvo; além da possibilidade de ampla divulgação para outros serviços por meio eletrônico, esta estratégia foi escolhida para configurar a tecnologia educativa produzida neste estudo.

# 2. Objetivos

## 2.1 Objetivo geral:

Desenvolver e avaliar um vídeo educativo para a participação ativa da família no alívio da dor aguda do bebê.

## 2.2 Objetivos específicos:

- Desenvolver um vídeo educativo sobre o alívio da dor aguda do bebê para a participação ativa da família, a fim de criar uma tecnologia digital, com estratégias didáticas, linguagem acessível e evidências sobre o manejo da dor.
- Validar o vídeo educativo desenvolvido com técnicos de audiovisual e peritos da área de enfermagem quanto ao conteúdo e aparência.
- Avaliar o vídeo educativo na perspectiva da família, com foco nos pais de bebês internados na UTIN e na Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) e das gestantes em seguimento no Ambulatório de Obstetrícia.

# 3. Material e método

## 3.1 Tipo de estudo

A validação de tecnologias educacionais é caracterizada como uma pesquisa de desenvolvimento metodológico e pode ser entendida como uma estratégia que, mediante os conhecimentos disponíveis, pretende elaborar uma nova intervenção ou melhorar uma intervenção já existente, ou ainda elaborar ou melhorar um instrumento, um dispositivo ou um método de medição (CONTANDRIOPOULOS, 1997). Assim, uma pesquisa metodológica tem seu foco, principalmente, no desenvolvimento, validação, avaliação e aperfeiçoamento de instrumentos e de estratégias metodológicas; visa construir um instrumento confiável, preciso e utilizável, que pode ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Neste estudo buscou-se o desenvolvimento e a validação de um vídeo educativo para a participação ativa da família no alívio da dor aguda do bebê.

O presente estudo pode ser classificado ainda como de desenvolvimento experimental, pois trata da aplicação de conhecimentos adquiridos para obtenção de resultados práticos, como geração de produtos, processos, dispositivos, sistemas e serviços (FUCK; VILHA, 2011).

Assim, considerando os objetivos desta pesquisa, entende-se que este delineamento do estudo seja o mais adequado, cujo desenvolvimento foi realizado em três etapas operacionais, seguindo os objetivos específicos: 1) elaboração do vídeo educativo com base em evidências e experiência clínica da pesquisadora; 2) validação do vídeo por juízes especialistas; e 3) avaliação do vídeo pela clientela ou público-alvo.

## 3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, estado de São Paulo, tendo como referência a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP).

O vídeo foi desenvolvido com o apoio da EERP/USP e de uma equipe técnica terceirizada especializada em criação e edição de vídeos. A instituição dispõe uma Serviço de Criação e Multimídia com profissionais especializados em desenvolvimento audiovisual e comunicação, além de contar com grupos de pesquisa que trabalham no desenvolvimento de materiais educativos dirigidos à clientela e formação de enfermeiros.

O HCFMRP/USP é um centro de atenção terciária regional para assistência ao parto e neonato, que recebe puérperas e RN de diversos municípios e estados brasileiros. Nesta instituição fizemos o recrutamento e coleta de dados junto ao público-alvo do vídeo educativo. Assim, a exposição e avaliação do produto final pela clientela foram feitas na sala de espera do ambulatório de gestantes, que acontece de segunda a sexta feira, no período da tarde, com atendimento médio de 30 gestantes por dia, e na UTIN e UCIN durante o período em que os pais permaneciam com seus bebês nas unidades.

Nas unidades neonatais incentiva-se a presença dos pais, bem como o contato pele a pele, a participação nos cuidados com o seu bebê e, para as mães, o auxílio na manutenção da lactação com apoio recebido também da equipe do Banco de Leite Humano. Desde 2005 a instituição possui o título de Hospital Amigo da Criança, e mais recentemente tem sido cenário de intervenções para implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança para Unidades Neonatais.

### 3.3 Participantes do estudo

Participaram da validação do vídeo educativo um total de 19 profissionais, sendo 13 da área de saúde com formação em enfermagem e seis da área de comunicação e/ou audiovisual, considerados juízes especialistas ou peritos. Os peritos foram selecionados intencionalmente, segundo a sua *expertise* relacionada ao tema proposto pelo estudo. Foi considerado critério de inclusão para peritos da área de enfermagem ter, no mínimo, três anos de atuação profissional ou título mínimo de mestre ou especialista em uma ou mais áreas de interesse. Para selecionar os peritos com *expertise* na área de audiovisual, foram buscados profissionais que atuam nas áreas de audiovisual e/ou comunicação na EERP/USP e no HCFMRP/USP, tendo como critério de inclusão ter, no mínimo, um ano de atuação na área de interesse.

Na avaliação deste vídeo na perspectiva da família com foco no público-alvo do estudo, tivemos 16 participantes, sendo oito mães e um pai de RN a termo e RNPT assistidos na UTIN e na UCIN do HCFMRP/USP, cinco gestantes assistidas no ambulatório do HCFMRP/USP e dois companheiros delas, acompanhantes no dia da consulta. Esta clientela alvo do vídeo educativo foi selecionada aleatoriamente e teve como critério de inclusão para pais das unidades neonatais: ter RN internado há pelo menos três dias na UTIN e/ou UCIN; e para gestantes: ter gestação com seguimento pré-natal no ambulatório de obstetrícia do HCFMRP/USP, exceto ambulatório de malformações. Para os companheiros das gestantes, o único critério era estar presente acompanhando-a no ambulatório.

### 3.4 Desenvolvimento do vídeo

O desenvolvimento do vídeo ocorreu em três fases: pré-produção, produção e pós-produção. Na fase de pré-produção, foi construído um roteiro (Apêndice 1), que consiste em um importante passo para guiar a produção (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009), baseado na revisão da literatura realizada acerca do tema abordado no vídeo, além de ser considerada a experiência clínica da pesquisadora, contendo informações detalhadas que auxiliaram na visão inicial sobre o que seria apresentado no vídeo. Pode-se afirmar que o roteiro é uma ferramenta indispensável, por permitir a prévia avaliação dos especialistas em relação à qualidade do material a ser desenvolvido (RAZERA et al., 2014).

O roteiro foi construído levando-se em consideração uma ordem lógica de transmissão das informações, cuidadosamente selecionadas a partir do levantamento bibliográfico apresentado na introdução deste estudo. O roteiro foi apresentado em uma tabela dividida em três colunas, sendo: momento, informações para o vídeo e informações para o áudio. Inicialmente o roteiro foi composto por 28 momentos, e continha informações sobre a imagem e o texto a serem apresentados na tela, assim como a locução a ser feita para cada respectivo momento.

O primeiro momento do roteiro apresenta a ideia de que os bebês sentem dor e as inevitáveis exposições dos bebês a procedimentos dolorosos para prevenção e tratamento de saúde. Em seguida, introduz as ações para alívio da dor aguda do bebê com foco nas ações naturais que podem ser realizadas pelos pais. O roteiro segue trazendo os sinais observados nos bebês que indicam presença de dor e, sem seguida, traz informações dos mecanismos de transmissão e reação à dor,

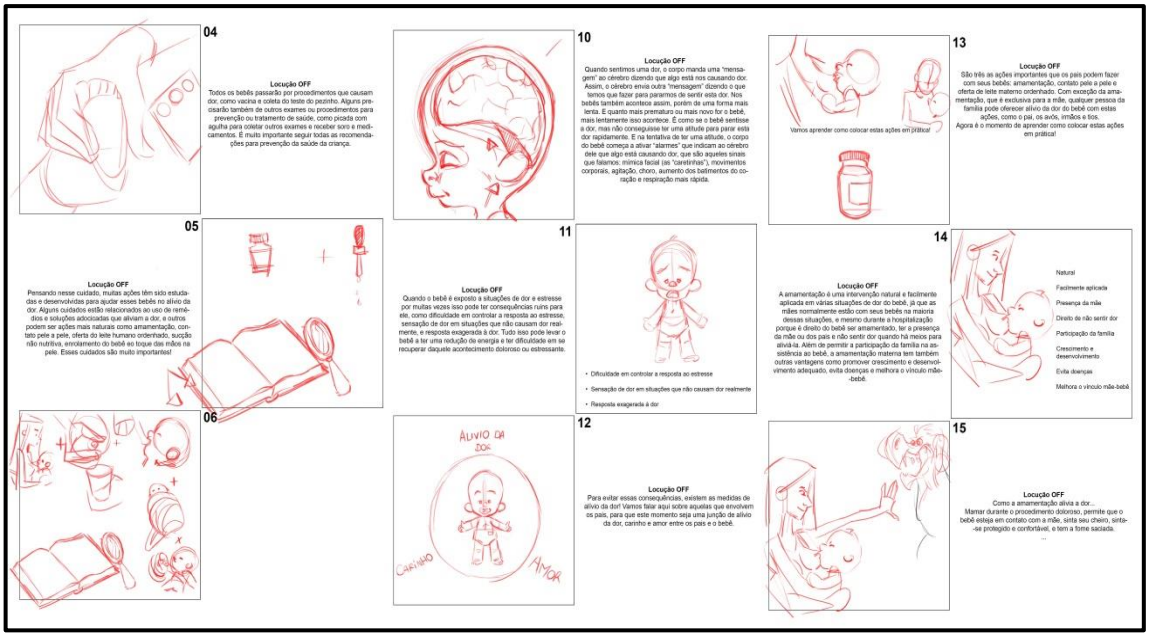
como foco nas particularidades destes mecanismos nos RN. É abordado, então, as possíveis consequências que a exposição prolongada à dor pode causar aos bebês. Em seguida são apresentadas as três intervenções escolhidas pela sua importância e relevância para o alívio da dor aguda do bebê: a amamentação, a oferta do leite humano ordenhado e o contato pele a pele. Após, cada intervenção é detalhada uma a uma, trazendo dados de como praticar a intervenção, em quais momentos pode ser utilizada, as vantagens e como cada intervenção contribui no alívio da dor aguda do bebê. Na sequência, algumas estratégias complementares são reabordadas, ressaltando a importância da associação entre as estratégias para um melhor resultado. A finalização do roteiro é apresentada com informações sobre e importância da presença e participação dos pais nos cuidados com os bebês, no sentido de incentivar e empoderar esses pais a realizar as intervenções apresentadas.

A construção do roteiro ocorreu em várias versões, sendo que, inicialmente, por ser construído com base em estudos científicos, foi apresentado com linguagem científica, e sem seguida, traduzido gradativamente para uma linguagem simples e acessível, tendo em vista a intenção de produzir uma tecnologia educacional que pudesse ser amplamente utilizada, com possibilidade de alcance a pessoas com qualquer grau de instrução.

Uma vez finalizado o roteiro, o mesmo foi encaminhado à equipe técnica de criação multimídia, pela qual foi elaborado o *storyboard* (Figura 1), cuja finalidade é orientar o processo criativo nas demais etapas da produção. O *storyboard* foi analisado pela pesquisadora, adequado e finalizado de acordo com as considerações da mesma.

A fase seguinte, a produção do vídeo, consistiu na filmagem das cenas descritas na pré-produção (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009), realizada pela pesquisadora, nas dependências da UCIN do HCFMRP/USP, mediante concordância em participar e assinatura do Termo de Autorização para Uso de Imagem e Voz (Apêndice 2) pelas mães; além da criação dos personagens e cenários, desenvolvimento de animações, narração e seleção de textos e figuras. Nesta etapa, foi fundamental a participação da equipe técnica especializada em criação multimídia para que fosse obtida boa qualidade da produção, bem como para avaliar a precisão das imagens para a fase de pós-produção.

Figura 1 – Trecho do *storyboard*.




Fonte: Nazario (2017)

A última fase, a pós-produção, contempla a edição das cenas gravadas, da narração, inclusão dos personagens criados em figuras e animações, textos e também do áudio. Esta fase foi realizada com o direcionamento da pesquisadora em conjunto com dois técnicos em audiovisual com experiência na construção de vídeos educacionais, integrantes da equipe técnica especializada em criação multimídia contratada.

Após conclusão da edição na pós-produção, o vídeo foi submetido à validação por técnicos de audiovisual e peritos da área da enfermagem, assim como à avaliação pelo público-alvo. E, após a validação por peritos e avaliação pelo público-alvo, as sugestões e considerações foram analisadas e acatadas pela pesquisadora quando consideradas pertinentes. Em seguida, as alterações finais foram encaminhadas à equipe técnica de criação e edição do vídeo, a qual finalizou o desenvolvimento da tecnologia educativa.

O conteúdo final do vídeo tem duração de nove minutos e 31 segundos, sendo que a duração do vídeo menor de dez minutos é recomendada (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009). O vídeo educativo foi transferido para DVD (*digital versatile disk*) e distribuído dos setores do HCFMRP/USP em que o público-alvo é atendido, assim como disponibilizado por meio eletrônico aos participantes desta pesquisa enquanto peritos da área de enfermagem para que usufruam desta tecnologia em seus serviços.

### 3.5 Validação do vídeo por peritos

Validar o conteúdo significa julgar o conhecimento sobre determinado assunto (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004), e segundo Williamson (1981) validar a aparência consiste em julgar quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento.

Foi realizado um contato prévio com 13 enfermeiros, indicados pela pesquisadora por suas *expertises* na área de atuação profissional com RN, manejo da dor em RN e/ou desenvolvimento de tecnologia educacional, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa e, mediante esta aceitação, foi enviado um convite por meio de correspondência eletrônica, contendo um *link* provisório para acessar o vídeo e um *link* para acessar os formulários eletrônicos a serem preenchidos.

Para selecionar os peritos com *expertise* na área de audiovisual, foram buscados profissionais que atuam nas áreas de audiovisual e/ou comunicação na EERP/USP e no HCFMRP/USP. Foi enviado um convite para nove peritos pré-indicados, em correspondência eletrônica, contendo um *link* provisório para acessar o vídeo e um *link* para acessar os formulários eletrônicos a serem preenchidos, e destes, seis enviaram resposta com a avaliação do vídeo.

A mensagem enviada aos peritos por via eletrônica continha, além do convite para participar da pesquisa enquanto perito, instruções de como realizar a validação, um *link* provisório para acessar o vídeo e outro *link* para acessar os formulários eletrônicos a serem preenchidos, de acordo com a área de *expertise*.

Inicialmente, esses profissionais preencheram formulários (Apêndices 3 e 4) com dados de identificação: idade; local de trabalho; tempo de experiência na área; titulação acadêmica; atuação, trabalho de conclusão de curso e produção técnico-científica no foco da especialidade (desenvolvimento de vídeo ou manejo da dor do bebê e atuação com neonatos e gestantes de risco).

Para validação do vídeo pelos profissionais de audiovisual e enfermagem, adaptamos instrumento de Góes (2010), baseado no instrumento de Barbosa e Marin (2009), referente à avaliação da impressão geral e do conteúdo.

No instrumento de impressão geral (Apêndices 5) para os profissionais das duas áreas, consta cinco afirmações positivas relativas aos seguintes aspectos: vídeo favorece aprendizado, animações e imagens ajudam no aprendizado, vídeo tem indicação de uso como ferramenta educacional e recomendá-lo-ia para ensino

de pais e gestantes. Há ainda, duas questões, se gostaria de mudar e incluir algo no vídeo, necessitando explicitar a resposta afirmativa.

No instrumento de avaliação de conteúdo, aplicado somente aos peritos de enfermagem, constam 18 afirmações positivas relativas à definição clara dos objetivos do vídeo; sua coerência com objetivos propostos; conteúdo atualizado e coerente com público-alvo; informações claras e concisas, suficientes para os usuários, organizadas de forma lógica; textos de fácil leitura; apresentação do conteúdo cativa atenção; relevância das figuras, imagens, cenas e sons; uso correto da gramática; vídeo simula a realidade, estimula a aprendizagem, facilita a retenção de conteúdo na memória e permite o aprendizado baseado na experiência prévia. O enfermeiro assinalava o mesmo tipo de escala nessas afirmações e podia incluir observações/sugestões em cada uma delas (Apêndice 6).

Nos instrumentos referentes a impressão geral dos profissionais das áreas de audiovisual e enfermagem e naquele específico do enfermeiro para análise do conteúdo do vídeo, incluímos as afirmações sobre os aspectos citados pertinentes a área de avaliação do perito e, ainda, o método somativo, conhecido como escala do tipo Likert: Discordo fortemente, Discordo, Concordo, Concordo fortemente e Não sei.

A escala do tipo Likert é composta por um número determinado de proposições e os peritos/participantes escolhem uma das possibilidades de resposta, segundo sua opinião e grau de adesão a uma série de afirmações que sejam expressões de algo favorável ou desfavorável em relação a um objeto (PASQUALI, 1997).

Assim, para cada subitem dos instrumentos, o participante avalia as afirmações apresentadas e atribui um conceito dentre as opções estabelecidas e, se necessário, tece comentários/sugestões em espaço reservado para este fim.

Após anuência por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 7), os profissionais de audiovisual e enfermagem realizaram a avaliação do vídeo educativo, enquanto peritos para a validação da tecnologia educativa.

Portanto, os profissionais da área de audiovisual responderam ao instrumento de caracterização dos peritos de audiovisual (Apêndice 4) e realizaram a avaliação de impressão geral (Apêndice 5); e os enfermeiros peritos responderam ao instrumento de caracterização dos peritos de enfermagem (Apêndice 3) e avaliaram

os aspectos relacionados à impressão geral (Apêndice 5) do vídeo educativo, e também de organização e apresentação do conteúdo (Apêndice 6).

### 3.6 Avaliação do vídeo pelo público-alvo

O público-alvo foi selecionado por apresentar perfil semelhante à clientela a que se destina o vídeo educativo, no que se refere à experiência de ter um bebê (hospitalizado ou não), gestantes e familiares. Foram convidadas oito mães, um pai, cinco gestantes e dois acompanhantes das mesas (que na ocasião, declararam ser o pai do bebê esperado) para participar, sendo que todos aceitaram participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 8). Todos os participantes eram maiores de 18 anos, sendo desnecessário o uso de Termo de Assentimento, previsto no projeto inicial.

O público-alvo foi selecionado aleatoriamente, sendo os pais recrutados pela pesquisadora na UTIN e UCIN e as gestantes no ambulatório de obstetrícia do HCFMRP/USP.

A avaliação do vídeo educativo na perspectiva desses pais e gestantes foi realizada por meio da exposição do vídeo ao participante, individualmente, em *tablet*, e em seguida realizada uma entrevista orientada com a aplicação do questionário estruturado (Apêndice 9), composto por duas partes: a primeira com questões para caracterização do entrevistado (nome, idade, ocupação, escolaridade, procedência, grau de parentesco com o bebê e número de filhos) e do bebê (data de nascimento, sexo, idade gestacional, peso, dias de internação, realização de contato pele a pele e amamentação), vivência dos pais durante procedimento doloroso (pele a pele, amamentação, presença e sentimento) e do entrevistado no ambulatório de gestante (data provável do parto, motivo do acompanhamento de risco e expectativa sobre a possibilidade de seu bebê passar por algum procedimento doloroso após o nascimento). A segunda parte do questionário contém questões sobre a percepção e avalição do vídeo educativo (conceito qualitativo, recomendação do vídeo para outras gestantes/mães/pais, se o mesmo pode ajudar no cuidado da dor do bebê, opinião sobre os cuidados ensinados, desejo por realizar esses cuidados, momentos da vida do bebê que acredita poder utilizar esses cuidados, nota (0 a 10) atribuída ao vídeo e sugestões para aprimorá-lo). Nesta parte do questionário, após todas as questões, havia um espaço para respostas abertas.

### 3.7 Análise dos dados

O vídeo educativo foi considerado validado se 80% dos peritos (técnicos de audiovisual e enfermeiros) atribuíssem conceito concordo ou concordo fortemente em cada item de aparência e conteúdo apreciado, conforme critério Fernandes, Barbosa e Naganuma (2006), Fonseca (2007) e Góes (2010).

Para análise dos dados relativos ao processo de validação do vídeo educativo por especialistas, e também à sua avaliação pelos pais de RN a termo e RNPT e pelas gestantes, foi utilizada a estatística descritiva.

As manifestações registradas pelos peritos no formulário *online*, em comentários/sugestões dos critérios avaliados na impressão geral e análise do conteúdo do vídeo, foram registradas de forma cursiva nos resultados.

As respostas às questões abertas e sugestões da clientela foram apresentadas mediante registro na íntegra feito pela pesquisadora conforme verbalizado pelos entrevistados, sem muitas das convenções da língua padrão culta, sendo que cada entrevistado foi identificado por codificação com uma letra seguida por um número sequencial (E01, E02... E16) para preservar o anonimato, e as falas foram apresentadas agrupadas nos aspectos pertinentes a avaliação do vídeo educativo.

### 3.8 Aspectos éticos

Os aspectos éticos previstos na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2013) foram respeitados durante todo o desenvolvimento desta pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP, sob o número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 58757216.1.0000.5393 (Anexo 1). O projeto também foi apresentado e obteve anuência do Departamento e Ginecologia e Obstetrícia (Anexo 2) e do Departamento de Pediatria (Anexo 3) do HCFMRP/USP, com da emissão de um Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP/USP (Anexo 4).

Todos os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos do estudo, respeitando-se o desejo de participar e informando a possibilidade de desistência e a ausência de prejuízos na assistência independente do aceite ou recusa da participação. A informação de que os resultados do estudo serão divulgados em

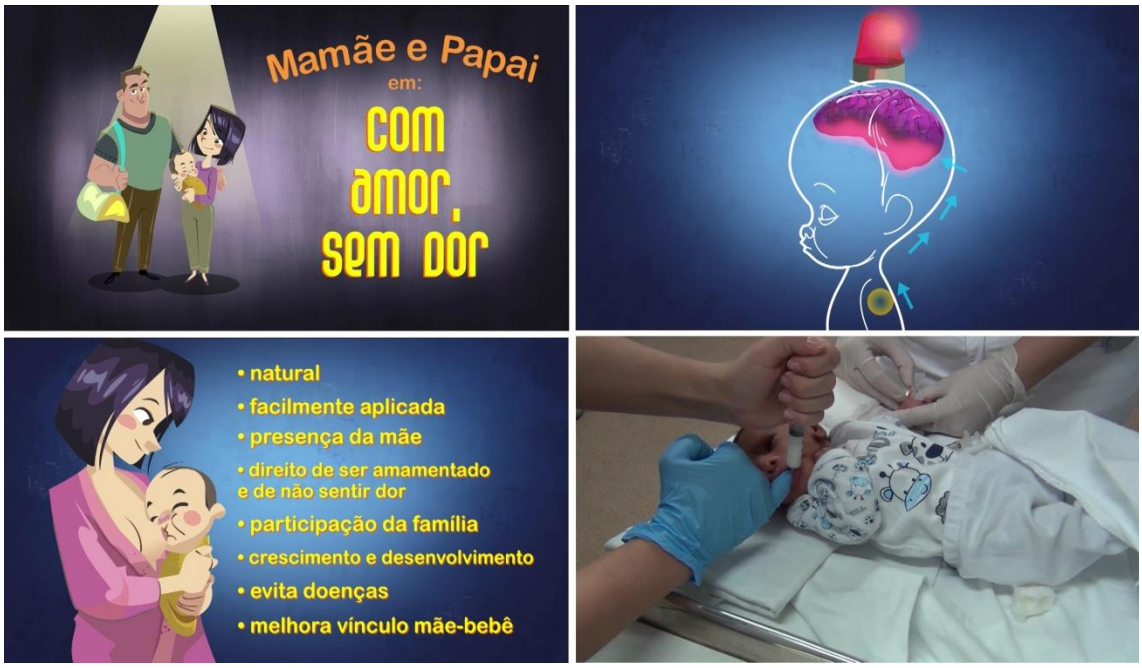
eventos científicos, mídia, publicações em revistas científicas e similares, também foi fornecida. Foi mantido o sigilo e anonimato de todos os participantes da pesquisa.

Os Termos de Uso de Imagem e Voz (Apêndice 2) foram assinados em duas vias, uma delas entregue ao participante e outra retida com a pesquisadora e orientadora, responsáveis pela guarda por um prazo de cinco anos. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 7 e 8) dos peritos e público-alvo também foram providenciados em duas vias, sendo uma de aceite online, a qual estará disponível para a pesquisadora e orientadora a qualquer momento e por tempo indeterminado no banco de dados do domínio utilizado, e uma via assinada pela pesquisadora e orientadora enviada por correspondência eletrônica aos participantes.

# 4. Resultados

O vídeo educativo, enquanto tecnologia educacional resultante da etapa de desenvolvimento do mesmo, foi intitulado "*Com amor, sem dor*" (Figura 2), tem duração de nove minutos e 31 segundos, e está disponível para ambientes virtuais de ensino, em DVD e em arquivo MP4 Full HD (1920x1080) para compartilhamento.

Figura 2 – Fotografias de trechos do vídeo.




Fonte: Nazario (2017)

Dos 13 peritos da área de enfermagem, todos eram enfermeiras, com idade entre 27 e 52 anos. Oito (61,5%) são provenientes da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo; duas (15,5%) de Londrina, Paraná; uma (7,7%) de Araraquara, São Paulo; uma (7,7%) de Curitiba, Paraná; e uma (7,7%) da cidade de Guarapuava, Paraná. O tempo de formação variou de cinco a 32 anos, com média de 18,3 anos. O tempo de experiência profissional na área variou de quatro a 30 anos, sendo a média de 13,3 anos. Em relação à titulação acadêmica máxima, três (23%) são mestres; três (23%) doutoras; três (23%) especialistas; duas (15,5%) pós-doutores; e duas (15,5%) são mestres e especialistas. Sete (53,8%) possuíam pelo menos uma pesquisa desenvolvida relacionada ao manejo de dor no RN ou desenvolvimento de tecnologias educativas para conclusão dos cursos para obtenção de titulação, sendo

três (42,8%) para obtenção do título de especialista; uma (14,3%) para obtenção do título de mestre; uma (14,3%) para obtenção dos títulos de bacharel e doutor; uma (14,3%) para obtenção dos títulos de doutor e pós-doutor; e uma (14,3%) para obtenção dos títulos de mestre, doutor e pós-doutor. Em relação à produção científica relacionada ao manejo da dor em RN, quatro (30,7%) possuem trabalhos apresentados em eventos, três (23,0%) possuem artigos publicados em periódicos de periódicos, duas (15,4%) possuem orientações de trabalhos de conclusão de curso, uma (7,7%) possui projeto de pesquisa e uma (7,7%) possui capítulo de livro; e relacionada ao desenvolvimento de tecnologias educativas, duas (15,4%) possuem trabalhos apresentados em eventos, duas (15,4%) possuem projetos de pesquisa, uma (7,7%) orientou trabalho de conclusão de curso e uma (7,7%) publicou artigo em periódico. Apenas uma (7,7%) enfermeira declarou não ter atuado profissionalmente no cuidado ao RN, e daquelas que atuaram (92,3%), o tempo de atuação variou de quatro a 30 anos, com média de 15,6 anos, sendo que destas, 11 (91,7%) atuaram na área assistencial, nove (75%) em pesquisa científica e seis (50%) no ensino de enfermagem. Em relação à atuação com gestantes, três (23,1%) declaram ter atuado com esta clientela, com tempo de atuação de três a seis anos, média de 5,6 anos, sendo que todas (100%) atuaram na área assistencial e uma (33,3%) em pesquisa cientifica.

Além do instrumento de caracterização (Apêndice 3), os peritos da área de enfermagem responderam a dois questionários que contemplam critérios de impressão geral (Apêndice 5) e conteúdo (Apêndice 6), constando de cinco e 18 critérios, respectivamente, além dos itens sugestões de mudança e inclusão de itens relacionados à impressão geral. No julgamento em relação à impressão geral, as respostas para todos os critérios foram concordo ou concordo fortemente (Tabela 1), sendo que para todos os critérios o conceito concordo fortemente foi maior que 80%. Para a indicação sobre itens a serem modificados, seis (46,2%) enfermeiras apontaram o desejo de modificar algo no vídeo, sendo as sugestões: modificar a frase no vídeo que indica que o bebê sente dor, enfatizar o fato de que o bebê sente dor e diminuir o tempo do vídeo. Em relação às sugestões de inclusão de itens, seis (46,2%) enfermeiras também fizeram sugestões, sendo elas: diferenciar as estratégias de “enrolamento” e “contenção facilitada”, explicar o termo “punção de calcâneo”, identificar por escrito o elemento gráfico do vídeo que representa a dor, inserir mais cenas reais e música de fundo durante todo o vídeo.

Tabela 1 – Respostas dos peritos de enfermagem em relação à impressão geral. Ribeirão Preto – SP, 2017.

| **Critérios** | **N (%)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **DF** | **D** | **C** | **CF** | **NS** |
| A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| As animações ajudam no aprendizado da temática. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 11 (84,6) | 0 (0) |
| O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 11 (84,6) | 0 (0) |
| O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| Recomendo o vídeo educativo para o ensino de pais e gestantes. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| | **SIM** | | | **NÃO** | |
| Você gostaria de mudar alguma coisa no vídeo educativo? | 6 (46,2) | | | 7 (53,8) | |
| Você gostaria de incluir alguma coisa no vídeo educativo? | 6 (46,2) | | | 7 (53,8) | |

Abreviações: DF=Discordo Fortemente; D=Discordo; CF=Concordo Fortemente; C Concordo; NS=Não Sei

Em relação à impressão geral, as enfermeiras fizeram as seguintes sugestões/observações: narração muito rápida no início do vídeo e questionamento sobre a eficácia em orientar a gestante. Em relação à avaliação do conteúdo, as sugestões/observações foram: explicar mais os termos técnicos, reduzir o conteúdo, fracionar o vídeo, incluir conteúdo sobre como colocar na posição pele a pele e posições para amamentar, incluir mais textos no vídeo, ilustrar outros procedimentos dolorosos além dos que aparecem no vídeo e incluir imagens reais das demais intervenções citadas no vídeo.

Na avaliação feita pelas enfermeiras foram traçados muitos elogios em relação ao vídeo nos campos de observações dos questionários, assim como

opiniões favoráveis a respeito do uso do vídeo não só para o público-alvo traçado no estudo, mas também para educação continuada de profissionais da área da saúde, frisando a importância de munir os profissionais de estratégias para uma melhor abordagem com os pais. O uso de imagens reais foi bastante valorizado.

Em relação à avaliação de conteúdo, exceto para os critérios “as informações são claras e concisas” e “o vídeo educativo permite o aprendizado baseado em experiência prévia do usuário”, todas as respostas foram concordo e concordo fortemente, sendo que para esta última, em todos os critérios as respostas foram acima de 69% (Tabela 2). No critério “as informações são claras e concisas”, uma (7,7%) enfermeira declarou não saber, argumentando que a linguagem parece clara, no entanto, como se tratam de várias informações e possivelmente novas para a clientela, e dadas todas juntas em um curto espaço de tempo, a enfermeira sugeriu considerar uma tentativa de simplificar ainda mais a linguagem e reduzir o conteúdo, assim como trabalhar também com versões "fracionadas" do vídeo, como vídeos menores apresentando cada estratégia individualmente. Já no critério “o vídeo educativo permite o aprendizado baseado em experiência prévia do usuário” foi notado que as avaliadoras fizeram observações no sentido de que, independente da clientela ter uma experiência prévia ou não, o vídeo é capaz de estimular e favorecer o aprendizado.

Tabela 2 – Respostas dos peritos de enfermagem em relação à avaliação de conteúdo. Ribeirão Preto – SP, 2017.

| **Critérios** | **N (%)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **DF** | **D** | **C** | **CF** | **NS** |
| Os objetivos do vídeo educativo estão claramente definidos. | 0 (0) | 0 (0) | 4 (30,8) | 9 (69,2) | 0 (0) |
| O vídeo educativo tem coerência com os objetivos a que se propõe. | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,0) | 10 (77,0) | 0 (0) |
| Conteúdo é atualizado. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| Conteúdo é coerente com o público-alvo. | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,0) | 10 (77,0) | 0 (0) |
| As informações são claras e concisas. | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,1) | 9 (69,2) | 1 (7,7) |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| As informações são suficientes para os usuários. | 0 (0) | 0 (0) | 4 (30,8) | 9 (69,2) | 0 (0) |
| Conteúdo apresenta organização lógica. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| O vídeo educativo simula bem a realidade. | 0 (0) | 0 (0) | 4 (30,8) | 9 (69,2) | 0 (0) |
| Textos de fácil leitura. | 0 (0) | 0 (0) | 3 (23,0) | 10 (77,0) | 0 (0) |
| Apresentação do conteúdo cativa a atenção dos usuários. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 11 (84,6) | 0 (0) |
| Apresentação de figuras é relevante para a informação incluída no texto. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 11 (84,6) | 0 (0) |
| Apresentação de imagens é relevante para a informação incluída no texto. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| Apresentação de cenas é relevante para a informação incluída no texto. | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 13 (100) | 0 (0) |
| Apresentação de sons é relevante para a informação incluída no texto. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| Uso correto da gramática. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (7,7) | 12 (92,3) | 0 (0) |
| O vídeo educativo estimula a aprendizagem. | 0 (0) | 0 (0) | 4 (30,8) | 9 (69,2) | 0 (0) |
| O vídeo educativo permite o aprendizado baseado em experiência prévia do usuário. | 0 (0) | 1 (7,8) | 6 (46,1) | 6 (46,1) | 0 (0) |
| O vídeo educativo facilita a retenção de conteúdo na memória do espectador. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (15,4) | 11 (84,6) | 0 (0) |

Abreviações: DF=Discordo Fortemente; D=Discordo; CF=Concordo Fortemente; C Concordo; NS=Não Sei

O grupo de peritos de audiovisual constituiu-se de três (50,0%) profissionais do sexo feminino, e três (50,0%) do sexo masculino, com idade entre 23 e 54 anos e média de 41,2 anos de idade; todos (100%) são provenientes de Ribeirão Preto, São Paulo. O tempo de experiência profissional na área variou de um a 26 anos, com média de 15,5 anos. Como titulação máxima, quatro (66,7%) possuíam

especialização, e dois (33,3%), apenas graduação, sendo as áreas de formação: comunicação visual, análise de sistemas, design gráfico, jornalismo e administração. Em relação às especializações, as áreas foram: educação à distância, ilustração para publicações infanto-juvenis, técnico em eletrônica e divulgação científica. Dentre seus trabalhos de conclusão dos cursos, dois (40,0%) eram voltados ao desenvolvimento de vídeos educativos, sendo um (50,0%) para conclusão da graduação e um (50,0%) para especialização. Em relação à atuação no desenvolvimento e/ou edição de vídeos, cinco (83,3%) declararam atuar neste seguimento, sendo que o tempo de atuação variou de dois a 15 anos, com média de nove anos.

Para este grupo de juízes especialistas da área de audiovisual, a validação do vídeo foi feita através do preenchimento do questionário sobre impressão geral, que conta de cinco critérios, além dos itens sugestões de mudança e inclusão de itens. Para todos os critérios a avaliação desses peritos a resposta foi concordo ou concordo fortemente (Tabela 3). Em relação ao desejo de mudar algo no vídeo, três (50%) fizeram sugestões de mudança, sendo: retirar a figura que representa a dor e modificar detalhes do desenho dos personagens. Para inclusão de algum item, dois (33,3%) sugeriram: incluir legenda para deficientes auditivos e incluir mais animações. Em relação à impressão geral, a única sugestão/observação feita foi para que o vídeo seja mais curto.

Tabela 3 – Respostas dos peritos de audiovisual em relação à impressão geral. Ribeirão Preto – SP, 2017.

| **Critérios** | **N (%)** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **DF** | **D** | **C** | **CF** | **NS** |
| A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática. | 0 (0) | 0 (0) | 1 (16,7) | 5 (83,3) | 0 (0) |
| As animações ajudam no aprendizado da temática. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (33,3) | 4 (66,7) | 0 (0) |
| O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática. | 0 (0) | 0 (0) | 2 (33,3) | 4 (66,7) | 0 (0) |
| O vídeo educativo tem indicação de uso como | 0 (0) | 0 (0) | 3 (50,0) | 3 (50,0) | 0 (0) |

ferramenta educacional.

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Recomendo o vídeo educativo para o ensino de pais e gestantes. | 0 (0) | 0 (0) | 3 (50,0) | 3 (50,0) | 0 (0) |

| | SIM | NÃO |
|---|---|---|
| Você gostaria de mudar alguma coisa no vídeo educativo? | 3 (50,0) | 3 (50,0) |
| Você gostaria de incluir alguma coisa no vídeo educativo? | 2 (33,3) | 4 (66,7) |

Abreviações: DF=Discordo Fortemente; D=Discordo; CF=Concordo Fortemente; C Concordo; NS=Não Sei

Os resultados mostraram uma concordância acima de 90% se somados os conceitos concordo e concordo fortemente para cada item de aparência e conteúdo, sendo assim, o vídeo foi considerado validado por juízes especialistas.

No que se refere à avaliação do vídeo pelo público-alvo, foram entrevistadas quatro mães cujos filhos estavam na UTIN, quatro mães na UCIN, um pai na UCIN, cinco gestantes no ambulatório e dois futuros pais que estavam acompanhando as gestantes, totalizando 16 participantes. A idade dos entrevistados variou de 18 a 37 anos, sendo a média de 27,2 anos. Dos participantes, nove (56,3%) declararam não ter uma ocupação no momento e sete (43,7%) possuem uma ocupação, sendo um (6,3%) para cada ocupação citada: auxiliar de produção, auxiliar de vendas, cabeleireiro, funcionário público, motorista, pedreiro e terapeuta ocupacional. O grau de escolaridade variou de ensino fundamental incompleto a pós-graduação, sendo que dez (62,5%) entrevistados possuem ensino médio completo, três (18,6%) ensino fundamental incompleto, um (6,3%) ensino médio incompleto, um (6,3%) ensino superior completo e um (6,3%) pós-graduação. Em relação à procedência, seis (37,7%) eram de Ribeirão Preto, os demais eram cada um (6,3%) proveniente de uma cidade, todas do interior do estado de São Paulo, sendo elas: Sertãozinho, Serrana, Cravinhos, Barrinha, Tambaú, Pontal, Cajuru, Guariba, Jardinópolis e Batatais. Dos entrevistados, três (18,8%) são do sexo masculino, sendo dois (12,5%) acompanhantes das gestantes no ambulatório e um (6,3%) pai de bebê internado na UCIN; e 13 (81,2%) são mulheres, nove (56,2%) delas mães de bebês internados na UTIN ou UCIN e quatro (25%) eram gestantes. O número de filhos variou de um a quatro, com média de 3,5 filhos.

Para as mães e pais entrevistados na UTIN ou UCIN, a idade cronológica do bebê coincidiu com o tempo de internação, visto que todos permaneciam internados desde o nascimento, variando de três a 46 dias, com média de 18,8 dias de vida e internação. Cinco (55,5%) dos bebês eram do sexo feminino, e quatro (44,5%) masculino. A idade gestacional ao nascimento variou de 26 semanas e 39 semanas, sendo a média 29 semanas, e o peso ao nascimento variou de 595 gramas a 3950 gramas, sendo a média de 2026 gramas. Seis (66,7%) declararam já ter realizado o contato pele a pele, variando de uma a 15 vezes, com uma média de 5,3 vezes. Das oito mães entrevistadas, quatro (50%) já amamentaram o seu bebê. Nenhuma declarou ter realizado o contato pele a pele ou ter amamentado durante um procedimento doloroso.

Dos pais entrevistados nas unidades neonatais, cinco (55,6%) revelaram já ter presenciado algum procedimento doloroso com o seu bebê, sendo citado: coleta de sangue (uma vez), punção de calcâneo (duas vezes), manipulação de dreno de tórax (uma vez) e exame de fundo de olho (uma vez). Foi questionado a esses pais como eles se sentiram ao presenciar a realização de um procedimento doloso com o seu bebê, e as respostas evidenciaram que apesar de não se sentir bem, ter pena do bebê e angústia, eles entendiam que era para o bem do bebê, como nas falas a seguir:

> *"Me senti mal vendo colocar aquilo* [se refere ao bléfaro aramado, instrumento utilizado para afastar as pálpebras durante o exame] *no olho dela. Angústia de ver ela* [RN] *sofrer." (E16)*
>
> *"Me senti mal, mas sei que é para o bem dela." (E01)*

Dos entrevistados no ambulatório, um (14,3%) estava no segundo trimestre de gestação e seis (85,7%) no terceiro. Os motivos do acompanhamento no ambulatório do HCFMRP/USP foram: doença materna (71,4%), gestação múltipla (14,3%) e restrição do crescimento intrauterino do feto (14,3%). Todos os entrevistados relataram que imaginam que seus bebês passarão por algum procedimento doloroso após o nascimento, como: vacina (cinco vezes) e teste do pezinho (quatro vezes).

A todos os entrevistados representantes do público-alvo, foram feitas indagações a respeito da percepção e avaliação do vídeo, sendo que oito (50%) consideraram o vídeo excelente e oito (50%) muito bom. Os 16 entrevistados (100%) indicariam/recomendariam o vídeo para outros pais/gestantes, e ao serem

questionados acerca do motivo da recomendação a outras pessoas, as respostas foram no sentido de que o vídeo traz informações novas e importantes e é autoexplicativo, como é possível perceber nas falas:

> *"Tem muita coisa interessante, que eu não sabia." (E13)*
>
> *"Pra mim, que trabalho muito, tem muita coisa que eu não sabia." (E14 – pai)*
>
> *"Tem muitas informações que as pessoas não conhecem. Eu só conhecia o alívio da dor com amamentação." (E01)*
>
> *"Bem informativo, ajuda para o desenvolvimento do bebê e para dar melhor conforto." (E05)*
>
> *"Bem explicativo, são métodos simples que ajudam o bebê não sentir dor." (E11 – pai)*
>
> *"Ensina bem como lidar com a dor de bebê, ainda mais mãe de primeira viagem." (E15)*
>
> *"Ajuda a mãe a ter mais informação como ajudar o filho, a cuidar do filho." (E16)*

Ao serem questionados se o vídeo poderia ajudá-los no cuidado da dor do seu bebê, todos (100%) responderam que sim, citando as intervenções explicadas no vídeo e associando-as aos potenciais procedimentos dolorosos.

> *"Amamentando quando colhe sangue." (E04)*
>
> *"Quanto precisar de acesso venoso para evitar que ele sinta tanta dor." (E05)*
>
> *"Amamentando enquanto fura." (E13)*
>
> *"Fazendo o pele a pele, identificar as dores, e saber como lidar, e a presença da família, eu vou participar mais, ajudar mais." (E14 – pai)*

Na questão aberta sobre a opinião de cada um sobre os cuidados ensinados no vídeo, as respostas evidenciam que os entrevistados consideraram os cuidados importantes, fáceis de serem aplicados e reconhecem a importância da figura da família nesses cuidados, como nas falas:

> *"Incentiva a amamentação e permite que a família também minimize a dor." (E02)*
>
> *"São muito importantes, são os momentos de afeto do pai e da mãe, e o bebê sente bastante a presença da família." (E06)*

Todos (100%) relataram desejo em realizar os cuidados ensinados no vídeo, justificando o fato de que assim poderão ajudar no alívio da dor do bebê e minimizarão o sofrimento, até mesmo considerando um gesto de amor, como nas falas:

> *"Pra não estressar tanto o bebê e colher mais rápido os exames." (E01)*
>
> *"Por amor, pra não ver o meu bebê sofrendo." (E10)*
>
> *"Pelo bem do bebê, se existe a forma de tirar a dor do bebê, a mãe faz de tudo pra isso". (E12)*
>
> *"Eu com certeza vou fazer, porque daí não vejo o sofrimento dele chorando enquanto toma injeção." (E13)*
>
> *"É bom pra mim, e é bom pra ela." (E16)*

Em relação ao momento da vida do bebê em que os cuidados abordados poderiam ser aplicados, o momento da vacina foi o mais citado (13 vezes), seguido pela coleta de sangue (sete vezes), teste do pezinho (cinco vezes) e outras citações únicas, como punção para acesso venoso, certos momentos do exame físico em consulta médica, coleta de sangue, momentos de cólica, injeção e nascimento dos dentes.

Ao solicitar que fosse atribuída uma nota de zero a dez ao vídeo, a menor nota foi nove, e a maior dez, com uma nota média de 9,9 ao vídeo pelo público-alvo. Nenhum desses entrevistados fez sugestões para melhorias ou mudanças no vídeo.

# 5. Discussão

Transmitir um conhecimento gera uma grande responsabilidade naquele que se propõe a fazê-lo. Essa transmissão deve ser realizada de forma a favorecer a compreensão da informação transmitida, a fim de que o processo de assimilação do conteúdo e a construção do saber sejam atingidos efetivamente (MOREIRA et al., 2013) e permitam o empoderamento e a autonomia do conteúdo pelos envolvidos, com uma abordagem objetiva, clara e de fácil aplicabilidade, voltadas ao real, que repercuta no modo como enfrentarão as demandas do cuidado (DALMOLIN et al., 2016; ROSA, 2015).

Neste estudo, a etapa de construção do roteiro do vídeo foi muito complexa, sendo um desafio utilizar de criatividade para transformar a linguagem técnico-científica em uma linguagem mais simples e acessível, adequada ao público-alvo, sem perder a qualidade das informações. E mesmo com todo esforço prévio, na validação por peritos ainda surgiram apontamentos para simplificação de algumas expressões, que foram acatadas e incorporadas na versão final do vídeo, como substituir “punção de calcâneo” por “picada no pé”, “contenção facilitada” por “conter o bebê com as mãos” e “coleta de sangue por punção venosa” por “coleta de sangue pela veia”.

Outra sugestão também acatada

Optamos fazer a validação de uma versão prévia do próprio vídeo e uma validação inicial do roteiro, como feito em outros estudos (ROSA, 2015; MOREIRA et al., 2013; BARBOSA; BEZERRA, 2011) e indicada por Razera et al. (2014), pelo fato de acreditarmos que o material já ilustrado e animado permitiria uma melhor avaliação por parte dos peritos tanto de enfermagem quanto de audiovisual. Ao tomar esta decisão, a pesquisadora assumiu as potenciais implicações relacionadas à necessidade de solicitar alterações aos editores do vídeo, o que demandariam mais tempo e um trabalho mais complexo do que modificar apenas o roteiro. Após a validação e finalização do vídeo, verificamos que a validação com o material educativo em si, e não com o roteiro, proporcionou aos peritos uma experiência mais real ao assistir o vídeo, envolveu emoções que geraram comentários com elogios e reforço de pontos positivos do vídeo, assim como acreditamos que foi possível o

perito se colocar no lugar do usuário e utilizar desta empatia para avaliar o vídeo também na visão do público-alvo, e não apenas na visão profissional.

Os apontamentos feitos pelos juízes especialistas foram analisados pela pesquisadora e acatados conforme relevância e possibilidade neste momento. Alguns apontamentos foram considerados pertinentes, porém serão considerados para versões futuras do vídeo educativo, como a inserção de legenda para deficientes auditivos, versões fracionadas do vídeo e inclusão de mais figuras e imagens reais. As sugestões acatadas, como a narração mais lenta, foram repassadas aos editores do vídeo e, após aplicadas, lançada uma versão final do vídeo "*Com amor, sem dor*", a qual está disponível para divulgação por meios eletrônicos, utilização nas dependências do HCFMRP/USP para o público-alvo, e também para treinamentos com profissionais de saúde. A intenção de disponibilizar e recomendar o vídeo educativo também para treinamentos e educação continuada da equipe de saúde surgiu de apontamentos feitos pelos juízes especialistas.

Consideramos assertiva a escolha do instrumento utilizado para validação pelos peritos das áreas de enfermagem e audiovisual, pois a possibilidade de também escrever livremente suas opiniões, sem ater-se somente a responder objetivamente ao instrumento, proporcionou uma perspectiva diferenciada e uma contribuição real para o estudo.

No geral, percebe-se que a avaliação do vídeo por parte dos peritos foi muito positiva, evidenciando nos comentários a carência de materiais educativos tecnológicos para educação em saúde.

A avaliação do vídeo por parte do público-alvo foi essencial para afirmar a validação feita pelos especialistas. Ao realizar as entrevistas, percebemos que os participantes questionaram se esse tipo de vídeo seria mostrado sempre, pois consideram muito importante este tipo de atividade. Demonstraram interesse em continuar a discussão sobre o assunto após assistir o vídeo e responder aos questionários da pesquisa, o que demonstra que o vídeo despertou o interesse pelo assunto.

No estudo de Rosa (2015), cujo objetivo foi desenvolver e validar um vídeo educativo para as famílias de pessoas com colostomia por câncer, a validação do vídeo educativo com o público-alvo também foi considerada de extrema importância, já que proporcionou um momento de troca de saberes e colaborou diretamente com a qualificação do vídeo. Esse momento de troca foi percebido especialmente no que

diz respeito às entrevistas feitas com famílias que vivenciam a colostomia por câncer, quando foi observado que, ao assistirem ao vídeo, puderam relembrar seus momentos e suas experiências e sentiram-se confortáveis para relatar o que lhes pareceu pertinente ao estudo (ROSA, 2015). Sendo assim, a validação com o público-alvo somada à validação com os especialistas qualifica o material educativo e, nesse sentido, tem-se um vídeo educativo devidamente construído, capaz de exercer a função de uma ferramenta eficaz de transmissão de informações (RAZERA et al., 2014).

Ainda no estudo de Rosa (2015), os participantes relataram que, ao assistirem ao vídeo, ficou claro que este poderá trazer muitas contribuições para as famílias que vivenciam a colostomia por câncer. No presente estudo também foi observado que as famílias reconhecem no vídeo educativo a possibilidade de adquirir informações de qualidade, conforme falas apresentadas nos resultados.

Estudos recentes têm cada vez mais comprovado a eficácia da utilização de estratégias de tecnologia educacional para os processos de ensino e aprendizagem não só no contexto da educação em saúde para pacientes e familiares (DALMOLIN et al., 2016; RAZERA et al., 2016; PAIGE et al., 2015; RAZERA et al., 2014; FONSECA et al., 2011), mas também no contexto da formação profissional (STINA; ZAMARIOLI; CARVALHO, 2015; FONSECA et al., 2011). Os vídeos educativos têm sido utilizados em diversas experiências pedagógicas demonstrando a relevância da sua aplicabilidade no processo de ensino aprendizagem, pois combinam vários elementos, tais como imagens, texto e som em um único objeto de promoção do conhecimento (DALMOLIN et al., 2016).

Os estudos de desenvolvimento, validação e utilização de materiais educacionais, como de audiovisual, voltados para a formação, educação permanente de enfermeiros e para a educação em saúde junto à clientela, têm evidenciado uma crescente evolução de tecnologias a partir das demandas da sociedade, com novas possibilidades de uso destes materiais no cotidiano do trabalho em instituições de ensino e saúde, impactando em melhoria da qualidade da assistência de enfermagem brasileira, na qual o desenvolvimento de programas de ensino mediado por tecnologias constitui, na atualidade, uma tendência crescente (ROSA, 2015; FONSECA et al., 2011), já que essas tecnologias, quando

comparadas à linguagem escrita, possuem maior impacto na aprendizagem (FLEMING; REYNOLDS; WALLACE, 2009).

O Ministério da Saúde recomenda que a produção de um material didático precisa ser cuidadosa em relação à linguagem de seus textos, voltada ao público-alvo. É importante que a linguagem seja clara, objetiva e coloquial, adequada às características da clientela (FONSECA et al., 2011; BRASIL, 2005). Um material educativo de fácil compreensão proporciona maior conhecimento, suscita mudanças de atitudes, desenvolve habilidades, além de favorecer a autonomia e tomada de decisão ao público-alvo (FONSECA et al., 2011).

Os recursos tecnológicos são ferramentas necessárias ao enfermeiro, pois contribui para um gerenciamento da assistência de enfermagem de forma humanizada, no âmbito da qualidade, eficácia, efetividade e segurança, de maneira que possa garantir os resultados do uso adequado da tecnologia para os quais ela foi desenvolvida e incorporada, além de considerar que vivemos numa sociedade tecnologicamente avançada. A área da saúde precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos, porém os profissionais não devem esquecer que o computador jamais substituirá a essência humana. Os avanços tecnológicos devem favorecer o resgate da natureza humana, sendo o objetivo dos materiais educativos facilitar e somar ao trabalho da equipe de saúde na comunicação e orientação de pacientes e familiares (FONSECA et al., 2011).

Portanto, nesse contexto, a tecnologia audiovisual apresentada aos participantes do estudo foi validada pelas enfermeiras e juízes da área de audiovisual, pois mais de 90% deles concordaram fortemente e/ou concordaram com os aspectos de aparência e conteúdo do vídeo, o que atende ao critério de concordância de 80% nos conceitos utilizado por Fernandes, Barbosa e Naganuma (2006) e Fonseca (2007) e Góes (2010).

Assim, a versão final do vídeo educativo "*Com amor, sem dor*" pode ser disponibilizada para os profissionais de saúde e população alvo e ser utilizada como estratégia eficaz para educação em saúde de pais de bebês internados em unidades neonatais e para gestantes e acompanhantes, assim como capaz de incrementar a prática da enfermagem habitual, e assim orientar e subsidiar o processo de cuidado.

As tecnologias em saúde, especialmente em enfermagem, apresentam avanços evidentes no que tange ao cuidado, objetivando a melhora direta da prestação de atendimento ao paciente e seus familiares (DALMOLIN et al., 2016),

uma vez que induz a motivação e a curiosidade e estimula a participação do cuidador nos cuidados (RAZERA et al., 2016).

Quanto ao conteúdo abordado neste vídeo, com enfoque nas intervenções não farmacológicas para alívio da dor aguda do bebê que envolvem a participação da família, entendemos que é um tema pouco explorado quando se trata de transmitir as informações sobre a dor do bebê aos pais, provavelmente por ser um assunto que envolve conceitos de sofrimento do filho e causa sentimento de tristeza nos pais que não querem ver seus bebês sofrendo, com dor, criando uma resistência nos profissionais em abordar o assunto.

Entre os profissionais, os estudos acerca do manejo da dor dos bebês têm se difundido cada vez mais, com grandes impactos assistenciais, mas quando se trata da difusão desses conhecimentos para os familiares, ou a utilização de estratégias que permitam a participação da família nos cuidados com a dor do bebê, esse cenário não é tão consolidado assim. Em um estudo que revisou vídeos no *YouTube*, para avaliar o uso de intervenções para alívio da dor, bem como medidas de avaliação de dor e estresse na vacinação de bebês, com menos de 12 meses de idade, identificou um total de 142 vídeos que publicados no site, dos quais nenhum mostrou o uso de intervenções como a amamentação, e apenas quatro (3%) estudos mostraram os bebês em um posicionamento de frente para a pessoa que os segurava (HARRISON et al., 2014).

Embora não fosse objetivo deste estudo, os resultados sinalizam que a família é pouco aproveitada neste tipo de cuidado relativo ao manejo da dor aguda decorrente de procedimentos sabidamente dolorosos, apesar das evidências sobre a efetividade de intervenções que os envolvem a participação da família, especialmente a amamentação (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012; LEITE et al., 2009), o uso do leite materno (SHA; ALIWALAS; SHA, 2012), e o contato pele a pele (LUDINGTON-HOE, 2015; JOHNSTON et al., 2014; WARNOCK et al., 2010; CASTRAL et al., 2008), entre outras. Esta observação foi feita neste estudo, já que das nove mães entrevistadas nas unidades neonatais, nenhuma declarou ter realizado o contato pele a pele ou ter amamentado durante um procedimento doloroso, intervenções essas que vai ao encontro do desejo delas, já que todos os pais entrevistados manifestaram interesse e desejo em praticar as intervenções apresentadas no vídeo educativo, até mesmo considerando esta participação como um gesto de amor.

A preocupação com a assistência recebida no cenário de coleta de dados se acentua pelo fato de ser um Hospital Amigo da Criança, que dispõe de protocolos para o manejo da dor neonatal e pediátrica e está em pleno processo de implementação da iniciativa “HC Criança sem Dor”, instrumentalizado por evidências e resultados de inúmeros estudos lá realizados sobre a temática da dor.

A equipe muitas vezes procura assumir uma postura de total controle e poder dentro da UTIN, em especial a equipe de enfermagem, o que vem a fortalecer a perpetuação de alguns mitos e preconceitos em relação ao familiar, veiculando as ideias de que “a família atrapalha”, “é ansiosa” e “fiscaliza os serviços” (SQUASSANTE; ALVIM, 2009). As relações nem sempre ocorrem de forma satisfatória entre equipe e familiares no cotidiano da assistência na UTIN, o que provoca desentendimentos e até mesmo leva alguns profissionais a rotular a mãe, como “ausente”, “descuidadosa”, chegando a sugerir que o Conselho Tutelar seja acionado para os pais, sem buscar uma compreensão prévia dos motivos que estão levando a mãe/família a agir dessa ou daquela forma ou a se ausentar da instituição durante a internação da criança (SANTANA; MADEIRA 2013).

Talvez este cenário reflita uma falta de preparo da equipe para lidar com um ambiente estressante, situações limítrofes de vida e morte, alta tecnologia e, ainda, para compreender a labilidade emocional da família, o que impede que possam prestar um cuidado individualizado aos bebês e suas famílias. Esta situação pode ser angustiante também para os profissionais, que percebem as necessidades, mas não dispõem de tempo, um local adequado e preparação para enfrentar situações delicadas (FRELLO; CARRARO, 2012).

No estudo de Santana e Madeira (2013) os resultados mostram que os profissionais reconhecem a importância da presença das mães e familiares na UTIN, apesar de ainda ter identificado fatores dificultadores nas relações. Mas na prática, percebe-se que apesar de reconhecer a importância da presença da família, os métodos e atitudes dos profissionais voltadas à disseminação deste cuidado ainda são tímidas.

Neste sentido, se fazem necessárias investigações que desconstruam essas impressões e atitudes da equipe, como a preferência por retirar a mãe e família das unidades durante a realização de procedimentos invasivos e sabidamente dolorosos ou, quando possível, levar o bebê para outro local para realizar esses procedimentos, acreditando que estão poupando a família de presenciar e vivenciar

o sofrimento do bebê, além da maior tranquilidade de ambos (equipe e família), aspectos esses que temos vivenciado durante nossa atuação como enfermeira neonatal neste e em outros hospitais.

Cabe assinalar que em estudo desenvolvido com 15 mães de prematuros, realizado neste mesmo hospital, com objetivo de analisar os significados atribuídos pela mãe em sua vivência de contato pele a pele com seu filho prematuro para o alívio da dor decorrente da coleta do teste do pezinho em unidade neonatal, todas as entrevistadas manifestaram prazer na vivência do contato pele a pele durante a coleta do teste do pezinho no filho prematuro. O contato pele a pele durante o procedimento doloroso não foi visto pelas mães como um momento desconfortável. Em vários momentos as mães relataram que sentiram prazer, conforto, aconchego e que puderam, além de tudo, transmitir segurança e proteção aos seus bebês, sendo isso algo indescritível e maravilhoso. A pesquisadora concluiu que, apesar de o contato pele a pele ter sido utilizado em situação de dor aguda do prematuro, o prazer dessa interação mãe e filho permaneceu na perspectiva materna, além da constatação do alívio da dor do filho, levando-as a desejarem realizar o canguru em outros procedimentos dolorosos e recomendarem-no a outras mães (SILVA, 2015), o que corrobora com os resultados encontrados neste estudo, no qual todos os entrevistados manifestaram desejo em realizar os cuidados ensinados no vídeo, pois assim poderão ajudar no alívio da dor do bebê e minimizarão o sofrimento, e verbalizaram que recomendariam o vídeo para outros pais e gestantes. Apreendemos também na fala dos entrevistados, a confiança de que as intervenções não farmacológicas que envolvam os pais podem ajudar para o alívio da dor aguda do bebê.

O estudo de Silva (2015) valida as informações fornecidas no vídeo educativo deste estudo e a utilização do mesmo, uma vez que afastada a ideia de que a participação da família no momento de dor pode causar sentimentos ruins e desconforto, é preciso empoderá-la de conhecimento e apoia-la para que realizem as intervenções da forma correta e com segurança.

Sabe-se que a família não está inserida verdadeiramente no processo de cuidado das unidades neonatais, visto que a participação da mãe no cuidado do bebê se dá por etapas, sendo delegadas a ela as tarefas de menor complexidade e alguns profissionais entendem como uma obrigatoriedade a ser seguida pela mãe, como a ordenha mamária e administração do leite (GAÍVA; SCOCHI, 2005). Outros

profissionais percebem a necessidade de uma participação efetiva da mãe na unidade neonatal, porém ainda não criam espaços e estratégias para sua participação mais efetiva no cuidado ao filho prematuro (SILVA, 2015). Levando em consideração esse contexto organizacional da assistência, acreditamos que o livre acesso ao vídeo desenvolvido neste estudo poderá contribuir com o empoderamento dos pais e da família a buscar ativamente os caminhos para realizar estas intervenções, munidos de conhecimento e sensibilização necessários, sem depender totalmente da determinação da equipe profissional sobre qual o melhor momento e o procedimento para realização desses cuidados.

Por outro lado, não se pode negar que há mães que vivenciam sentimentos ambivalentes, como o medo de estar em contato pele a pele durante a realização do procedimento doloroso no filho e permanecer nesse contato para acalmá-lo, protege-lo e dar-lhe segurança; sentimento de pena do filho pela frequente exposição a dor e ao mesmo tempo ter que entender que o procedimento é para o bem dele, dentre outros conflitos, conforme verbalizado por uma mãe de prematuro internado na UCIN (SILVA, 2015), o que também foi constatado nos resultados desta pesquisa naqueles entrevistados que presenciaram procedimento doloroso com o seu bebê.

Em contrapartida a esta ambivalência de sentimentos, as mães extraordinariamente demonstram maneiras de lidar com as situações e preferem estar com seus filhos em momentos de dor, e assim ajudá-los a passar por esse processo da melhor forma possível, com calma e tranquilidade, mesmo sendo um momento negativo que se repete várias vezes ao dia nas unidades neonatais. Assim, a família deve ser vista como aliada e proativa no alívio da dor, quando ela protagoniza situação de dor do bebê, por exemplo, sem ser excluída dos procedimentos de apoio ao diagnóstico e terapêuticos realizados com o bebê, se sente parte do processo.

No estudo de Silva (2015) as 15 mães participantes em nenhum momento pré, durante ou pós-punção do calcâneo, mesmo que sem sucesso em uma primeira execução, apresentaram hostilidade ou resistência com os profissionais envolvidos com a coleta do teste do pezinho. A maioria delas se preocupou em interagir e confortar o filho durante o procedimento doloroso.

Tais achados acrescidos dos resultados deste estudo sinalizam que, em situação de dor, a família deseja confortar o bebê e estar presente sempre pelo bebê, e não para supervisionar ou julgar a equipe de saúde.

Portanto, o estudo de Silva (2015) possibilitou compreender os sentimentos maternos durante um processo doloroso de seus bebês prematuros**,** envolvendo a mãe como proativa no manejo da dor aguda de seu filho em unidade neonatal, por meio do contato pele a pele; e o presente estudo fornece uma tecnologia educativa que permite empoderar, não só a mãe, mas todos os familiares, a participarem de forma ativa no alívio da dor aguda do bebê, sendo coautores do planejamento desses cuidados.

O estudo realizado em Londres, já citado anteriormente, com 169 pais de bebês internados nas UTIN, evidencia que as angústias e aflições dos pais acerca da dor do bebê pode ser minimizada quando eles recebem informações sobre essa dor e são munidos de orientações para auxiliar no manejo da dor do bebê (FRANCK; OULTON; BRUCE, 2012). Assim, este vídeo educativo e outras estratégias podem ser utilizados como ferramentas para prover aos pais as informações e aliviar os sentimentos negativos na vivência da dor do bebê.

Cabe salientar que este estudo trouxe o interesse dos pais (homem) em também participar dos cuidados de alívio da dor dos bebês, já que comumente a figura envolvida é a mãe, o que abre possibilidades para estudos futuros abordando, também, os sentimentos e impressões dos pais que são envolvidos nos cuidados dos bebês, e até de outros familiares, buscando a prática da família ampliada nas unidades neonatais.

O estudo de Santos et al. (2012) procurou compreender as vivências paternas durante a hospitalização do RNPT na UTIN, partindo da inquietação sobre a dominante participação materna nos cuidados com o bebê incentivada e permitida pela equipe na unidade neonatal, contra as inúmeras normas e rotinas institucionais que dificultam a participação e presença do pai. Este não é um cenário difícil de ser visto nas unidades neonatais no Brasil, visto que muitas vezes a equipe foca na inserção da mãe, mesmo que mínima, ou apenas com uma ação pontual de amamentar e também não estimulam sua participação nos cuidados propriamente ditos (ARAÚJO; RODRIGUES, 2010). Mas o pai raramente é considerado e estimulado para os cuidados com o bebê, e a figura paterna acaba sendo apenas uma visita.

Os pais também vivenciam sentimentos de ansiedade, angústia, insegurança impotência, tristeza, solidão, angústia e medo. Demonstram desespero, solidão e uma tristeza diária pelo fato de não possuírem recursos para ajudar o filho hospitalizado. O homem, enquanto figura de protetor da família, na situação de ter um filho hospitalizado, muitas vezes sente a impotência e culpa por pensar que não está cumprindo seu papel de protetor e defensor do filho. Além disso, existe a ideia de que o homem tem o papel de provedor da família, que é encarado como uma obrigação, não sendo permitido falhar neste ponto. Porém, durante a hospitalização do filho, esta situação torna-se mais um estressor, pois teme em perder seu emprego por faltas, atrasos ou licenças, e vê na continuação de suas atividades a segurança financeira que precisa proporcionar à família. Mas ao mesmo tempo em que tenta cumprir seu papel de provedor, ele se sente culpado por não passar mais tempo com seu filho hospitalizado (SANTOS et al., 2012).Os dados deste estudo evidenciam o quanto a hospitalização de um filho também influencia na vida do pai, situação esta que raramente é entendida e levada em consideração pela equipe de saúde, tampouco existe um esforço da equipe em entender esses aspectos e considerar o pai na inserção dos cuidados, apesar dos limites que a figura paterna enfrenta durante a hospitalização do bebê.

No momento da validação do vídeo houve uma inquietação por parte de um perito a respeito da exposição do vídeo para gestantes, considerando que o período de gestação e o pré-natal já conferem à gestante o contato com muitas informações. Porém, a avaliação do vídeo por parte das gestantes e seus companheiros na sala de espera do ambulatório foi bastante positiva. Todos foram abordados no momento em que estavam sentados na sala de espera aguardando a consulta médica, em certo momento de ociosidade, e quando convidados para participar da pesquisa, todos demonstraram interesse imediato e tiveram boas avaliações do vídeo, como mostrado nos resultados. É importante transformar a espera de pacientes em um momento de educação em saúde, com estratégias de audiovisual, por exemplo, considerando este ambiente de espera potencialmente capaz de se tornar um ambiente produtivo (PORTUGAL et al., 2011).

Quanto ao comentário de uma enfermeira sobre o momento de oferecer informações sobre o tema para gestantes, a partir do resultado positivo por parte das gestantes entrevistadas e seus acompanhantes, acreditamos que no pré-natal os pais estão se preparando para receber o novo bebê, e estão ávidos para adquirir

informações que tornarão os cuidados com o bebê mais tranquilos, sendo assim, a sala de espera das consultas de pré-natal torna-se um local oportuno para oferecer essas informações, visto que os cuidados ensinados no vídeo são aplicáveis à todos os bebês, saudáveis ou com risco de doenças e agravos.

Estudo cujo objetivo foi compreender as vivências de gestantes de uma unidade de pré-natal de risco frente à possibilidade de terem filho prematuro e o apoio que necessitam durante a gravidez, diante de situações que possam vivenciar com o nascimento prematuro, mostrou que a atitude das gestantes na busca por informações acerca da gestação e do bebê prematuro, foi condizente com o uso de materiais educativos, percebido pelas gestantes como um recurso capaz de auxiliá-las no processo de aprendizagem. Materiais impressos, vídeos e aplicativos utilizados em dispositivos móveis foram os considerados de interesse das gestantes (CHIODI, 2015). Sendo assim, o vídeo educativo apresentado neste trabalho, pode ser considerado um veículo de informação interessante para gestantes durante o pré-natal.

Neste contexto, é possível afirmar que o vídeo educativo pensado enquanto atividade de educação em saúde de apoio a inserção da família no manejo da dor pode contribuir com o cuidado atraumático, humanizado e desenvolvimental, bem como para fortalecer à unidade familiar (DALMOLIN et al., 2016) e integrar o conceito de acolhimento humanizado, dentro das propostas do SUS (PORTUGAL et al., 2011).

Tem-se claramente que, como se trata de um vídeo educativo, este deverá passar periodicamente por revisões, a fim de torná-lo atualizado, para que possa ser continuamente utilizado com as famílias nos mais diversos cenários do cuidado neonatal e na saúde da criança, com foco no Cuidado Centrado na Família e no aproveitamento de toda e qualquer estratégia cientificamente comprovada para alívio da dor aguda do bebê que envolva a família.

# 6. Considerações finais

De forma geral, as evidências sobre a efetividade de intervenções para o manejo da dor ainda são subutilizadas e a dor aguda subtratada, ainda mais quando se trata daquelas que envolvem a família. Existe uma série de fatores que influenciam neste contexto, sendo a resistência da equipe de saúde e a falta de informação para os pais, alguns dos pontos principais. Acreditamos que a equipe de saúde demonstra preocupação em prevenir e aliviar a dor do bebê, porém tende a optar por medidas mais práticas que não exigem a presença dos pais. Em contrapartida, as intervenções que envolvem a família, além de serem mais naturais, provocam benefícios muito além da situação pontual de alívio da dor aguda, tanto no desenvolvimento no bebê quando na construção de vínculo e afeto com a família.

No contexto atual é inegável a presença do computador e de tecnologias interativas no cotidiano da sociedade. Diríamos, ainda, que já existe uma grande parcela da população dependente destes dispositivos. É impossível ignorar a importância que este cenário tecnológico tem, e o poder de influenciar as pessoas, seja de maneira supérflua, seja de maneira construtiva. Sendo assim, é preciso encontrar meios de utilizar destes avanços tecnológicos diários para contribuir de forma positiva no desenvolvimento da sociedade, fazendo com que deixem de serem apenas veículos de lazer, mas também de aprendizagem e transmissão de conhecimento.

Essas tecnologias tem um enorme poder de chamar a atenção, já que combinam vários elementos que despertam os mais diversos sentidos: imagens, animações, música, cores, iluminação, interatividade, textos e outros, em um único objeto de promoção do conhecimento.

O vídeo “*Com amor, sem dor*” foi validado por enfermeiras e profissionais da área de audiovisual e avaliado positivamente pelo público-alvo, gestantes, mães e família, constituindo-se em tecnologia educativa que pode ter impacto favorável em sua utilização como estratégia de educação em saúde para empoderar a família a se envolver nos cuidados de alívio da dor aguda do bebê com mais autonomia e proatividade.

Vislumbramos ainda, o uso e as potencias contribuições deste produto tecnológico para a capacitação profissional, podendo ser mais uma ferramenta para a formação e educação permanente da equipe de saúde.

O enfermeiro, enquanto educador em saúde, deve utilizar de criatividade para elaborar materiais que facilitem o ensino e a aprendizagem, pois é por meio da educação em saúde que haverá a diminuição das aflições e apropriação do planejamento e da execução dos cuidados por parte da família, objetivando uma melhora na qualidade de vida dos bebês e seus familiares em curto e longo prazos.

Assim, é preciso incentivar cada vez mais o desenvolvimento e utilização de novas estratégias de cuidado, com as tecnologias educacionais, na prática de enfermagem, visando o cuidado atraumático, humanizado e desenvolvimental com aprimoramento da atenção à saúde da criança e família no Brasil.

# Referências


ALVES, E. et al. A short form of the neonatal intensive care unit family need inventory. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.6, p.73-80, 2016.

ANAND, K.J. et al. Long-term behavioral effects of repetitive pain in neonatal rat pups. **Physiology & Behavior**, Oxford, v.66, n.4, p.627-37, 1999.

AQUINO, F.M.; CHRISTOFFEL, M.M. Dor neonatal: medidas não-farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. **Revista Rene**, v.11, n. especial, p.169-77, 2010.

ARAÚJO, B.B.M.; RODRIGUES, B.M.R.D. O alojamento de mães de recém-nascidos prematuros: uma contribuição para a ação da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.14, n.2, p.284-92, 2010.

BARBOSA, R.M.; BEZERRA, A.K. Validação de um vídeo educativo para promoção do apego entre mãe soropositiva para HIV e seu filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 2, p. 328-34, 2011.

BARBOSA, S.F.F.; MARIN, H.F. Web-based simulation: a tool for teaching critical care nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.1, p.7-13, jan./fev. 2009.

BATALHA L. Dor em pediatria: compreender para mudar. Lisboa: Lidel; 2010. ISBN 9789727575930, 144 p.

BONUTTI, D.P. et al. Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2017. No prelo.

BONUTTI, D.P. **Dimensionamento dos procedimentos dolorosos e intervenções para alívio da dor aguda em prematuros**. 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Estatuto da criança e do adolescente** [recurso eletrônico]: Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. 117 p.

_____. Resolução n. 466/2012. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. **Elaboração de material didático impresso para programas de formação à distância:** orientações aos autores. Brasília: EAD/ENSP/FIOCRUZ; 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/campanhas/pni/> Acesso em: 10 de Setembro de 2017.

_____. Resolução nº 41. **Direitos da criança e do adolescente hospitalizados**. CONANDA. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 17 out. Seção I, p.16319-16320, 1995.

BUENO, M. Dor no período neonatal. In: LEÃO, E.R.; CHAVES, L.D. (Editores). **Dor**: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 2.ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. p.228-49.

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

CARBAJAL, R. et al. Epidemiology and treatment of painful procedures in neonates in intensive care units. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v.300, n.1, p.60-70, 2008.

CASTRAL, T.C. et al. The effects of skin-to-skin contact during acute pain in preterm newborns. **European Journal of Pain**, London, v.12, n.4, p.464-71, 2008.

CHIODI, L.C. **Conversando sobre o bebê prematuro no pré-natal de alto risco:** necessidades e expectativas das gestantes. 2015. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. 2.ed. São Paulo (SP): Hucitec, 1997.

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

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v.20, n.3, p.349-53, 2012.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. Percepção da equipe de saúde sobre a família na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Revista Enfermagem UERJ**, v.19, n.2, p.231-5, 2011.

CRUZ, A. C.; ANGELO, M. Cuidado centrado na família em pediatria: redefinindo os relacionamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.4, p.861-65, 2011.

CRUZ, M.D.; FERNANDES, A.M.; OLIVEIRA, C.R. Epidemiology of painful procedures performed in neonates: a systematic review of observational studies. **European Journal of Pain**, London, v. 20, n. 4, p. 489-98, 2016.

CUNHA, A.L.C. et al. Visita aberta em uma unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos visitantes. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15, n.1, p.45-51, 2014.

DALMOLIN, A. et al. Vídeo educativo como recurso para educação em saúde a pessoas com colostomia e familiares. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.37, n.especial, p.e6837, 2016.

FEIN, A. Nociceptores: As células que sentem dor. Tradução: PETROV, P. et al. Ribeirão Preto – SP: **Dor OnLine**; 2011. 106p. Disponível em: <http://www.dol.inf.br/html/livronociceptores/nociceptores.pdf> Acesso em: 10 de setembro de 2017.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A.I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biological Psychiatry**, v.75, p.56-64, 2014.

FERNANDES, M.G.O.; BARBOSA, V.L.; NAGANUMA, M. Exame físico de enfermagem do recém-nascido a termo: software auto-instrucional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n.2, p.243-50, mar./abr. 2006.

FLEMING, S.E.; REYNOLDS, J.; WALLACE, B. Lights... Camera... Action! A guide for creating a DVD/video. **Nurse Educator**, v.34, n.3, p.118-21, 2009.

FONSECA, L.M.M. **Semiotécnica e semiologia do recém-nascido pré-termo**: desenvolvimento e validação de um software educacional. 2007. 150 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

FONSECA, L.M.M.et al. Educational technology in health: contributions for pediatric and neonatal nursing. **Escola Anna Nery**, v.15, n.1, p.190-196, 2011.

FRANCK, L.S.; OULTON, K.; BRUCE, E. Parental involvement in neonatal pain management: an empirical and conceptual update. **Journal of Nursing Scholarship**, v.44, n.1, p.45-54, 2012.

FRELLO, A.T.; CARRARO, T.E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.3, p.514-21, 2012.

FUCK, M.P.; VILHA, A.M. Inovação tecnológica: da definição à ação. **Contemporâneos: Revista de Artes e Humanidades** [online], v.9, p.1-21, 2011.

GAÍVA, M.A.M.; SCOCHI, C.G.S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.58, n.4, p.444-8, 2005.

GALLEGOS-MARTÍNEZ, J.; REYES-HERNÁNDEZ, J.; SCOCHI, C.G.S. O neonato prematuro hospitalizado: significado da participação na Unidade Neonatal para os

pais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.21, n.6, p. 1360-6, nov.-dez. 2013.

GASPARDO, C.M.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.E. A eficácia da sacarose no alívio de dor em neonatos: revisão sistemática da literatura. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro, v.81, n.6, p.435-42, 2005.

GÓES, F.S.N. **Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo**. Ribeirão Preto, 2010. 188f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

GOODING, J.S. et al. Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. **Seminars in Perinatology**, v.35, n.1, p.20-8, 2011.

GOUBET, N.; CLIFTON, R. K.; SHAH, B. Learning about pain in preterm newborns. **Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics**, Baltimore, v.22, n.6, p.418-24, 2001.

HARRISON, D. et al. Repeated doses of sucroses in infants continue to reduce procedural pain during prolonged hospitalizations. **Nursing Research**, New York, v.58, n.6, p.427-34, 2009.

HARRISON, D. et al. Too many crying babies: a systematic review of pain management practices during immunizations on youtube. **BMC pediatrics**, v.14, n.1, p.134, 2014.

HARRISON, D. et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. **Cochrane Database Systematic Reviews**, v.28, n.10, p. CD011248, 2016.

HARTLEY, C.; SLATER, R. Neurophysiological measures of nociceptive brain activity in the newborn infant – the next steps. **Acta Paediatrica**, v.103, p.238-42, 2014.

HENNIG, M.A.S.; GOMES, M.A.S.M.; MORSH, D.S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso. Método Canguru e cuidado centrado na família: correspondências e especificidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.3, n.20, p.835-52, 2010.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong**: fundamentos de enfermagem pediátrica. 9.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

INSTITUTE FOR PATIENT AND FAMILY CENTERED CARE. JOHNSON, B. et al. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system:** recommendations and promising practices. 2008. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>. Acesso em: 11 de setembro de 2017.

INTERATIONAL ASSOCIATION FOR YHE STUDY OF PAIN (IASP). **IASP Pain Terminology.** 1979. Disponível em: <http://www.iasp-

pain.org/AM/Template.cfm?Section=Pain_Definitions&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1728>. Acesso em: 28 de Outubro de 2016.

JOHNSTON, C.C. et al. Enhanced kangaroo mother care for heel lance in preterm neonates: a crossover trial. **Journal of Perinatology**, Philadelphia, v. 29, n.1, p.51-6, 2009.

JOHNSTON, C.C. et al. Skin-to-skin care for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, n.1, p. CD008435, 2014.

KLAUMANN, P.R.; WOUK, A.F.P.F.; SILLAS, T. Patofisiologia da dor. **Archives of Veterinary Science**, Curitiba, v.13, n.1, p.1-12, 2008.

LEITE, A.M. et al. Effects of breastfeeding on pain relief in full-term newborns. **Clinical Journal of Pain**, v.25, n.9, p.827-32, 2009.

LEITE, A.M.; CASTRAL, T.C.; SCOCHI, C.G.S. Pode a amamentação promover alívio da dor aguda em recém-nascidos? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.4, p.538-42, 2006.

LINHARES, M.B.M.; DOCA, F.N.P. Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. **Temas em Psicologia**, v.18, n.2, p.307-25, 2010.

LUDINGTON-HOE, S.M. Skin-to-skin contact: a comforting place with comfort food. **The American Jornal of Maternal Child Nursing**, v.40, p. 359-66, 2015.

MAIA, J.M.A.; SILVA, L.B.; FERRARI, E.A.S. A relação da família com crianças hospitalizadas na unidade de terapia intensiva neonatal com a equipe de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, v.3, n.2, p.154-64, 2014.

McEWEN, B.S. Protection and damage from acute and chronic stress. **Annals of the New York Academy of Sciences**, v.1032, p.1-7, 2004.

MERIGHI, M.A.B. et al. Caring for newborns in the presence of their parents: the experience of nurses in the neonatal intensive care unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.19, n.6, p.1398-404, 2011.

MERSKEY, H.; BOGDUK, D.N. (Editors). **Classification of chronic pain**: descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2.ed. Seattle (USA): IASP Press, 1994.

MOLINA, R.C.M. et al. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.43, n.3, p.630-8, 2009.

MOREIRA; C.B. et al. Construção de um vídeo educativo sobre detecção precoce do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.401-7, 2013.

MOTTA, G.C.P.; CUNHA, M.L.C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.68, n.1, p.131-5, 2015.

NAUGHTON, K.A. The combined use of sucrose and nonnutritive sucking for procedural pain in both term and preterm neonates: an integrative review of the literature. **Advances Neonatal Care**, New York, v.13, n.1, p.9-19, 2013.

OKADA, M. et al. Desenvolvimento do sistema nociceptivo e supressor da dor. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 80, n. especial, p.78-93, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Meeting of the strategic advisory group of experts on immunization:** conclusions and recommendations. Geneva, v.22, n.90, p.261-80, 2015.

PAIGE, J.T. et al. Using simulation in interprofessional education. **Surgical Clinics of North America**, v.95, n.4, p.751-66, 2015.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: Editora da UnB, 1997.

PILLAI, R.R.R. et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Issue 12. Art. No.: CD006275., 2015.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2004.

PORTUGAL, C.M. et al. O uso de audiovisual na construção compartilhada de conhecimento em saúde: uma experiência na emergência psiquiátrica. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.86-91, jun. 2011.

PRESTES, A.C.Y. **Epidemiologia da dor aguda em unidades de terapia intensiva neonatal universitárias:** frequência da realização de procedimentos dolorosos e do emprego de analgésicos por via sistêmica. 2004. 171 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2004.

RANI, S.; GUPTA, M.C. Evaluation and comparison of antinociceptive activity of aspartame with sucrose. **Pharmacological Reports**, v.64, p.293-8, 2012.

RAZERA, A. P. et al. Vídeo educativo: estratégia de treinamento para cuidadores de crianças com fissura labiopalatina. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v.29, n.4, p.430-38, 2016.

RAZERA, A.P.R. et al. Vídeo educativo: estratégia de ensino-aprendizagem para pacientes em tratamento quimioterápico. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v.13, n.1, p.173-8, jan./mar. 2014.

RIBEIRO, L.M. **O leite humano e a sacarose 25% no alivio da dor em prematuros submetidos ao exame de fundo de olho**: ensaio clinico randomizado. 2013. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-12062013-195851/> . Acesso em: 10 de setembro de 2017.

RIBEIRO, L.M. et al. O leite humano no alívio da dor neonatal no exame de fundo de olho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.5, p.1039-45, 2013.

RODRIGUES, M.S.; SILVA, G.F. Atuação do enfermeiro na monitorização da dor de prematuros em unidades de terapia intensiva neonatal. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v.15, n.3, p.249-64, 2012.

ROSA, B.V.C. **Desenvolvimento e validação de um vídeo educativo para famílias de pessoas com colostomia por câncer.** 2015. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2015.

SAHBIHAG, M.H. et al. The effect of breastfeeding, oral sucrose and combination of oral sucrose and breastfeeding in infant´s pain relief during the vaccination. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v.16, n.1, p.9-15, 2011

SAIGAL, S.; DOYLE, L.W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**, v.371, p.261-9, 2008.

SANTOS, L.M. et al. Vivências paternas durante a hospitalização do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.65, n.5, p.788-94, 2012.

SQUASSANTE, N.D.; ALVIM, N.A.T. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. **Revista Brasileira de** Enfermagem, v.62, n.1, p.11-7, 2009.

SELLAM, G. et al. Review: Contextual factors influencing pain response to heelstick procedures in preterm infants: What do we know? A systematic review. **European Journal of Pain**, v. 15, n. 7, p.661. e1-15, 2011.

SHAH, P.S.; ALIWALAS, L.I.; SHAH, V. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v.19, n.3, CD004950, 2012.

SHIELDS, L.; PRATT, J.; HUNTER, J. Family centered care: a review of qualitative studies. **Journal of Clinical Nursing**, v.15, n.10, p.1317-23, 2006.

SILVA, A.C.A. **A vivência materna no contato pele a pele para alívio da dor em prematuros submetidos ao teste do pezinho em unidade neonatal.** 2015. 132 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto – SP, 2015.

SIMONS, S.H. et al. Do we still hurt newborn babies? A prospective study of procedural pain and analgesia in neonates. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, v.157, n.11, p.1058-64, 2003.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. **Calendário de vacinação do prematuro** - Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm), 2017. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-prematuro.pdf> Acesso em: 10 setembro 2017.

SPOSITO, N.P.B. **Prevalência e manejo da dor em recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: estudo longitudinal.** São Paulo, 2016. 115p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

STEPTOE, A. et al. Stress responsivity and socioeconomic status. **European Heart Journal**, v.23, n.22, p.1757-63, 2002.

STEVENS, B.; YAMADA, J.; OHLSSON, A. Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). **Cochrane Database of Systematic Reviews**, Oxford, v.31, n.1, p. CD001069, 2013.

STEVENS, B.J. et al. Epidemiology and management of painful procedures in children in Canadian hospitals. **Canadian Medical Association Journal**, v.19, n.183, p.E403-E410, 2011.

STINA, A.P.N.; ZAMARIOLI, C.M.; CARVALHO, E.C. Efeito de vídeo educativo no conhecimento do aluno sobre higiene bucal de pacientes em quimioterapia. **Escola Anna Nery**, v.19, n.2, p.220-25, 2015.

TADDIO, A. et al. Inadequate pain management during routine childhood immunizations: the never of it. **Clinical Therapeutics,** v.31, sup. B, p. S152-67, 2009.

TADDIO, A. et al. Reducing the pain of childhood vaccination: evidence-based clinical practice guideline (summary). **Canadian Medical Association Journal**, v.182, n.18, p.1989-95, 2010.

TADDIO, A. et al. Reducing pain during vaccine injections: clinical practice guideline. **Canadian Medical Association Journal**, v.22, n.187, p.975-82, 2015.

TAMEZ, R.N. **Enfermagem na UTI neonatal**: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TAVARES, L. **Uma declaração universal de direitos para o bebê prematuro**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

TRANQUILLI, W.J. Fisiologia da dor aguda. In: GREENE, S.A. **Segredos em anestesia veterinária e manejo da dor**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WARNOCK, F. et al. Brief report: maternal kangaroo care for neonatal pain relief: a systematic narrative review. **Journal of Pediatric Psychology**, Washington, v.35, n.9, p.975-84, 2010.

WILLIAMSON, M.Y. **Research methodology and its application to nursing**. New York: John Wiley & Sond, 1981.

# Apêndices

## APÊNDICE 1 - Roteiro

Roteiro Inicial do Vídeo: **"Com amor, sem dor"**

| Cena | VÍDEO | ÁUDIO |
|---|---|---|
| **1** | Apresentação | |
| **2** | Imagem: Família com bebê e corações<br><br>LET: **Com amor,** (aparecer primeiro) **sem dor** | Música de fundo (instrumental/sinos/piano) – deve tocar durante todo o vídeo, alterando o volume nas falas e cenas. |
| **3** | Imagem: bebê assustado e monstro da dor<br><br>LET:<br>**Bebê não sente dor** | Locução OFF<br>Por muito tempo acreditou-se que os bebês não sentiam dor. Mas hoje já se sabe que a dor é entendida no mundo todo como uma sensação e uma emoção desagradável devido algum ferimento ou algo que possa causar dor. Sabe-se ainda, que o fato de não conseguir falar que sente dor (como os recém-nascidos) não significa que não esteja sentindo, e que precise de alguma atitude ou cuidado para alívio desta dor. |
| **4** | Imagem: bebê (apenas contorno), seringa, pepel filtro, gota de sangue, frasco de soro, frasco de medicamento<br><br>LET:<br>Vacina<br>Teste do Pezinho<br>Coleta de sangue<br>Soro<br>Medicamentos | Locução OFF<br>Todos os bebês passarão por procedimentos que causam dor, como vacina e coleta do teste do pezinho. Alguns precisarão também de outros exames ou procedimentos para prevenção ou tratamento de saúde, como picada com agulha para coletar outros exames e receber soro e medicamentos. É muito importante seguir todas as recomendações para prevenção da saúde da criança. |
| **5** | Imagem:<br>5 – Livro no canto com lupa, e do livro saem as imagens: Frasco de remédio e conta-gotas (devem sumir antes de aparecer as demais imagens) | Locução OFF<br>Pensando nesse cuidado, muitas ações têm sido estudadas e desenvolvidas para ajudar esses bebês no alívio da dor. Alguns cuidados estão relacionados ao uso de remédios e soluções adocicadas que aliviam a dor, e outros podem ser ações mais naturais como amamentação, contato pele a pele, oferta do leite humano ordenhado, sucção não nutritiva, enrolamento do bebê e o toque das mãos na pele. Esses cuidados são muito importantes! Pois além de aliviar a dor do bebê, alguns deles permitem que os pais participem deste momento, oferecendo além do alívio da dor, amor e carinho ao seu bebê! |
| **6** | 6 – Amamentação, contato pele a pele, oferta do leite humano ordenhado, sucção não nutritiva, enrolamento do bebê e o toque das mãos na pele | |
| **7** | 7 – Família com bebê feliz | |
| **8** | Passa vídeo do bebê chorando e paralisa a imagem, da qual sairão setas indicando: "caretinhas", movimentos corporais, agitação, choro, aumento dos batimentos do coração e respiração mais rápida. | Locução OFF<br>Sim, o bebê sente dor! Ele apenas não sabe falar, mas sabe demonstrar! São vários sinais que você pode perceber quando ele está sentindo dor, como por exemplo: mímica facial (que são "caretinhas"), movimentos corporais, agitação, choro, aumento dos batimentos do coração e respiração mais rápida. |
| **9** | Bebê dentro do útero com raios atingindo | Locução OFF<br>Ainda dentro do útero o bebê já começa a desenvolver o seu "sistema de sentir dor". Ao nascer, este sistema ainda está em desenvolvimento, mas o bebê já é totalmente capaz de sentir, reagir e relembrar acontecimentos que causam dor. |
| **10** | Animação mensagem ao cérebro sobre dor | Locução OFF<br>Quando sentimos uma dor, o corpo manda uma "mensagem" ao cérebro dizendo que algo está nos causando dor. Assim, o cérebro envia outra "mensagem" dizendo o que temos que fazer para pararmos de sentir esta dor. Nos bebês também acontece assim, porém de uma forma mais lenta. E quanto mais prematuro ou mais novo for o bebê, mais lentamente isso acontece. É como se o bebê sentisse a dor, mas não conseguisse ter uma atitude para parar esta dor rapidamente. E na tentativa de ter uma atitude, o corpo do bebê começa a ativar "alarmes" que indicam ao cérebro dele que algo está causando dor, que são aqueles sinais |

| | | |
|---|---|---|
| | | que falamos: mímica facial (as "caretinhas"), movimentos corporais, agitação, choro, aumento dos batimentos do coração e respiração mais rápida. |
| **11** | Imagem de bebê cansado/triste<br><br>LET:<br>• Dificuldade em controlar a resposta ao estresse<br>• Sensação de dor em situações que não causam dor realmente<br>• Resposta exagerada à dor | Locução OFF<br>Quando o bebê é exposto a situações de dor e estresse por muitas vezes isso pode ter consequências ruins para ele, como dificuldade em controlar a resposta ao estresse, sensação de dor em situações que não causam dor realmente, e resposta exagerada à dor. Tudo isso pode levar o bebê a ter uma redução de energia e ter dificuldade em se recuperar daquele acontecimento doloroso ou estressante. |
| **12** | Imagem de um bebê feliz no centro e ciclo unindo as palavras:<br>Alívio da dor<br>Carinho<br>Amor | Locução OFF<br>Para evitar essas consequências, existem as medidas de alívio da dor! Vamos falar aqui sobre aquelas que envolvem os pais, para que este momento seja uma junção de alívio da dor, carinho e amor entre os pais e o bebê. |
| **13** | Imagens:<br>Amamentação<br>Contato pele a pele<br>Oferta de leite humano<br><br>LET:<br>Vamos aprender como colocar estas ações em prática! | Locução OFF<br>São três as ações importantes que os pais podem fazer com seus bebês: amamentação, contato pele a pele e oferta de leite materno ordenhado. Com exceção da amamentação, que é exclusiva para a mãe, qualquer pessoa da família pode oferecer alívio da dor do bebê com estas ações, como o pai, os avós, irmãos e tios.<br>Agora é o momento de aprender como colocar estas ações em prática! |
| **14** | Bebê mamando<br><br>LET: (Vai aparecendo a palavra conforme fala na locução OFF)<br>Natural<br>Facilmente aplicada<br>Presença da mãe<br>Direito de não sentir dor<br>Participação da família<br>Crescimento e desenvolvimento<br>Evita doenças<br>Melhora o vínculo mãe-bebê | Locução OFF<br>A amamentação é uma intervenção natural e facilmente aplicada em várias situações de dor do bebê, já que as mães normalmente estão com seus bebês na maioria dessas situações, e mesmo durante a hospitalização porque é direito do bebê ser amamentado, ter a presença da mãe ou dos pais e não sentir dor quando há meios para aliviá-la. Além de permitir a participação da família na assistência ao bebê, a amamentação materna tem também outras vantagens como promover crescimento e desenvolvimento adequado, evita doenças e melhora o vínculo mãe-bebê. |
| **15** | Imagem:<br>Bebe mamando e a mãe fazendo gesto de "afastar" a dor com a mão. | Locução OFF<br>Mamar durante o procedimento doloroso, permite que o bebê esteja em contato com a mãe, sinta seu cheiro, sinta-se protegido e confortável, e tem a fome saciada. |
| **16** | Bebê mamando<br><br>LET:<br>Bebê deve ser colocado 5 minutos antes do procedimento para mamar<br>Mamar durante o procedimento<br>Posição confortável e que favoreça o profissional a realizar o procedimento<br><br>Coleta de sangue e vacina | Locução OFF<br>Para a amamentação aliviar a dor do bebê, ele deve ser colocado para mamar no peito pelo menos 5 minutos antes do procedimento doloroso, e deve continuar mamando durante todo o procedimento. É importante que a mãe e o bebê estejam em posição confortável, mas que ao mesmo tempo favoreça o profissional de saúde a realizar o procedimento sem interromper a amamentação. Esta ação é muito eficaz durante procedimentos como coleta do teste do pezinho por punção de calcâneo, coleta de sangue para exames por punção na veia ou artéria e aplicação de vacinas. |
| **17** | CENA DO BEBÊ COLETANDO SANGUE E MAMANDO | Musica de fundo |
| **18** | Bebê de boca aberta recebendo leite por uma seringa<br><br>LET:<br>Leite materno<br>Diretamente na boca do bebê<br>2 a 5 ml<br>2 minutos antes do procedimento | Locução OFF<br>Quando o bebê não pode mamar no peito, a oferta do leite materno é uma boa estratégia de alívio da dor durante um procedimento doloroso. O leite materno pode ser oferecido diretamente na boca do bebê com seringa ou conta-gotas. Deve ser oferecido de 2 a 5ml de leite humano, 2 minutos antes do procedimento doloroso. |
| **19** | Bebê sugando dedo enluvado<br><br>LET:<br>Mais potente<br>Reflexo natural<br>Conforto e acalma | Locução OFF<br>A oferta do leite materno pode ser combinada com a sucção não nutritiva para se tornar mais potente. A sucção é um reflexo natural do recém-nascido, que promove conforto e acalma o bebê. Assim, a sucção não nutritiva que consiste em oferecer uma chupeta ou dedo enluvado para o bebê sugar, pode ser uma boa aliada no alívio da dor do bebê. |

| | | |
|---|---|---|
| **20** | Imagem:<br>Bebê feliz/satisfeito sugando "dedo com luva" recebendo "gotinhas de leite" por uma seringa | Locução OFF<br>O leite materno tem substâncias naturais que aliviam a dor do bebê, e a sucção não nutritiva faz com que o corpo do bebê também produza substâncias naturais, como a serotonina, que ajudam no alívio da dor, além de ajudar o bebê a se acalmar e se organizar após o procedimento doloroso! |
| **21** | CENA BEBÊ COLETANDO SANGUE COM OFERTA DE LEITE MATERNO E SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA | Música de fundo |
| **22** | Bebê em canguru com a mãe<br><br>LET:<br>Diminui respostas fisiológicas<br>Reduz respostas de comportamento de dor<br><br>Coleta de sangue, remédios na veia e vacina | Locução OFF<br>O contato pele a pele também é um excelente método para alívio da dor aguda do bebê. Ele é capaz de reduzir as respostas fisiológicas e comportamentais de dor, e é indicado para alívio da dor em procedimentos como picada com agulha para coletar sangue para o teste do pezinho ou outros exames, e receber soro, medicamentos ou vacinas. |
| **23** | Bebê em canguru com o pai<br><br>LET:<br>Qualquer familiar<br>Contato direto pele a pele<br>3 minutos antes do procedimento<br>Deve ficar na posição durante e após o procedimento | Locução OFF<br>O contato pele a pele se inicia com o toque até que o bebê seja colocado na posição canguru, na qual ele fica na posição vertical junto ao peito dos pais ou de outros familiares, em contato direto da pele do bebê com a pele da pessoa que está oferecendo este cuidado. O bebê deve ser colocado no contato pele a pele no mínimo 3 minutos antes de iniciar o procedimento doloroso, e deve ser mantido nesta posição durante e após o procedimento. |
| **24** | Imagem: Bebe em contato pele a pele com o pai, e o pai fazendo gesto de "afastar" a dor com a mão. | Locução OFF<br>O contato pele a pele faz com que o bebê se sinta tranquilo, calmo e seguro! E assim sente menos dor durante os procedimentos dolorosos! |
| **25** | CENA BEBÊ COLETANDO SANGUE EM CONTATO PELE A PELE | Música de fundo |
| **26** | Sinal de "+" no centro com as imagens e textos ao redor:<br>Contenção facilitada<br>Enrolamento<br>Toque com as mãos | Locução OFF<br>Algumas outras estratégias complementares podem ser associadas para melhorar o alívio da dor, como a contenção facilitada, o enrolamento e o toque com as mãos. |
| **27** | Bebê à frente com familiares atrás (mãe, pai, irmão, irmã, avó, avó) com escudo (tipo Capitão América)<br>Palavra dor com cara triste<br><br>LET:<br>Família | Locução OFF<br>A participação da família nos cuidados com o recém-nascido é muito importante! Nos momentos em que procedimentos dolorosos são necessários para prevenir ou tratar doenças, a presença dos pais é fundamental e pode tornar mais fácil para o bebê passar por este momento. No caso de bebês prematuros ou que necessitam de cuidados especiais ao nascer, a presença da família junto ao recém-nascido é importante e ajuda o bebê a melhorar e passar pelo período de hospitalização. |
| **28** | Bebê feliz/piscando segurando uma placa dizendo: Ajude a proteger os bebês! | Locução OFF<br>Portanto, agora que você sabe o que fazer para ajudar seu bebê a enfrentar momentos de dor, coloque em prática! Pergunte à equipe de saúde como você pode ajudar mais! Ensine a sua família e outros pais! Ajude a proteger os bebês! |

## APÊNDICE 2

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DE IMAGEM E VOZ

Pelo presente instrumento autorizo a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), CNPJ: 63025590/0027-43, a registrar minha imagem e voz, assim como de meu(minha) filho(a), menor de 18 anos, por meio de filmagem e/ou gravação, no vídeo educativo, produto da pesquisa a que tem como foco o desenvolvimento e a avaliação de um vídeo educativo sobre os cuidados para o alívio da dor em recém-nascidos com a participação dos pais, sob a responsabilidade de pesquisadoras da EERP/USP, Mestranda Ariadne Pinheiro Nazario, sob orientação da Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi.

Tenho ciência que poderei manifestar os desconfortos e constrangimentos decorrentes da participação na pesquisa diretamente à coordenadora do projeto, a professora Carmen Gracinda Silvan Scochi, através do telefone (16) 3315-3411. Caso ocorra algum dano decorrente da minha participação na pesquisa, poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV.3-h da Resolução CNS 466/12). Poderei retirar minha participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso me traga qualquer prejuízo e/ou ao meu bebê.

Estou informado de que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá despesa financeira. Minha participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade dos meus dados. O benefício do estudo será para contribuir na educação e orientação dos pais para participarem do cuidado de seus bebês durante os procedimentos dolorosos. Minha imagem e/ou voz, e de meu(minha) filho(a), serão armazenadas em mídias de DVD, sendo que os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos, mídia, publicações em revistas científicas e similares. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar, poderei ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, posso ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis através do telefone (16) 99147-1364 ou pelos e-mails ariadnenazario@hotmail.com ou carmenscochi@gmail.com e

também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (16) 3602-3386, cujo funcionamento é em dias úteis das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue a mim e outra será arquivada com as pesquisadoras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (CAAE 58757216.1.000.5393) que tem a finalidade de garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Reconheço a importância de minha participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Carmen Gracinda Silvan Scochi**<br>Pesquisadora orientadora<br>Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP<br>Contato: (16) 3315-3411 | **Ariadne Pinheiro Nazario**<br>Pesquisadora<br>Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP<br><br>Contato: (16) 99147-1364 |

Eu _____ autorizo o uso da minha imagem e voz, assim como de meu(minha) filho(a), menor de 18 anos, e aceito participar da pesquisa: **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para inserção da família no alívio da dor aguda do bebê**.

Ribeirão Preto, _____ de _____de 2017.

_____

Participante da pesquisa

# APÊNDICE 3

## CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES
## Enfermagem

**Com a finalidade de caracterizar a experiência profissional dos peritos participantes solicitamos que respondam o questionário abaixo:**

Nome (iniciais): _____

Idade: _____ anos

Local(is) de trabalho: _____ Cidade/Estado: _____/___

Tempo de experiência profissional na área: _____ anos

**Titulação acadêmica:**

( ) graduação Ano de conclusão:_____
( ) especialização
( ) mestrado
( ) doutorado

A pesquisa desenvolvida em algum desses cursos é relacionada ao manejo da dor do recém-nascido ou desenvolvimento de tecnologias educativas?
( ) não ( ) sim. Se sim, qual (titulação): _____
Título da pesquisa: _____

**Você possui algum trabalho científico abordando o tema de manejo de dor no recém-nascido?**

( ) artigo(s) em periódico(s)/revista(s)
( ) trabalho(s) em evento(s) científico(s)
( ) projeto(s) de pesquisa
( ) orientação trabalho conclusão de curso/iniciação científica/dissertação/tese
( ) outros. Especifique: _____

**Você possui algum trabalho científico abordando o desenvolvimento de tecnologias educativas na área da enfermagem?**

( ) artigo(s) em periódico(s)/revista(s)
( ) trabalho(s) em eventos científicos
( ) projeto de pesquisa
( ) orientação trabalho conclusão de curso/iniciação científica/ dissertação/tese
( ) outros. Especifique: _____

**Você atua ou já atuou com recém-nascidos?**

( ) não ( ) sim. Se sim, por quanto tempo? _____anos
( ) pesquisa ( ) ensino ( ) assistencial ( ) outra. Qual? _____

**Você atua ou já atuou com gestantes de risco?**

( ) não ( ) sim. Se sim, por quanto tempo? _____anos
( ) pesquisa ( ) ensino ( ) assistencial ( ) outra. Qual? _____

# APÊNDICE 4

## CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES
## Audiovisual

**Com a finalidade de caracterizar a experiência profissional dos peritos participantes solicitamos que respondam o questionário abaixo:**

Nome (iniciais): _____

Idade: _____ anos

Local(is) de trabalho: _____ Cidade/Estado: _____/___

Tempo de experiência profissional na área: _____ anos

**Titulação acadêmica:**

( ) graduação Área: _____
Ano de conclusão:_____
( ) especialização Área: _____
( ) mestrado Área: _____
( ) doutorado Área: _____

A pesquisa de algum desses cursos é relacionada ao desenvolvimento de vídeos educativos?
( ) não ( ) sim. Se sim, qual (titulação): _____

Título da pesquisa: _____

**Você atua no desenvolvimento/edição de vídeos?**
( ) não ( ) sim. Se sim, especifique tipo e tempo de atuação:
( ) assistência ( ) ensino ( ) pesquisa

**Você possui algum trabalho científico sobre desenvolvimento de vídeo?**
( ) artigo(s) em periódico(s)/revista(s)
( ) trabalho(s) em evento(s) científico(s)
( ) projeto de pesquisa
( ) orientação trabalho conclusão de curso/iniciação científica/ dissertação/tese
( ) outros. Especifique: _____

# APÊNDICE 5

## IMPRESSÃO GERAL
## Enfermagem e Audiovisual

| CRITÉRIOS | DISCORDO FORTEMENTE | DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO FORTEMENTE | NÃO SEI | OBERVAÇÕES/ SUGESTÕES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. A apresentação do conteúdo do vídeo favorece o aprendizado na temática. | | | | | | |
| 2. As animações ajudam no aprendizado da temática. | | | | | | |
| 3. O uso de imagens reais ajuda no aprendizado da temática. | | | | | | |
| 4. O vídeo educativo tem indicação de uso como ferramenta educacional. | | | | | | |
| 5. Recomendo o vídeo educativo para o ensino de pais e gestantes. | | | | | | |
| 6. Você gostaria de mudar alguma coisa no vídeo educativo? ( ) Não ( ) Sim | (Se sim, o quê?) | | | | | |
| 7. Você gostaria de incluir alguma coisa no vídeo educativo? ( ) Não ( ) Sim | (Se sim, o quê?) | | | | | |

Adaptado de: GÓES, F. S. N. **Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo.** Ribeirão Preto, 2010. 188f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

# APÊNDICE 6

## AVALIAÇÃO DE CONTEÚDO
## Enfermagem

| CRITÉRIOS | DISCORDO FORTEMENTE | DISCORDO | CONCORDO | CONCORDO FORTEMENTE | NÃO SEI | OBERVAÇÕES/ SUGESTÕES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Os objetivos do vídeo educativo estão claramente definidos. | | | | | | |
| 2. O vídeo educativo tem coerência com os objetivos a que se propõe. | | | | | | |
| 3. Conteúdo é atualizado. | | | | | | |
| 4. Conteúdo é coerente com o público-alvo. | | | | | | |
| 5. As informações são claras e concisas. | | | | | | |
| 6. As informações são suficientes para os usuários. | | | | | | |
| 7. Conteúdo apresenta organização lógica. | | | | | | |
| 8. O vídeo educativo simula bem a realidade. | | | | | | |
| 9. Textos de fácil leitura. | | | | | | |
| 10. Apresentação do conteúdo cativa a atenção dos usuários. | | | | | | |
| 11. Apresentação de figuras é relevante para a informação incluída no texto. | | | | | | |
| 12. Apresentação de imagens é | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| relevante para a informação incluída no texto. | | | | | | |
| 13. Apresentação de cenas é relevante para a informação incluída no texto. | | | | | | |
| 14. Apresentação de sons é relevante para a informação incluída no texto. | | | | | | |
| 15. Uso correto da gramática. | | | | | | |
| 16. O vídeo educativo estimula a aprendizagem. | | | | | | |
| 17. O vídeo educativo permite o aprendizado baseado em experiência prévia do usuário. | | | | | | |
| 18. O vídeo educativo facilita a retenção de conteúdo na memória do espectador. | | | | | | |

Adaptado de: GÓES, F.S.N. **Desenvolvimento e avaliação de objeto virtual de aprendizagem interativo sobre o raciocínio diagnóstico em enfermagem aplicado ao recém-nascido pré-termo**. Ribeirão Preto, 2010. 188 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

## APÊNDICE 7

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
**Peritos em Audiovisual e Enfermagem**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como foco o desenvolvimento e a avaliação de um vídeo educativo sobre os cuidados para o alívio da dor em recém-nascidos com a participação dos pais, sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, Mestranda Ariadne Pinheiro Nazario, sob orientação da Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi.

O vídeo tem como objetivo orientar os pais a respeito dos cuidados que podem ser realizados com o bebê recém-nascido para alívio da dor durante procedimentos dolorosos. Caso concorde, após assistir o vídeo, sua participação será por meio do preenchimento de instrumentos que avaliam a impressão geral e o conteúdo do vídeo educativo, assim como sua caracterização enquanto avaliador. Você receberá uma cópia do vídeo e poderá assisti-lo quantas vezes forem necessárias para responder aos questionários. O prazo para devolução dos questionários preenchidos será acordado com a pesquisadora no momento da entrega dos mesmos.

Caso queira, o(a) Sr(a) poderá manifestar os desconfortos e constrangimentos decorrentes da participação na pesquisa diretamente à coordenadora do projeto, a professora Carmen Gracinda Silvan Scochi, através do telefone (16) 3315-3411. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV.3-h da Resolução CNS 466/12). O(A) Sr(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá despesa financeira. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade dos participantes. O benefício do estudo será para contribuir na educação e orientação dos pais para participarem do cuidado de seus bebês durante os procedimentos dolorosos. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos, mídia, publicações em revistas científicas e similares. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) Sr(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis através do telefone (16) 99147-1364 ou pelos e-mails ariadnenazario@hotmail.com ou carmenscochi@gmail.com e também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (16) 3315-3386, cujo funcionamento é em dias úteis das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) Sr(a) e outra será arquivada com as pesquisadoras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (CAAE nº 58757216.1.0000.5393) que tem a finalidade garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Carmen Gracinda Silvan Scochi**<br>Pesquisadora orientadora<br>Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP<br>Contato: (16) 3315-3411 | **Ariadne Pinheiro Nazario**<br>Pesquisadora<br>Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP<br><br>Contato: (16) 99147-1364 |

Eu _____ aceito participar da pesquisa: **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**

Ribeirão Preto, _____ de _____de 2017.

_____
Participante da pesquisa

## APÊNDICE 8

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pais de bebês internados na UTIN/UCIN e gestantes**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que tem como foco o desenvolvimento e a avaliação de um vídeo educativo sobre os cuidados para o alívio da dor em recém-nascidos com a participação dos pais, sob a responsabilidade de pesquisadoras da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP, Mestranda Ariadne Pinheiro Nazario, sob orientação da Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi.

O vídeo tem como objetivo orientar os pais a respeito dos cuidados que podem ser realizados com o bebê recém-nascido para alívio da dor durante procedimentos dolorosos. Caso concorde, após assistir o vídeo, sua participação será por meio de entrevista, que será no local de espera do ambulatório de gestantes ou da unidade de internação do seu bebê (UTIN/UCIN), logo após assistir o vídeo ou no momento em que se sentir à vontade para se expressar livremente. Essa entrevista será analisada pelas pesquisadoras com intuito de avaliar a qualidade e a utilidade das informações fornecidas no vídeo. O tempo estimado da entrevista será de 10 a 15 minutos e será norteada por um roteiro previamente elaborado com questões sobre sua caracterização e de seu bebê, e suas percepções sobre o vídeo.

Caso sinta algum desconforto durante a entrevista, pedimos que fale diretamente para a pesquisadora que interromperá a entrevista, pedirá desculpas pelo ocorrido e perguntará ao(a) Sr(a) sobre alguma forma de amenizar ou aliviar tal desconforto. Assim que o(a) Sr(a) estiver se sentindo melhor, a pesquisadora perguntará sobre o interesse de continuar com a entrevista, se deseja continuar em outro momento ou se deseja suspender sua participação na pesquisa. Caso queira, o(a) Sr(a) também poderá manifestar os desconfortos e constrangimentos decorrentes da participação na pesquisa diretamente à coordenadora do projeto, a professora Carmen Gracinda Silvan Scochi, através do telefone (16) 3315-3411. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa poderá haver indenização conforme as leis vigentes no país, por parte do pesquisador, do patrocinador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa (Item IV.3-h da Resolução CNS 466/12). O(A) Sr(a) poderá retirar sua participação no estudo a qualquer momento, caso julgue necessário, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo e/ou ao seu bebê.

Se o(a) Sr(a) aceitar o convite para participar da pesquisa, esclarecemos que não está previsto pagamento por esta participação, também não haverá despesa

financeira. Sua participação é voluntária, com garantias de sigilo, privacidade e confidencialidade dos entrevistados. O benefício do estudo será para contribuir na educação e orientação dos pais para participarem do cuidado de seus bebês durante os procedimentos dolorosos. Os resultados do estudo serão divulgados em eventos científicos, mídia, publicações em revistas científicas e similares. Os resultados da pesquisa também serão divulgados para os participantes do estudo e sempre que desejar o(a) Sr(a) poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Caso tenha qualquer dúvida, a qualquer momento, o(a) Sr(a) poderá ser esclarecido(a) diretamente com as pesquisadoras responsáveis através do telefone (16) 99147-1364 ou pelos e-mails ariadnenazario@hotmail.com ou carmenscochi@gmail.com e também pelo telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP (16) 3315-3386, cujo funcionamento é em dias úteis das 8h às 17h. Caso concorde em participar, uma via original assinada deste termo de consentimento será entregue ao(a) Sr(a) e outra será arquivada com as pesquisadoras. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP (CAAE nº 58757216.1.0000.5393) que tem a finalidade garantir o respeito aos participantes da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, através de manifestação expressa, livre e esclarecida. Agradecemos sua colaboração e ressaltamos a importância de sua participação nesta pesquisa para produção de conhecimento em saúde.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| **Carmen Gracinda Silvan Scochi** | **Ariadne Pinheiro Nazario** |
| Pesquisadora orientadora | Pesquisadora |
| Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP | Mestranda do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP |
| Contato: (16) 3315-3411 | Contato: (16) 99147-1364 |

Eu _____ aceito participar da pesquisa: **Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê.**

Ribeirão Preto, _____ de _____de 2017.

| | |
|---|---|
| _____ | _____ |
| Participante da pesquisa | Responsável pelo participante adolescente |

**APÊNDICE 9**

**QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO VÍDEO EDUCATIVO**

**Pais de bebês internados na UTIN/UCIN e gestantes**

Entrevista nº _____ | Data: ___/___/____ | Local: ( )UTIN/UCIN ( )Amb

## Parte 1 – CARACTERIZAÇÃO

Nome: _____

| | |
|---|---|
| Idade: _____ anos | Ocupação: _____ |
| Escolaridade: _____ | Procedência: _____ |
| ( ) mãe ( ) pai<br>( ) outro:_____ | Número de filhos (incluindo este): ( )1<br>( )2 ( )3 ( ) outro: _____ |

## Pais de UTIN/UCIN

| | |
|---|---|
| Data de nascimento do bebê: ___/___/____ | Sexo: ( )fem ( )masc ( )indef. |
| Idade Gestacional ao nascimento: ____s____d | Peso ao nascimento: _____ g |
| Dias de internação: _____ | |
| Já fez contato pele a pele: | ( ) sim, _____ vezes ( ) não |
| Se sim, foi durante algum procedimento doloroso: | ( ) sim, qual:_____ ( ) não |
| Já amamentou este bebê: | ( ) sim, _____ vezes ( ) não |
| Se sim, foi durante algum procedimento doloroso: | ( ) sim, qual:_____ ( ) não |
| Já presenciou algum procedimento doloroso com o seu bebê: | ( ) sim, qual: _____<br>( ) não |

Como você se sentiu? _____

## Entrevistado no ambulatório de gestantes

Data provável do parto: _____/_____/_____

Motivo do acompanhamento de risco: _____

Você imagina que seu bebê passará por algum procedimento doloroso após o nascimento? Qual(is)? _____

## Parte 2 – PERCEPÇÃO E AVALIAÇÃO DO VÍDEO

De forma geral, o que você achou do vídeo?

( ) ruim ( ) regular ( ) bom ( ) muito bom ( ) excelente

Você indicaria/recomendaria este vídeo para outras gestantes/mães/pais?

( ) sim ( ) não Por quê?

_____

_____

_____

Você acha que o vídeo poderá te ajudar a participar no cuidado da dor do seu bebê?

( ) sim ( ) não Se sim, explique como? _____

Qual sua opinião sobre os cuidados ensinados no vídeo?

_____

_____

_____

Você gostaria de realizá-los?

( ) sim ( ) não Por quê? _____

Em qual(is) momento(s) da vida do seu bebê você acha que poderia aplicar os cuidados mostrados no vídeo?

_____

_____

_____

De 0 a 10, qual nota você daria para o vídeo? _____

Sugestões para aprimorá-lo/melhorá-lo (linguagem, som, imagens/filmagens, textos, etc.):

_____

_____

_____

# Anexos

## Anexo 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

USP - RIBEIRÃO
assistência - ensino - pesquisa

Plataforma Brasil

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê

**Pesquisador:** ARIADNE PINHEIRO NAZARIO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58757216.1.3001.5440

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.697.431

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Recomendações:**

não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP do HCFMRP-USP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.697.431

Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas coresponsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764274.pdf | 15/08/2016 19:32:27 | | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_Depto_GO_HCFMRP.pdf | 15/08/2016 19:32:02 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_CEP_Ariadne_Nazario.pdf | 15/08/2016 19:31:17 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Responsavel_por_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_menores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:30:52 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Assentimento_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_menores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:29:54 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Peritos_em_audiovisual_e_enfermagem.pdf | 15/08/2016 19:28:43 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_maiores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:28:23 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764274.pdf | 10/08/2016 11:10:34 | | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_EERP.pdf | 10/08/2016 11:07:30 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_Depto_Pediatria_HCFMRP.pdf | 10/08/2016 11:06:51 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_Detalhado.pdf | 10/08/2016 11:05:05 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_de_Atividades_da_Pesquisa.pdf | 10/08/2016 11:04:40 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Outros | Oficio_de_Encaminhamento.pdf | 10/08/2016 | ARIADNE PINHEIRO | Aceito |

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.897.431

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outros | Oficio_de_Encaminhamento.pdf | 11:03:21 | NAZARIO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Digitalizada.pdf | 10/08/2016 10:14:46 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

RIBEIRAO PRETO, 26 de Agosto de 2016

**Assinado por:**
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**
**(Coordenador)**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

## Anexo 2 – Anuência do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP**
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 3602-2583 - Fax (016) 3602-1524

Ribeirão Preto, 11 de agosto de 2016.

Ilma. Sra. Profa. Dra.
***Carmen Gracinda Silvan Scochi***

Prezada Pesquisadora,

O projeto intitulado ***"Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê"***, protocolado sob nº 86/2016, de sua autoria, foi avaliado pelo Setor de Obstetrícia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia e o parecer do setor é favorável ao desenvolvimento do mesmo.

Atenciosamente,

***Prof. Dr. Ricardo de Carvalho Cavalli***
Presidente da Comissão de Pesquisa do

**FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO-USP**
**DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA**
Av. Bandeirantes, 3900 - 8º andar - Ribeirão Preto-SP - CEP 14049- 900
Fone (016) 3602-2583 - Fax (016) 3602-1524

**PARECER 86/2016**

O Setor de Gestação de Alto Risco do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP concorda com a execução do projeto em epígrafe nos Ambulatórios de Gestação de Alto Risco. O Prof. Geraldo Duarte será o responsável pela interface da pós-graduanda com o Departamento de GO. O início do projeto estará liberado assim que obtiver a aprovação dos Comitês de Ética das Instituições envolvidas.

Prof. Dr. Geraldo Duarte

Relator

## Anexo 3 – Anuência Departamento de Pediatria

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem
Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3302 - 55 16 3602.3301 - Fax: 55 16 3602.0618
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Eu, **Profa. Dra. Marisa Márcia Mussi**, chefe do departamento de Puericultura e Pediatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, **autorizo** a coleta de dados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal, do projeto de pesquisa intitulado "Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê", a ser desenvolvido pela aluna de Mestrado do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ariadne Pinheiro Nazario, sob orientação da Profª Drª Carmen Gracinda Silvan Scochi, após aprovação do referido projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

**Ribeirão Preto, 30 de Junho de 2016.**

**Profª Drª Marisa Márcia Mussi**
Chefe do Departamento de Puericultura e Pediatria do HCFMRP-USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**PROJETO DE PESQUISA**

**Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê**

**Mestranda: Ariadne Pinheiro Nazario**

**Orientadora:**Profª. Drª. Carmen Gracinda Silvan Scochi

**Linha de Pesquisa:** Assistência à Criança e ao Adolescente

Ao Prof. Simon
p/ manifestar
29/6/2016

De acordo
autorizo desenvolvimento
do estudo nas Unidades
neonatais
30/06/16

**Ribeirão Preto**

**2016**

Profa. Dra. Marisa Márcia Mussi
Chefe do Departamento
de Puericultura e Pediatria
FMRP-USP

Prof. Dr. José Simon Camelo Jr.
Pediatria e Neonatologia
CRM 51911 FMRP/USP

## Anexo 4 – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFRP-USP

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

USP - RIBEIRÃO

PlataForma Brasil

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**Elaborado pela Instituição Coparticipante**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento e avaliação de vídeo educativo para sensibilização e educação da família sobre o alívio da dor aguda do bebê

**Pesquisador:** ARIADNE PINHEIRO NAZARIO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 58757216.1.3001.5440

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.697.431

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Objetivo da Pesquisa:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

**Recomendações:**

não se aplica.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O CEP do HCFMRP-USP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.697.431

Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas coresponsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|---|---|---|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764274.pdf | 15/08/2016 19:32:27 | | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_Depto_GO_HCFMRP.pdf | 15/08/2016 19:32:02 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_CEP_Ariadne_Nazario.pdf | 15/08/2016 19:31:17 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Responsavel_por_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_menores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:30:52 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | Termo_Assentimento_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_menores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:29:54 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Peritos_em_audiovisual_e_enfermagem.pdf | 15/08/2016 19:28:43 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_Pais_UTIN_UCIN_e_gestantes_maiores_de_18_anos.pdf | 15/08/2016 19:28:23 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764274.pdf | 10/08/2016 11:10:34 | | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_EERP.pdf | 10/08/2016 11:07:30 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Outros | Autorizacao_Coleta_Dados_Depto_Pediatria_HCFMRP.pdf | 10/08/2016 11:06:51 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Orçamento | Orcamento_Detalhado.pdf | 10/08/2016 11:05:05 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Cronograma | Cronograma_de_Atividades_da_Pesquisa.pdf | 10/08/2016 11:04:40 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |
| Outros | Oficio_de_Encaminhamento.pdf | 10/08/2016 | ARIADNE PINHEIRO | Aceito |

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br

HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA USP -

Continuação do Parecer: 1.697.431

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Outros | Oficio_de_Encaminhamento.pdf | 11:03:21 | NAZARIO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Digitalizada.pdf | 10/08/2016 10:14:46 | ARIADNE PINHEIRO NAZARIO | Aceito |

**Situação do Parecer:**
Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**
Não

RIBEIRAO PRETO, 26 de Agosto de 2016

**Assinado por:**
**MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA**
**(Coordenador)**

**Endereço:** CAMPUS UNIVERSITÁRIO
**Bairro:** MONTE ALEGRE **CEP:** 14.048-900
**UF:** SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
**Telefone:** (16)3602-2228 **Fax:** (16)3633-1144 **E-mail:** cep@hcrp.usp.br