



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROBERTA TOGNOLLO BOROTTA UEMA

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL
DO ENFERMEIRO**

MARINGÁ
2015

ROBERTA TOGNOLLO BOROTTA UEMA

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL
DO ENFERMEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: O cuidado à saúde nos diferentes ciclos da vida

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ieda Harumi Higarashi

MARINGÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

U18m	<p>Uema, Roberta Tognollo Borotta Manejo não farmacológico da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: considerações sobre a prática assistencial do enfermeiro / Roberta Tognollo Barotta Uema. - - Maringá, 2015. 90 f. : il., figs., tab. quadro.</p> <p>Orientadora: Profa. Dra. Ieda Harumi Higarashi. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2015.</p> <p>1. Dor pediátrica. 2. Fisipatologia da dor. 3. Neonatologia. 4. Cuidado Intensivo Neonatal. I. Higarashi, Ieda Harumi, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.</p> <p>CDD 21. ed. 616.0472</p>
------	--

ROBERTA TOGNOLLO BOROTTA UEMA

**MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA NEONATAL: CONSIDERAÇÕES SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL
DO ENFERMEIRO**

Aprovado em: ____ de _____ de 2015

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Ieda Harumi Higarashi (Orientadora)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof.^a Dr.^a Luciana Mara Monti Fonseca (titular)
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP)

Prof.^a Dr.^a Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic (titular)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof.^a Dr.^a Amélia Fumiko Kimura (suplente)
Universidade de São Paulo (USP)

Prof.^a Dr.^a Maria das Neves Decesaro (suplente)
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Dedico este trabalho à minha família amada, que espelha cuidado, amor e carinho. Ao meu esposo, Fábio, parceiro de vida e que tanto me apoia. A todos os bebês internados em unidade de terapia intensiva neonatal que lutam para sobreviver todos os dias.

AGRADECIMENTOS

Hoje o dia amanheceu mais bonito. Hoje é o dia que **Deus** preparou na minha vida para que eu alcançasse mais esta vitória, e a Ele que me concedeu o dom da vida, eu sou grata todos os dias. Impossível percorrer essa trajetória sozinha, portanto aproveito o momento para agradecer a todos que percorreram esse caminho comigo.

Agradeço primeiramente à minha **família**, em especial **meus pais e minha irmã** que me apoiaram, me fortaleceram e sempre torceram por mim. Agradeço pela criação, pelas oportunidades, ensinamentos, incentivos, amor e apoio incondicional ao longo de toda minha vida e principalmente nesta jornada.

Ao meu amor, **Fábio**, pelo companheirismo, serenidade, por me acalmar nos momentos difíceis e por estar sempre ao meu lado. São dez anos juntos, nos quais namoramos, noivamos e nos casamos, e hoje você comemora esta conquista comigo.

Agradeço especialmente à minha orientadora, **Prof.^a Dr.^a Ieda Harumi Higarashi**. Obrigada por me acolher na sua família científica, por acreditar em mim, por me ajudar a crescer pessoal e profissionalmente. Por doar seu tempo, seu coração e seu conhecimento na minha pesquisa. Agradeço pelas trocas e por poder compartilhar essa caminhada com você. Não poderia ter uma orientadora melhor para alcançar esse objetivo comigo. Foi um prazer ser sua filha científica.

Obrigada à **Prof.^a Dr.^a Maria das Neves Decesaro**, por ter me mostrado o caminho da pesquisa científica ainda na graduação, por me oferecer oportunidades de projetos e por aceitar participar deste trabalho. Obrigada por confiar em mim. Sou grata em ter sido sua aluna e ter convivido com você.

À **Prof.^a Dr.^a Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic**, por aceitar participar da banca de uma pesquisa que foge totalmente às suas propostas. Obrigada pela disponibilidade e pelos ensinamentos.

À **Prof.^a Dr.^a Luciana Mara Monti Fonseca**, por aceitar participar da banca desta pesquisa. Obrigada por ter me recebido tão bem, pela ajuda na construção deste trabalho e pelas suas valiosas contribuições.

À **Prof.^a Dr.^a Edilaine Giovanini Rosseto, Prof.^a Dr.^a Sarah Nancy Deggau Hegeto de Souza e Prof.^a Dr.^a Adriana Valongo Zani**, por acreditarem e confiarem em mim para fazer parte do time de residentes da UEL 2012-2014. Obrigada por auxiliar no desenvolvimento da minha autonomia enquanto enfermeira, por me ensinar a melhor maneira de cuidar dos bebês e por fazer com que a neonatologia fosse ainda mais apaixonante.

Aos professores do curso do **mestrado em enfermagem**; cada um conseguiu contribuir de forma única e juntos possibilitaram que meu percurso acadêmico fosse mais completo e proveitoso.

À **turma do mestrado**, pela parceira, momentos de aprendizagem, trocas, conquistas e angústias compartilhadas. Em especial, agradeço às amigas, **Michele e Célia**, pelo apoio incondicional, carinho e união. Duas pessoas extremamente especiais e com um coração enorme. Espero que nossa amizade seja por toda a vida, sou muito feliz por tê-las comigo.

Às amigas **Talita Balamnut e Ana Paula Amâncio Neves**, pela parceria na residência, por estarem sempre presentes na minha vida, mesmo de longe. A distância nos separa, mas o coração não. Tenho orgulho de ser amiga de duas enfermeiras neonatologistas tão competentes como vocês.

À acadêmica do curso de graduação em enfermagem, **Rosimara Queiroz**, por me ajudar na coleta de dados, sempre querida e com um sorriso no rosto. Sem você eu não sei como teria sido. Obrigada Ro.

À secretária do mestrado, **Cristiane de Azevedo Druciak**, sempre disposta a ajudar com toda a sua gentileza e carinho.

Aos **enfermeiros das unidades de terapia intensiva neonatal** por disponibilizarem seu tempo para conversar comigo e expor seu ponto de vista sobre o cuidado prestado aos bebês.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)**, pela concessão da bolsa e apoio financeiro, concedendo um ano de bolsa de estudos, permitindo-me dedicar-me exclusivamente ao mestrado.

Por fim, obrigada a **todos** aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a realização desta conquista. É impossível nomear todos que participaram e colaboraram neste percurso. Acredito que Deus cuida de nós de diversas maneiras aqui na Terra e uma delas é nos cercando de pessoas especiais e que nos ajudam das maneiras mais diversas. E por isso, eu sou eternamente grata.



“É preciso coragem para ser diferente e muita competência para fazer a diferença”.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta. **Manejo não farmacológico da dor em unidade de terapia intensiva neonatal**: considerações sobre a prática assistencial do enfermeiro. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Maringá. Orientadora: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2015.

RESUMO

A hospitalização no período neonatal é algo cada vez mais frequente nos dias atuais. O nascimento de bebês prematuros contribui para longos períodos de internação com consequente aumento de situações estressoras e de procedimentos dolorosos, que quando não são executados de maneira adequada e com o mínimo cuidado necessário, acarretam consequências que irão repercutir de maneira significativa no desenvolvimento futuro desse bebê. Pensando na importância do cuidado e da presença do profissional enfermeiro, por ser líder da equipe de enfermagem, e por estar mais próximo desse recém-nascido hospitalizado, a presente questão de pesquisa que nos conduziu ao desenvolvimento deste estudo foi ‘Como os enfermeiros definem a dor?’ ‘Como ocorrem as práticas de manejo da dor no cotidiano da assistência?’ ‘Quais fatores interferem para o sucesso das estratégias de alívio do desconforto?’ Procurando sanar minhas dúvidas internas e profissionais, busco, com esta pesquisa, desvelar a concepção dos enfermeiros acerca da dor em neonatologia, descrever quais as principais estratégias utilizadas para mensuração, controle e prevenção da dor, e levantar fortalezas e fragilidades do contexto assistencial para a implementação de protocolos para o manejo da dor. Portanto, objetivei neste estudo desvelar a prática assistencial de enfermeiros no manejo da dor em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa. Foram entrevistados 12 enfermeiros que atuam em duas unidades neonatais distintas, de dois municípios do noroeste do Paraná. A fim de complementar os dados qualitativos, também foi realizado um período de observação não participante de ambas as unidades, cuja duração foi de 45 dias, e contemplou todos os turnos de trabalho, nos horários de maior atividade intervencionista. Associado à contabilização dos procedimentos, uma escala de dor foi aplicada durante a intervenção dolorosa, para quantificar o escore de dor para classificá-la em dor mínima, moderada ou intensa. A análise dos relatos foi realizada baseada na análise temática de conteúdo de Bardin, e os participantes foram codificados com a letra E de entrevista, seguida do número arábico da sequência em que foram realizadas as entrevistas. Os dados numéricos foram apresentados em frequência absoluta e relativa. A realização da pesquisa foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética Permanente em Pesquisa com Seres Humanos (Copep-UEM) da Universidade Estadual de Maringá, sob parecer 919.268. Da apreciação dos resultados, construíram-se dois manuscritos: “Manejo da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: como estamos fazendo?” e “Procedimentos realizados em unidade de terapia intensiva neonatal: subsídios para melhoria da assistência”. O primeiro evidenciou as seguintes categorias temáticas: Processo de avaliação da dor; Registro da dor: onde e como é realizado; Estratégias de alívio da dor do RN; e Consequências da dor no desenvolvimento do bebê internado em UTIN. O segundo manuscrito, de cunho descritivo e observacional, possibilitou acompanhar 118 procedimentos dolorosos, sendo que apenas 34 deles receberam intervenções de alívio. Conclui-se que a lacuna existente entre teoria e prática ainda persiste, e repercute de maneira negativa na assistência prestada. Infelizmente diminuir a quantidade de procedimentos que o neonato hospitalizado recebe é algo difícil e distante, tamanha quantidade de prematuros extremos que ocupam os leitos de UTIN. Portanto, é preciso trabalhar estratégias de implementação de bundles de manejo da dor, dando ênfase às medidas

não farmacológicas e que são cientificamente comprovadas como eficazes no alívio do desconforto.

Palavras-chave: Dor; Enfermagem; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Neonatologia; Cuidados de enfermagem.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta. **Non-pharmacological pain management in a neonatal intensive care unit: Assistance practice by nurses.** 90 f. Dissertation (Master's in Nursing) – State University of Maringá. Supervisor: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2015.

ABSTRACT

Hospitalization during the neonatal period is increasingly common nowadays. The birth of premature babies contributes towards long hospitalization periods with consequent increase in stress situations and painful procedures. When not executed properly and with minimal care, their consequences will reverberate significantly in the future development of the baby. Analyzing the importance of care and the presence of professional nurses, the nursing team leaders, and due to their closeness to the hospitalized newborn, current research deals with the following questions: How do nurses define pain? How is pain managed in day-to-day care? What factors contribute towards the success of strategies in the relief of pain? So that professional doubts may be solved, current research demonstrates nurses' ideas on pain in neonatology, describes the main strategies to assess, control and prevent pain, and brings forth strengths and weaknesses within the care context for the implementation of protocols for pain management. Current investigation probes into healthcare practice of nurses in pain management in neonatal intensive care units (NICU). The descriptive, exploratory, qualitative approach comprised interviews with 12 nurses working in two different neonatal units, in two municipalities in the northwestern region of the state of Paraná, Brazil. Supplementation of qualitative data included a 45-day non-participating observation period of the two units, included all shifts, during the greatest interventionist activity period. Coupled to normal procedures, a pain scale was applied during painful interventions to quantify the pain scores for classification in minimal, moderate and severe pain. Analysis of reports was based on Bardin's thematic analysis contents. Participants were coded with letter E (interview), followed by the Arabic numeral of the sequence in which they were held. Numerical data were given in absolute and relative frequency. Research was approved by the Standing Committee in Ethics on Human Research (COPEP-UEM) of the State University of Maringá (Protocol 919,268). The assessment of results foregrounded two manuscripts: "Management of pain in neonatal intensive care unit: how are we doing?" and "Procedures in a neonatal intensive care unit: Guidelines for care improvement." The first article showed the following thematic categories: Pain assessment process; Pain record: where and how it is done; Relief strategies for pain experienced by RB; Consequences of pain in the development of the baby admitted to the NICU. The second manuscript, featuring a descriptive and observational report, registers the monitoring of 118 painful procedures, with only 34 comprising any relief interventions. Results show that the gap between theory and practice still persists and affects negatively the care provided. Decrease in the amount of procedures that the hospitalized newborn babies receive is difficult due to the great number premature infants who occupy the NICUs. Implementation strategies for pain management bundles should be undertaken, emphasizing non-pharmacological measures which are also scientifically effective in pain relief.

Keywords: Pain; Nursing; Intensive care units, neonatal; Neonatology; Nursing care.

UEMA, Roberta Tognollo Borotta. **Manejo no farmacológico del dolor en unidad de terapia intensiva neonatal**: consideraciones sobre la práctica asistencial del enfermero. 90 h. Disertación (Maestría en Enfermería) – Universidad Estadual de Maringá. Líder: Ieda Harumi Higarashi. Maringá, 2015.

RESUMEN

La hospitalización en el período neonatal es algo cada vez más frecuente en los días actuales. El nacimiento de bebés prematuros contribuye para largos períodos de internación con consecuente aumento de situaciones estresantes y de procedimientos dolorosos, que cuando no son ejecutados de manera adecuada y con el mínimo cuidado necesario, envuelven consecuencias que repercutirán de manera significativa en el desarrollo futuro de ese bebé. Pensando en la importancia del cuidado y de la presencia del profesional enfermero, por ser líder del equipo de enfermería, y por estar más cercano de ese recién-nacido hospitalizado, la presente cuestión de investigación que nos condujo al desarrollo de este estudio fue: ¿Cómo los enfermeros definen el dolor? ¿Cómo ocurren las prácticas de manejo del dolor en el cotidiano de la asistencia? ¿Cuáles factores interfieren para el éxito de las estrategias de alivio del incómodo? Procurando sanar mis dudas internas y profesionales, busco, con esta investigación, desvelar la concepción de los enfermeros acerca del dolor en neonatología, describir cuáles las principales estrategias utilizadas para evaluación, control y prevención del dolor, y levantar los puntos fuertes y frágiles del contexto asistencial para la implementación de protocolos para el manejo del dolor. Por lo tanto, se tuvo por objetivo en este estudio: analizar la práctica asistencial de enfermeros en el manejo del dolor en unidad de terapia intensiva neonatal (UTIN). Se trata de una investigación descriptiva, exploratoria, de abordaje cualitativa, en la cual se entrevistaron 12 enfermeros que actúan en dos unidades neonatales distintas, de dos municipios del noroeste de Paraná. Para complementar los datos cualitativos, también se realizó un período de observación no participante de ambas unidades, cuya duración fue de 45 días, y contempló todos los turnos de trabajo, en los horarios de más actividad intervencionista. Asociado a la contabilización de los procedimientos, una escala de dolor fue aplicada durante la intervención dolorosa, con la finalidad de cuantificar el score de dolor para clasificarla en dolor mínima, moderada o intensa. El análisis de los relatos se realizó basada en el análisis temática de contenido de Bardin, y los participantes fueron codificados con la letra E de entrevista, seguida del número arábico de la secuencia en que fueron realizadas. Los datos numéricos fueron presentados en frecuencia absoluta y relativa. La realización de la investigación fue previamente aprobada por el Comité de Ética Permanente en Pesquisa con Seres Humanos (COPEP-UEM) de la Universidad Estadual de Maringá, bajo parecer 919.268. De la apreciación de los resultados, se construyeron dos manuscritos: “Manejo del dolor en unidad de terapia intensiva neonatal: ¿cómo estamos haciendo?” y “Procedimientos realizados en unidad de terapia intensiva neonatal: subsidios para mejora de la asistencia”. El primer evidenció las siguientes categorías temáticas: Proceso de evaluación del dolor; Registro del dolor: donde y como es realizado; Estrategias de alivio del dolor del RN; y Consecuencias del dolor en el desarrollo del bebé internado en UTIN. El segundo manuscrito, de cuño descriptivo y observacional, posibilitó acompañar 118 procedimientos dolorosos, siendo que apenas 34 de ellos recibieron intervenciones de alivio. Se concluyó que la laguna existente entre teoría y práctica aún persiste, y repercute de manera negativa en la asistencia prestada. Infelizmente disminuir la cantidad de procedimientos que el neonato hospitalizado recibe es algo difícil y distante, tamaño cantidad de prematuros extremos que ocupan las camas de UTIN. Por eso es necesario trabajar estrategias de

implementación de bundles de manejo del dolor, dando énfasis a las medidas no farmacológicas y que son científicamente comprobadas como eficaces en el alivio del incómodo.

Palabras clave: Dolor; Enfermería; Unidades de cuidado intensivo neonatal; Neonatología; Cuidados de enfermería.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação é uma pesquisa qualitativa, cujo objetivo foi desvelar a prática assistencial de enfermeiros no manejo da dor em unidade de terapia intensiva neonatal. Para tanto, foram entrevistados 12 enfermeiros que atuam em duas unidades neonatais distintas, somado a um período de observação não participante de 45 dias, nos diferentes turnos de trabalho de ambas as unidades. O estudo está estruturado nas seguintes seções: “Introdução”, “Revisão de Literatura”, “Metodologia”, “Resultados”, “Considerações acerca do estudo”, “Implicações do estudo para o ensino, a pesquisa e a prática da enfermagem”, e “Referências”.

Os resultados foram apresentados sob a forma de dois manuscritos científicos, sendo eles:

Manuscrito 1 – MANEJO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: COMO ESTAMOS FAZENDO?

Manuscrito 2 – PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: SUBSÍDIOS PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Escala COMFORT	27
Figura 2	Escala NIPS	28
Figura 3	Escala NFCS	28
Figura 4	Escala CRIES	29
Figura 5	Escala PIPP	30

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Medidas de alívio por procedimento	61
----------	--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Procedimentos observados e seus respectivos escores de dor	61
----------	--	----

LISTA DE SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
Copep	Comitê de Ética Permanente em Pesquisa com Seres Humanos
CPAP	Continous Positive Airway Pressure
CRIES	Avaliação da Dor Pós Operatória do Recém-nascido
CVC	Cateter Venoso Central
FDA	Food and Drug Administration
NFCS	Neonatal Facial Coding System
NIH	National Institute of Health
NIPS	Neonatal Infant Pain Scale
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
PIPP	Premature Infant Pain Profile
RN	Recém-nascido
RNPT	Recém-nascido prematuro
SOG	Sonda orogástrica
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEM	Universidade Estadual de Maringá
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA	19
1.2	JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	21
1.3	OBJETIVOS DO ESTUDO	22
2	REVISÃO DE LITERATURA	23
2.1	FISIOLOGIA DA DOR DO RN	23
2.2	REPERCUSSÕES DA DOR NO DESENVOLVIMENTO DO RN	24
2.3	ESTÍMULOS DOLOROSOS ESTUDADOS NO NEONATO	25
2.4	ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR	26
2.5	ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DO BEBÊ	30
2.6	ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR	32
3	METODOLOGIA	36
3.1	TIPO DE ESTUDO	36
3.2	ETAPAS DA PESQUISA	37
3.3	CENÁRIOS DO ESTUDO	37
3.4	COLETA DE DADOS	38
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	40
3.6	ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	40
4	RESULTADOS	42
4.1	MANUSCRITO 1	42
4.2	MANUSCRITO 2	55
5	CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO	69
6	IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM	71
	REFERÊNCIAS	73
	APÊNDICES	80
	ANEXOS	85

1 INTRODUÇÃO

1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Meu amor pela neonatologia teve início no ano de 2010 no último estágio da graduação em enfermagem. Nunca tinha entrado em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e nem cuidado de bebês tão pequenos, mas foi nesse momento que percebi que havia sido fisgada por essa especialidade. No ano seguinte fiquei três meses em um setor hospitalar e várias pessoas queriam a UTIN, fui para sorteio e infelizmente não consegui ficar ali, acabei indo para a maternidade, área que também gosto e onde poderia manter contato com as gestantes e seus bebês.

Em 2011 já havia decidido que prestaria residência em Enfermagem Neonatal e que realmente queria seguir nesse caminho. Para mim, a residência seria uma transição mais suave entre dormir estudante e acordar enfermeira, sem necessariamente estar sozinha nesse mundo profissional e ainda assim poder estudar e me aperfeiçoar naquilo que gosto. Fui fazer a prova um pouco ansiosa, pois sabia que eram apenas quatro vagas para 27 concorrentes. Não fui tão bem como queria, mas passei para a segunda fase, a entrevista.

Lembro que nesse dia eu passei um sufoco! Meu pai me levou para Londrina de carro e a entrevista era às 8h30min. Saímos de Maringá bem cedinho, mas estava chovendo muito e no trajeto temi que não desse tempo devido ao trânsito. Meu pai me deixou na frente do Hospital Universitário e eu desci correndo na chuva, de salto, subi uns três ou quatro andares de escada (O Centro de Ciências da Saúde é um anexo do hospital) e parei na porta da sala da entrevista. Nesse momento eu pensei “tanto sufoco e tanta correria vai ter que valer pra alguma coisa, agora eu tenho que passar”.

Sai da entrevista confiante, mas sabendo que havia candidatas muito boas comigo. Acho que o dia do resultado foi um dos dias mais felizes da minha vida! Quando eu olhei o edital e vi meu nome aprovado em primeiro lugar eu nem acreditava. Tenho esse edital salvo no meu computador até hoje. Depois disso me mudei para Londrina.

Convivi com pessoas incríveis como a Talita e a Ana Paula, também residentes de neonatologia e que foram as irmãs que a vida me deu e que amam os bebês e esse universo assim como eu. Tive ótimas docentes, Sarah, Edilaine e Adriana que me escolheram entre

27 pessoas para estar ali, me ensinaram com muita dedicação e ajudaram a construir a profissional que sou hoje. Lígia e Valéria, enfermeiras da UTIN, que lutam todos os dias para melhorar a vidinha dos bebês que estão ali internados.

Quando eu terminei a residência tinha a sensação de que conseguiria aguentar qualquer outra situação que acontecesse na minha vida. Foram 5.760 h vividas intensamente e que despertaram a vontade de ensinar e passar adiante tudo que havia aprendido. Decidi que queria seguir carreira docente e entrar no mestrado. Sempre quis voltar para a Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Fiquei extremamente feliz quando o resultado saiu e vi que havia passado. Lembro que eu estava de plantão e muita gente que estava lá comemorou comigo. Era a oportunidade de continuar estudando e crescendo tanto pessoal como profissionalmente. Com a ajuda da Prof^a Ieda escolhemos um tema que a meu ver é muito pertinente, pois está presente não só dentro das UTIN, mas também na maioria dos ambientes hospitalares: dor.

Em 2015 trabalhei por cinco meses em uma UTIN da região e presenciei inúmeros procedimentos feitos sem analgesia e medida de alívio. Atualmente trabalho no berçário de um hospital privado e continuo presenciando essas situações. Coleta de exames laboratoriais e punções periféricas executadas sem contenção, sem sucção não nutritiva, sem glicose e com um bebê que não chora, mas grita. Já questionei e já levei bronca, mas continuo tentando e quando eu faço, faço diferente.

Eu entendo a necessidade dos procedimentos e sei como o longo período de internação que esses bebês passam é difícil, repleto de situações dolorosas e que podem repercutir, em longo prazo, no seu desenvolvimento. Se já sabemos que ocorre dessa forma, porque continuamos prestando assistência de maneira subjetiva? Se posso afirmar que o bebê está taquipneico por apresentar frequência respiratória acima de 60 mrpm, porque não digo que ele está com dor, por apresentar escore de dor elevado segundo a escala adequada para tal determinação? Porque os profissionais continuam realizando avaliações subjetivas quando já existem subsídios que qualifiquem a avaliação e, conseqüentemente, melhorem o plano de cuidados a ser executado?

Penso que infelizmente, ainda existe uma lacuna entre aquilo que aprendemos na teoria e o que se executa na prática e isso me incomoda muito! Avançamos tanto na tecnologia, temos respiradores e incubadoras cada vez mais modernas, porém ainda fazemos algumas coisas de maneira arcaica e esse comportamento se reproduz simplesmente porque sempre foi feito assim. Não importa se você tem cinco punções e dez

exames para colher, o bebê não tem culpa disso. Não tem culpa da sua pressa, não merece passar por esse sofrimento e não precisa receber uma assistência prestada no modo automático.

O conhecimento traz a autonomia, e eu espero que esse trabalho consiga despertar um pouquinho dessa inquietação que existe em mim nos outros profissionais, principalmente os da enfermagem. Somos nós que cuidamos, nós que permanecemos ao lado da incubadora e do berço aquecido 24 h por dia e, portanto, cabe a nós fazermos a diferença.

1.2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

Para identificar e proporcionar alívio da dor e conforto ao recém-nascido (RN) internado em UTIN é preciso sensibilização não apenas de um profissional, mas de toda a equipe, para que estes atuem em conjunto de modo que a assistência prestada a essa clientela seja a melhor e o menos desconfortante possível. Pensando que estamos cuidando de um bebê em desenvolvimento, com um cérebro ainda desorganizado e que precisa vencer batalhas diárias, proporcionar alívio e mantê-lo com o mínimo de agentes estressores não é apenas mais uma tarefa, uma rotina a ser executada, mas um dever que o profissional tem, pensando sempre na melhoria da qualidade da assistência.

Muitas vezes o método não farmacológico é suficiente para proporcionar conforto ao bebê, não necessitando de estratégias complexas ou de medicamentos que podem causar alterações em longo prazo, como a dependência no caso dos opiáceos. Entretanto, é preciso despertar esse olhar sensível dentro da equipe, uma vez que esses bebês dependem única e exclusivamente de nós para se sentirem melhor.

O reconhecimento acerca da importância do manejo adequado da dor no contexto da assistência neonatal impõe a necessidade de se conhecer a instituição, suas rotinas e as demandas dos profissionais que atuam diretamente na assistência neonatal, para a partir deste diagnóstico inicial, propor capacitações com objetivo de conscientizar a equipe acerca do tema, a implantação e aplicação de escalas para avaliação da dor, bem como protocolos para alívio da mesma. Destacamos os profissionais de enfermagem dentro da equipe, como sendo aqueles que, em função de estarem diretamente relacionados ao

cuidado do RN, tem papel essencial no processo de identificação, avaliação, notificação e tomada de providências para o controle da dor.

1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO

a. **Objetivo geral**

- ✓ Desvelar a prática assistencial de enfermeiros no manejo da dor em UTIN.

b. **Objetivos específicos**

- ✓ Explorar a concepção dos enfermeiros acerca da dor em neonatologia e sobre o papel da equipe no adequado manejo da dor no contexto assistencial.
- ✓ Descrever estratégias não farmacológicas utilizadas pelos profissionais da UTIN para a mensuração, controle e prevenção da dor durante a realização dos procedimentos dolorosos.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FISIOLOGIA DA DOR DO RN

O RN internado em UTIN, especialmente aquele nascido prematuro (RNPT), apresenta fisiologia única e por reagir de maneira inusitada, até hoje provoca mudanças nas práticas de cuidado dentro do ambiente hospitalar (LIMA; CARMO, 2010).

Até pouco tempo se acreditava que o RNPT era incapaz de sentir dor pela imaturidade do sistema nervoso central. Tal pensamento perdurou por décadas, até que pesquisadores dos Estados Unidos e Europa estabeleceram que as estruturas anatômicas e neuroquímicas eram muito bem desenvolvidas nessa população (BADR, 2013).

Os substratos anatômicos e neuroendócrinos estão presentes desde o início da vida fetal até o nascimento e evolução do organismo para a vida extrauterina, sendo assim, os componentes necessários à percepção/transmissão da dor iniciam sua formação intraútero e se completam nos primeiros meses de vida extrauterina. A transmissão da sensação dolorosa nos RN se faz por meio de fibras amielínicas ou pouco mielinizadas, contrariando o argumento de que ele não transmitiria a dor por falta de mielina nas fibras. A transmissão ocorre de maneira mais lenta, porém compensada pelas distâncias menores a serem percorridas pelo impulso (ROSSETO; SOUZA, 2005).

Fisiologicamente, a dor ocorre após uma lesão tecidual de origem física, química ou térmica que desencadeia uma resposta inflamatória, a qual resulta na liberação de substâncias como prostaglandina, cininas e outras, que estimulam as terminações nervosas livres presentes no sistema nervoso periférico. Tais substâncias excitam os receptores nociceptivos, gerando potencial de ação e despolarizando a membrana neuronal. Esse impulso elétrico é conduzido pelas fibras nervosas ao corno posterior da medula e a informação dolorosa é encaminhada para a região do tronco cerebral, tálamo, sistema límbico e áreas corticais. Essa ampla representação da dor em áreas corticais e subcorticais resulta na interpretação completa do fenômeno doloroso nos seus domínios sensitivo-discriminativo, afetivo-motivacional e cognitivo-avaliativo (ROSSETO; SOUZA, 2005).

O sistema supressor de dor é composto por neurotransmissores como endorfinas, encefalinas, serotonina, entre outros. A ativação do sistema supressor de dor aumenta a síntese

desses neurotransmissores que, pelos tratos descendentes, se projetam na substância cinzenta da medula espinhal e, pelos tratos ascendentes, para estruturas encefálicas supratentoriais, inibindo os componentes do sistema nociceptivo. A dor advém, portanto, do desequilíbrio entre o sistema nociceptivo e o supressor da dor (ROSSETO; SOUZA, 2005).

2.2 REPERCUSSÕES DA DOR NO DESENVOLVIMENTO DO RN

O controle efetivo da dor neonatal e do estresse causado pela mesma é um dos desafios mais persistentes nesse contexto. O estímulo nocivo e o tempo em que o bebê permanece exposto ao procedimento doloroso causam experiências que repercutem em longo prazo no desenvolvimento desta criança (LIMA; CARMO, 2010).

O período perinatal está associado com uma sensibilidade à dor aumentada, mediada por mecanismos periféricos e centrais imaturos no sistema de dor, que está em desenvolvimento (ANAND, 2000). As alterações de desenvolvimento ocorrem em sua maior parte no último trimestre do desenvolvimento fetal humano, período que coincide com o desenvolvimento das conexões espinotalâmicas e talamocorticais, as quais seguem o padrão geral dos mecanismos excitatórios maduros antes da maturação dos mecanismos inibitórios. Durante esses períodos, a transmissão supraespinal dos impulsos de dor é facilitada, enquanto que a modulação destes impulsos é rudimentar (ANAND; SCALZO, 2000).

As respostas fetais do estresse aos procedimentos invasivos são encontradas na 23ª semana de idade gestacional, e na 24ª semana todas as estruturas neurológicas necessárias para a nocicepção estão desenvolvidas. As situações de estresse e dor em RNPT induzem a um aumento na frequência cardíaca e na pressão arterial, queda na saturação de oxigênio, aumento na pressão intracraniana e transpiração plantar (STORM, 2001).

O estímulo doloroso agudo no RN desencadeia uma resposta global de estresse, incluindo alterações cardiovasculares, respiratórias, imunológicas, hormonais e comportamentais. As respostas fisiológicas são acompanhadas de reações endócrino-metabólicas com liberação de hormônios como a adrenalina e cortisol, e também podem gerar hiperglicemia, aumentar o catabolismo proteico lipídico e interferir diretamente na homeostase do RNPT que já é, por si só, precária (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

No RNPT, o desenvolvimento cerebral continua durante seu período de internação em UTIN, e coincide com a fase de organização cerebral, a qual tem um pico a partir dos seis meses de gestação prolongando-se por vários anos e estabelece a maior parte dos circuitos do cérebro humano, preparando-o para seu desenvolvimento final, que é a mielinização. Esse é um período crítico para o desenvolvimento cerebral, fato que talvez fundamente os estudos que demonstram desvios psíquicos e biocomportamentais na infância e vida adulta. Dessa forma, os cuidados para se evitar dor e estresse no RN na UTIN devem ser vistos como cuidados cerebrais (BRASIL, 2001).

Estudos realizados em relação às respostas ao estímulo doloroso observado em RN mostram que a dor em repetição ou prolongada por causar alterações no desenvolvimento neurocomportamental e cognitivo em médio e longo prazo. No período neonatal, a plasticidade cerebral é mais acentuada e já é comprovado que a capacidade de aprendizagem no adulto pode ser estimulada ou inibida de acordo com as experiências neonatais. Mesmo que os estímulos não sejam recordados de maneira consciente, existe um registro biológico (memória implícita), no qual se sugere que a exposição a estímulos dolorosos pode acarretar em uma sensibilidade aumentada à dor (DITZ; MALLOY-DINIZ, 2006).

Algumas investigações correlacionam experiências ruins no período perinatal e neonatal como fator predisponente ao surgimento das psicopatologias no adulto, problemas de desenvolvimento emocional na infância, problemas de interação social e familiar, sensibilidade aumentada e crônica à dor (DITZ; MALLOY-DINIZ, 2006).

2.3 ESTÍMULOS DOLOROSOS ESTUDADOS NO NEONATO

É difícil estabelecer apenas um parâmetro para avaliação da dor nos neonatos hospitalizados, pois conforme definição da Associação Internacional para o Estudo da Dor, esta é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual real ou potencial, ou ainda descrita em termos de tal dano (LAGO et al., 2013).

Estudos ao redor do mundo já tentaram verificar a quantidade de procedimentos dolorosos a que os RN são submetidos durante a internação. Na Suíça, por exemplo, foi contabilizado um total de 238 procedimentos dolorosos por bebê em um período de duas

semanas, sendo que a faixa etária mais acometida é aquela de menor idade gestacional (BADR, 2013).

Alencar (2010) traz que um RNPT pode receber de 50 a 150 procedimentos potencialmente dolorosos por dia e que os bebês com peso menor de 1.000 g sofram aproximadamente 500 intervenções ou mais durante seu período de internação.

Em 1987, foi reconhecida pela Academia Americana de Pediatria (AAP) a importância da analgesia e anestesia para neonatos submetidos a procedimentos dolorosos e, em 2000, essa mesma instituição e a Sociedade Canadense de Pediatria recomendaram o uso de escalas de dor validadas e de terapêutica farmacológica e não farmacológica para prevenir, reduzir ou eliminar a dor. Em fevereiro de 2003, o Food and Drug Administration (FDA) e o National Institute of Health (NIH) designaram um grupo de especialistas para verificar os conhecimentos dos profissionais sobre dor neonatal, denominado de Neonatal Pain-Control Group (ALENCAR, 2010).

O grupo se reúne periodicamente para avaliar ensaios clínicos, publicações, aspectos éticos das pesquisas, falhas no conhecimento e necessidade de futuras pesquisas, desenvolvendo manuscritos sobre o manejo da dor associado a procedimentos invasivos, sedação e analgesia durante a ventilação mecânica e diminuição da dor e da resposta ao estresse durante e após a cirurgia em recém-nascidos (ALENCAR, 2010).

De acordo com o artigo VI da Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro (TAVARES, 2008/2009):

Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada por meio dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana.

2.4 ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

No manejo da dor é necessário estar atento para evitar o excesso de analgesia e a consequente iatrogenia, o que remete à necessidade de se recorrer a escalas que incluam parâmetros fisiológicos e comportamentais, lembrando que estes podem ser influenciados por diversos fatores como a idade gestacional e a gravidade da patologia. Além disso, nos RNPT o

comportamento é imaturo, o choro tem duração menor e as frequências são mais elevadas. Até o momento, nenhuma escala foi eleita como “padrão ouro”, sugerindo que cada unidade procure se adaptar àquela que lhe pareça ser mais adequada e conveniente (SILVA; SILVA, 2010).

Uma revisão sistemática realizada conseguiu encontrar 28 escalas que são adequadas para avaliação da dor do RN, que incluem parâmetros comportamentais e fisiológicos, e são separadas por idade gestacional e estado de saúde do bebê, pois algumas são específicas para neonatos em ventilação mecânica (SILVA; SILVA, 2010).

A escala COMFORT (Figura 1) é utilizada para avaliar o grau de sedação de bebês que foram submetidos à intubação orotraqueal. Consideram-se oito itens de desconforto fisiológico e ambiental, e o escore menor que 17 indica sedação excessiva, escore entre 17 e 26 afirma sedação adequada e maiores que 26 indicam sedação insuficiente (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Figura 1 – Escala COMFORT.

Característica	Avaliar	Pontos
Estado de vigília	Muito sonolento	1
	Levemente sonolento	2
	Acordado	3
	Completamente acordado e alerta	4
	Hiperalerta	5
Agitação	Calmo	1
	Levemente ansioso	2
	Ansioso	3
	Muito ansioso	4
	Pânico	5
Resposta respiratória	Sem tosse	1
	Respiração espontânea com pouca resposta à ventilação	2
	Tosse ocasional com pouca resistência ao ventilador	3
	Respiração ativa contra o ventilador	4
	Competindo muito com o ventilador e com tosse	5
Movimentos físicos	Sem movimentos	1
	Leves movimentos ocasionais	2
	Leves movimentos freqüentes	3
	Movimentos vigorosos limitados às extremidades	4
	Movimentos vigorosos inclusive do dorso e cabeça	5
Pressão arterial (média)	Abaixo do basal	1
	Normal	2
	Aumentos raros de 15% do basal	3
	Aumentos freqüentes de 15% do basal	4
	Aumentos sustentados acima de 15% do basal	5
Frequência cardíaca	Abaixo do basal	1
	Normal	2
	Aumentos raros de 15% do basal	3
	Aumentos freqüentes de 15% do basal	4
	Aumentos sustentados acima de 15% do basal	5
Tônus muscular	Músculos totalmente relaxados	1
	Tônus muscular reduzido	2
	Tônus muscular normal	3
	Aumento do tônus muscular e flexão dos dedos	4
	Rigidez muscular extrema e flexão dos dedos	5
Tônus facial	Músculos faciais totalmente relaxados	1
	Músculos faciais normais	2
	Tensão evidente de alguns músculos faciais	3
	Tensão facial evidente	4
	Músculos faciais contorcidos	5

Sedação excessiva 8-16; sedação adequada 17-26; sedação insuficiente 27-40.

Fonte: Silva et al. (2007).

A escala Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) (Figura 2) foi criada em 1993 e é composta por seis indicadores de dor, sendo cinco comportamentais e um fisiológico. Pode ser utilizada tanto em bebês a termo, como em prematuros e ajuda a diferenciar estímulos dolorosos de não dolorosos. As avaliações devem ser realizadas em intervalos de 1 min antes, durante e após o procedimento. Os principais parâmetros avaliados são expressão facial, choro, padrão respiratório, movimentação de braços e pernas e estado de consciência. Deve ser utilizada em conjunto com o estado geral do RN e o ambiente em que ele está. O escore pode variar de 0 a 7, sendo 0 = sem dor; 1 e 2 = dor fraca; 3 a 5 = dor moderada; e 6 a 7 = dor forte (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Figura 2 – Escala NIPS.

NIPS	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Expressão facial	Relaxada	Contraída	-
Choro	Ausente	Resmungos	Vigoroso
Respiração	Relaxada	Diferente do basal	-
Braços	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Pernas	Relaxados	Fletidos/estendidos	-
Estado de consciência	Dormindo/calmo	Desconfortável	-

Pontuação máxima de 7 pontos, considerando dor ≥ 4 .
NIPS – Neonatal Infant Pain Scale.

Fonte: Silva et al. (2007).

A escala Neonatal Facial Coding System (NFCS – Figura 3) utiliza a atividade facial do RN para avaliação da dor, pode ser aplicada em bebês prematuros e a termo, por meio de oito parâmetros: testa franzida, fenda palpebral comprida, sulco nasolabial aprofundado, boca aberta, boca estirada na vertical ou horizontal, língua tensa, protrusão da língua e tremor de queixo. Cada movimento presente recebe uma pontuação, sendo o escore máximo, igual a 8. É considerada indicativa de dor quando três ou mais movimentos faciais aparecem, durante a avaliação (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Figura 3 – Escala NFCS.

Movimento facial	0 ponto	1 ponto
Fronte saliente	Ausente	Presente
Fenda palpebral estreitada	Ausente	Presente
Sulco nasolabial aprofundado	Ausente	Presente
Boca aberta	Ausente	Presente
Boca estirada (horizontal ou vertical)	Ausente	Presente
Língua tensa	Ausente	Presente
Protrusão da língua	Ausente	Presente
Tremor de queixo	Ausente	Presente

Pontuação máxima de 8 pontos, considerando dor ≥ 3 .
NFCS – Neonatal Facial Coding System.

Fonte: Silva et al. (2007).

A escala CRIES (Crying/Requires increased oxygen administration/Increased vital signs/Expression/Sleeplessness – Figura 4), cuja tradução é Avaliação da Dor Pós-Operatória do Recém-Nascido, é indicada para avaliação da dor do RN em pós-operatório, e utiliza cinco parâmetros fisiológicos e comportamentais, sendo o escore máximo igual a 10. Baseia-se no choro, necessidade de oxigênio para manter saturação acima de 90%, aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, expressão facial e ausência de sono. Os indicadores devem ser avaliados a cada 2, nas primeiras 24 h de vida, após o estímulo doloroso, e a cada 4 h, após um ou dois dias. Escore igual ou maior que cinco é considerado indicativo de dor, sendo necessária a administração de analgésico (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Figura 4 – Escala CRIES.

Avallar	0 ponto	1 ponto	2 pontos
Choro	Ausente	Alta tonalidade	Inconsolável
SpO ₂ > 95%	0,21	0,21 a 0,30	> 0,30
FC e/ou PA (comparar com o pré-operatório)	Sem aumento	Aumento de até 20%	≥ 20%
Expressão facial	Relaxada	Careta esporádica	Contraída
Sono	Normal	Intervalos curtos	Ausente

Se a pontuação for igual ou maior que 5 deve ser administrada medicação para alívio da dor. A escala deve ser aplicada a cada duas horas nas primeiras 24 horas após o procedimento doloroso e depois a cada quatro horas por pelo menos 48 horas.
FC – frequência cardíaca; PA – pressão arterial.

Fonte: Silva et al. (2007).

Em relação à investigação ou pesquisa clínica, cita-se a escala Premature Pain Infant Profile (PIPP – Figura 5), pois esta inclui parâmetros comportamentais e fisiológicos e pode ser aplicada tanto em prematuros como em bebês a termo (SILVA; SILVA, 2010). A escala é composta por sete parâmetros, incluindo idade gestacional, estado de vigília, frequência cardíaca, saturação de oxigênio e expressão facial. Cada indicador recebe pontuações entre 0 e 3, e independente da idade gestacional, valores iguais ou menores que 6 indicam ausência de dor ou dor mínima, e valores iguais ou maiores que 12 indicam presença de dor moderada ou intensa (FREITAS; PEREIRA; OLIVEIRA, 2012).

Figura 5 – Escala PIPP.

Indicadores	0	1	2	3
IG em semanas	≥ 36 semanas	32 a 35 semanas e 6 dias	28 a 31 semanas e 6 dias	< 28 semanas
Observar o RN por 15 s				
Estado de alerta	Ativo Acordado Olhos abertos Movimentos faciais presentes	Quieto Acordado Olhos abertos Sem mímica facial	Ativo Dormindo Olhos fechados Movimentos faciais presentes	Quieto Dormindo Olhos fechados Sem mímica facial
Anotar FC e SpO ₂				
FC máxima	↑ 0 a 4 bpm	↑ 5 a 14 bpm	↑ 15 a 24 bpm	↑ ≥ 25 bpm
Sat. mínima	↓ 0% a 2,4%	↓ 2,5% a 4,9%	↓ 5% a 7,4%	↓ ≥ 7,5%
Observar RN por 30 s				
Testa franzida	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Olhos espremidos	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo
Sulco naso-labial	Ausente	Mínimo	Moderado	Máximo

Define-se como ausente 0% a 9% do tempo de observação, com a alteração comportamental pesquisada; mínimo, 10% a 39% do tempo; moderado, 40% a 69% do tempo e máximo com mais de 70% do tempo de observação. Nessa escala a pontuação varia de 0 a 21 pontos. Escores menores ou iguais a 6 indicam ausência de dor ou dor mínima; escores superiores a 12 indicam presença de dor moderada a intensa. IG – Idade Gestacional. RN – recém-nascido.

Fonte: Silva et al. (2007).

2.5 ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DO BEBÊ

Apesar das evidências demonstrarem a importância do manejo e alívio da dor, ainda há instituições que não mensuram e não utilizam estratégias efetivas para minimizar o desconforto. A prática é tão frequente que já foi levantada a seguinte questão: ‘Porque é tão doloroso aplicar protocolos para alívio da dor em UTIN (SCHERMAN et al., 2014)?’.

Outro problema que ocorre durante a avaliação da dor, é que os procedimentos dolorosos apresentam escores diferentes de prioridade de alívio entre os próprios profissionais e entre instituições diferentes. Por exemplo, podemos dizer que a colocação adequada de uma pronga nasal de CPAP causa menos dor no neonato do que uma punção venosa periférica (BADR, 2013).

Estudo realizado por Rocha et al. (2013) demonstraram que ainda há enfermeiras não muito sensibilizadas e pouco comprometidas com a importância do uso de instrumentos para mensuração da dor. Supõe-se que isso aconteça pelo fato de não serem realizados treinamentos periódicos para a aplicação das escalas, o que contribui para a dificuldade de adesão e conscientização dos profissionais que atuam diretamente no cuidado desse bebê.

Roofthoof et al. (2014) concluíram que em oito anos houve redução mínima na quantidade de procedimentos dolorosos aos quais os bebês são submetidos e que é difícil fazer com que este número diminua ainda mais. Os autores referem que somente

enfermeiros e médicos experientes e enfermeiros neonatologistas devem ser autorizados a realizar procedimentos em prematuros extremos logo após o nascimento, e que o manejo da dor e o sofrimento dentro da UTIN se tornaram uma questão fundamental, sendo o foco da atenção à assistência individualizada.

A busca por ambientes mais saudáveis dentro da UTIN somado à formação do enfermeiro visando um cuidado neonatal mais eficaz auxilia a propiciar para os bebês uma atenção que visa não somente a sobrevivência, mas também focando em olhar de maneira abrangente à realidade da assistência atual. O excesso de procedimentos juntamente com o excesso de ruído, luminosidade e manipulação, aumenta o estresse e trazem danos ao desenvolvimento desses bebês, situação de alerta e que indica a necessidade de atenção adequada e ao desenvolvimento de ações e estudos nessa área (CASTRO et al., 2015).

A crescente verificação de que o alívio da dor é uma necessidade dentro na UTIN levou à criação de diversos protocolos para o manejo e alívio da mesma. Os manuais em sua grande maioria são divididos em intervenções farmacológicas e não farmacológicas. As medidas mais frequentes nessa última categoria objetivam minimizar o estresse durante o evento doloroso, e incluem a sucção não nutritiva, administração de soluções adocicadas e contato pele a pele (SCHERMAN et al., 2014).

A criação de um protocolo de cuidados auxilia na padronização de estratégias no manejo da dor e do desconforto do RN, em que manejo conceitua-se como gerenciamento ou plano de ação, o que contribui para a assistência qualificada, diminui a dor e, conseqüentemente, repercute em menor número de sequelas. O primeiro passo envolve a identificação precisa da presença da mesma e o objetivo do manejo é a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e a duração da dor, com conseqüente melhora da recuperação e reorganização do bebê (MOTTA; CUNHA, 2015; TAMEZ, 2013).

É recomendado que o RN esteja no estado comportamental adequado, ou seja, em uma posição confortável e organizada e que, durante a realização do procedimento, o profissional deva estar atento às respostas do bebê para avaliar a necessidade de outra medida não farmacológica ou de outras intervenções (CRUZ et al., 2015).

O primeiro passo para o manejo adequado da dor no período neonatal é a identificação precisa da sua presença e o objetivo do manejo é a utilização de intervenções que minimizem a intensidade e a duração da dor, com conseqüente melhora da recuperação e reorganização do bebê. A forma mais efetiva de reduzir a dor é diminuindo o número de

procedimentos, fato que pode se iniciar com a diminuição de interrupções do sono do neonato (MOTTA; CUNHA, 2015; TAMEZ, 2013).

Ainda não há um consenso sobre o agrupamento de procedimentos, no que diz respeito ao fato deste cuidado constituir-se em maneira de diminuir o estresse, pois, se por um lado isto diminui as interrupções do sono, gerando efeito positivo quando seguido de um evento confortante como a alimentação; por outro lado, pode desencadear um período prolongado de dor, desconforto e estresse, fazendo com que o bebê demore mais para retornar ao seu estado fisiológico e comportamental pré-procedimento. Vale salientar que uma vez realizada a intervenção, a dor deve ser reavaliada de 30 min até 1 h após, para certificar-se da efetividade do manejo (MOTTA; CUNHA, 2015).

2.6 ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE ALÍVIO DA DOR

Dentre os métodos não farmacológicos mais utilizados para o alívio da dor está a administração de sacarose e glicose via oral, sucção não nutritiva, amamentação, contenção facilitada e enrolamento e contato pele a pele (MOTTA; CUNHA, 2015).

Soluções adocicadas quando administradas diretamente sobre a língua do RN, cerca de 2 min antes da realização de procedimentos dolorosos, causam liberação de opioides endógenos, os quais possuem propriedades analgésicas intrínsecas, bloqueando os caminhos da dor. Além disso, esse tipo de solução diminui a duração do choro, atenua a mímica facial de dor, minimiza a elevação da frequência cardíaca e os escores na aplicação de escalas de avaliação da dor (BUENO, 2007; BRASIL, 2011a).

O mecanismo de ação da sacarose/glicose oral ainda não foi totalmente definido, supõe-se que o fato de a sensação adocicada estimular o paladar e ativar áreas corticais relacionadas ao prazer, pode promover efeitos fisiológicos e sensoriais, ocorrendo a liberação de opioides endógenos que ocupam receptores próprios, modulando a experiência dolorosa. Ademais, sua ação também pode estar relacionada à atividade de opioides endógenos ocupando os nociceptores e modulando a transmissão neuronal do estímulo álgico (MARCATTO; TAVARES; SILVA, 2011).

A sacarose pode ser utilizada em diversos procedimentos, tais como coleta de sangue capilar, aspiração naso/orofaríngea e endotraqueal, punção lombar, punção venosa

ou arterial, injeções intramusculares, cateterização urinária, passagem de sonda gástrica/enteral e exame ocular, inserção de cateter central de inserção periférica (PICC), cateter central cirúrgico, cateter arterial percutâneo e dreno de tórax (LEFRAK et al., 2006; TAMEZ, 2013).

Em relação à dose a ser administrada, a AAP recomenda doses entre 0,05 a 0,5 mL de solução a 24%, embora a dose ideal ainda não tenha sido estabelecida. Sugere-se também que doses múltiplas são mais efetivas do que doses únicas, portanto a administração deve ser feita 2 min antes e de 1 a 2 min depois do procedimento doloroso. A duração do efeito da sacarose em bebês saudáveis varia de um até 45 min e é recomendado que a administração seja feita em pequenas quantidades ao longo do procedimento, para garantir efeito analgésico mais duradouro (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006).

Como a dose ideal ainda não está estabelecida, um estudo realizado em 12 centros do Vermont Oxfor Network recomendou o uso da menor quantidade possível, capaz de fornecer o alívio da dor, trazendo as seguintes doses-limite: 0,5 mL para RN entre 27 e 31 semanas, 1 mL para RN entre 32 e 36 semanas e 2 mL para RN com 37 semanas de idade gestacional ou mais (LEFRAK et al., 2006).

A sacarose é efetiva no alívio da dor em RNPT de 25 semanas em diante, porém há uma preocupação em relação às suas repercussões no desenvolvimento de prematuros menores de 32 semanas de idade corrigida. Isto faz com que seja necessário observar o uso criterioso desta opção em RN desta faixa etária ou anterior. Durante a administração desta substância, alguns eventos adversos incluem quedas de saturação, engasgos, tosse ou vômito. Há algumas alterações metabólicas como a hiperglicemia e o desenvolvimento de enterocolite necrosante, porém ambas não foram comprovadas cientificamente (LEFRAK et al., 2006).

Outra medida não farmacológica bastante utilizada, principalmente associada às soluções adocicadas é a sucção não nutritiva, a qual pode ser realizada com a chupeta ou com o dedo enluvado, diminuindo a hiperatividade de maneira a modular o desconforto do RN, além de minimizar a intensidade e a duração da dor aguda. Também está associada ao aumento na oxigenação, melhora nas funções respiratória e gastrointestinal, diminuição da frequência cardíaca e do gasto energético. Vale lembrar que seus benefícios ocorrem durante sucção ritmada, havendo possibilidade de ocorrência de efeito rebote quando interrompida (BUENO, 2007; TAMEZ, 2013).

O alívio da dor é potencializado quando há combinação de tratamentos: contato pele a pele e leite ou glicose, sucção não nutritiva e glicose, estímulos multissensoriais e glicose. A amamentação, por agregar elementos como contato pele a pele, sucção, odor e sabor do leite materno seria uma intervenção aconselhável em procedimentos de dor aguda em RN a termo e saudáveis (LEITE; CASTRAL; SCOCCHI, 2006).

Em RNPT, a eficácia da amamentação não é a mesma. Em estudo realizado com neonatos de 30 a 36 semanas submetidos a um ensaio clínico randomizado e que foram separados em dois grupos, sendo um grupo amamentado e o outro recebendo uma chupeta durante a coleta de sangue, concluiu que a amamentação não foi capaz de reduzir os índices fisiológicos ou comportamentais de resposta à dor durante o procedimento, embora também não tenha ocasionado qualquer efeito adverso (HOLSTI; OBERLANDER; BRANT, 2011).

Quando comparado à glicose 25%, o leite humano ordenhado apresentou menor efeito, em estudo que teve como objetivo verificar a eficácia de ambos em resposta à dor em RNPT tardios durante a punção de calcâneo (BUENO et al., 2012).

O contato pele a pele é outra estratégia não farmacológica que pode ser utilizada durante um procedimento doloroso e que ajuda a reduzir sinais fisiológicos e comportamentais de dor (TAMEZ, 2013). Tem se mostrado bastante eficaz para diminuir a dor do RN durante procedimentos agudos, especialmente após punções capilares e é indicado que o contato pele a pele seja iniciado antes e mantido durante e após o procedimento doloroso, quando possível (CASTRAL et al., 2008).

Em relação à contenção facilitada/enrolamento, conclui-se que a contenção gentil dos membros junto ao tronco, com a flexão das extremidades inferiores e alinhamento na linha mediana dos membros superiores flexionados, posicionando a mão perto da boca, é efetiva na promoção de estabilidade fisiológica e comportamental. Quando envolvidos em manta ou ninho e contidos durante procedimentos dolorosos, os RNPT choram por menos tempo, estabilizam o ciclo sono-vigília e apresentam menos alterações de frequência cardíaca (BUENO, 2007; TAMEZ, 2013).

A contenção deve ser firme, mas ao mesmo tempo permitir certo movimento, pois dessa forma consegue enviar ao sistema nervoso central um fluxo contínuo de estímulos que podem competir com estímulos dolorosos, modulando a percepção da dor e facilitando a autorregulação em procedimentos dolorosos de menor intensidade (BRASIL, 2011b).

Apesar das evidências já descritas e comprovadas e da crescente sensibilização por parte dos profissionais da saúde de que RN internados na UTIN sentem dor, muitas vezes métodos para seu alívio durante procedimentos de rotina não são utilizados. É importante que cada serviço de saúde desenvolva sua própria rotina baseado nas estratégias já propostas a fim de minimizar o número de procedimentos dolorosos ou estressantes e prover alívio não farmacológico ou farmacológico efetivo em todos os procedimentos realizados. Ademais, é de extrema importância a mobilização constante da equipe no sentido de prevenir a dor e utilizar métodos para seu alívio (MOTTA; CUNHA, 2015).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e exploratória, e para complementar os dados, também foi realizada uma observação não participante das unidades estudadas.

A pesquisa qualitativa auxilia na compreensão profunda do contexto do problema, preocupando-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se então, na compreensão e explicação da dinâmica das relações. Utilizou-se um método indutivo para entender por que o indivíduo age como age (MINAYO, 2010; POLLIT; BECK, 2011).

O objetivo do estudo descritivo é descrever fatos e fenômenos de uma determinada realidade, expondo um fato ou um fenômeno por meio do levantamento de características conhecidas. Não faz uso de elaboração de hipóteses de estudo, pois é apenas uma “fotografia” da situação. Entretanto, é de suma importância dentro da pesquisa científica, sendo considerado o primeiro passo da investigação, onde podem aparecer hipóteses que serão estudadas em outro momento (MINAYO, 2010).

O estudo exploratório tem como foco levantar determinadas questões ou assuntos, e também, por meio de observações, análises e literatura conduzir conclusões sobre o objeto de estudo (GIL, 2006).

Na observação não participante, o pesquisador não se envolve com o objeto pesquisado, ficando ele alheio à comunidade ou ao processo o qual está pesquisando, tendo papel de espectador do objeto observado. Nesse tipo de observação, os sujeitos não sabem que estão sendo observados, o observador não está diretamente envolvido na situação analisada e não interage com o objeto da observação, possibilitando que o observador apreenda a situação como ela realmente ocorre (GIL, 2006; MOREIRA, 2004).

Dessa maneira, foi possível apreender as experiências dos enfermeiros no manejo da dor em UTIN, a maneira como eles a percebem e a realizam dentro do contexto neonatal, para possibilitar uma completa compreensão da prática.

3.2 ETAPAS DA PESQUISA

No primeiro momento, procedeu-se ao contato com a coordenação das referidas instituições, no sentido de obter-se a autorização para a realização do estudo. Foram sujeitos do estudo enfermeiros que atuam em duas UTIN distintas de dois municípios do noroeste do Paraná. Os participantes que estavam de férias, atestado ou se recusaram a participar foram excluídos do estudo.

Para complementação dos dados de entrevista, realizaram-se períodos de observação não participante, de acordo com a seguinte sistemática: observação da dinâmica da unidade, contabilização do número de procedimentos dolorosos realizados por período, bem como do uso de eventuais estratégias/medidas de alívio, e da verificação do escore de dor durante o procedimento. As informações foram registradas em fichas já formuladas para este fim (Apêndice C), além de anotações em diário de campo, proporcionando melhor conhecimento da realidade.

3.3 CENÁRIOS DO ESTUDO

Inicialmente, a proposta de pesquisa pretendia abordar a totalidade de unidades neonatais da 15ª Regional de Saúde do município (total de 05 unidades); entretanto, pela indisponibilidade das outras instituições para realização da pesquisa, optou-se pela inclusão de apenas dois hospitais.

Os dois serviços estudados apresentavam características distintas. A primeira unidade faz parte de um hospital universitário, conta com seis leitos de UTIN e quatro leitos de cuidados intermediários. Possui dois enfermeiros por turno que atuam na assistência direta aos bebês e três técnicas de enfermagem, além de um enfermeiro responsável técnico.

Trata-se de uma unidade com estrutura compacta, que não comporta muitas pessoas, mas que por fazer parte de um hospital de ensino conta com a atuação de diversos profissionais em todos os turnos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem,

fonoaudióloga, fisioterapeuta, acadêmico de medicina e acadêmicos de enfermagem do terceiro e quarto anos da graduação.

A segunda unidade constitui-se em serviço novo que contava com um ano e oito meses de funcionamento. Composta por 12 leitos, a unidade apresentava capacidade para receber bebês e crianças de até 12 anos. Com estrutura ampla, o setor não apresentava separação por box. O corpo de enfermagem contava com um enfermeiro por turno, cinco técnicos de enfermagem, além da enfermeira coordenadora, que cumpria jornada de trabalho de 08 h diárias.

Em alguns dias da semana, a unidade recebia acadêmicos do curso de medicina de uma instituição privada, mas somente por algumas horas para discussão de casos. Contava ainda com um plantonista por turno, uma fonoaudióloga que comparecia diariamente ao serviço, sem horários fixos, e uma fisioterapeuta no período da manhã e outra no período da tarde.

3.4 COLETA DE DADOS

Para identificar de forma mais fidedigna, os períodos ou situações assistenciais que concentram maior número de procedimentos, realizou-se uma observação prévia da unidade. Posterior a isso, procedeu-se à observação de três turnos de trabalho por instituição (manhã, tarde e noite), totalizando nove períodos de observação, com duração de aproximadamente 02 h, de acordo com o horário previamente percebido como de maior atividade intervencionista.

A observação não participante aconteceu nos meses de janeiro a março de 2015, totalizando 45 dias de observação. O período da manhã foi observado por dez dias, assim como o período da tarde. No hospital universitário a observação ocorreu em três noites diferentes, pois a instituição utiliza regime de trabalho 12x60 h semanas. Já na outra instituição, o regime de trabalho é de 12x36 h. Somando-se as duas noites, a observação no período noturno durou 15 dias.

A escala escolhida para ser utilizada durante a fase de observação foi a PIPP (Figura 5), em função de ser a mais recomendada para investigações desta natureza. Sua adequação é justificada por ser composta de parâmetros fisiológicos e comportamentais

(idade gestacional, frequência cardíaca, estado de alerta, saturação de oxigênio, e expressão facial), possibilitando sua aplicação em RNPT e em bebês a termo, o que demanda uma observação completa por parte do pesquisador (SILVA; SILVA, 2010).

A escala PIPP foi traduzida para o Brasil, sendo denominada Perfil de Dor no Recém-Nascido Pré-Termo. Esta versão foi considerada equivalente, quanto aos aspectos semânticos e idiomáticos, à versão original da PIPP publicada em língua inglesa, reconhecendo-se deste modo, sua adequada adaptação à língua portuguesa (BUENO et al., 2013).

Cada parâmetro deste instrumento pode receber uma pontuação que vai de 0 a 3 e que, ao serem somados ao final da avaliação, fornecem o escore final. O escore máximo para prematuros com idade gestacional menor que 28 semanas é 21 e para os bebês a termo é 18. Considera-se ausência de dor ou presença de dor mínima, quando os escores apresentam-se menores ou iguais a seis, e dor moderada a intensa, quando estes alcançam valores maiores que 12 (STEVENS et al., 2014).

No início, o neonato foi observado por 15 segundos, antes do início do procedimento. Em seguida, foi registrada a frequência cardíaca máxima e a saturação de oxigênio mínima acusada pelo monitor digital, além do estado de alerta basal. Durante o procedimento, o neonato foi observado por 30 segundos, utilizando-se os mesmos parâmetros já citados, somados ao tempo em que ele permaneceu com a testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial acentuado (COSTA et al., 2010).

A observação foi realizada pela pesquisadora e por um auxiliar de pesquisa previamente treinado quanto aos critérios de avaliação da escala e sua correta aplicação durante o procedimento. O cálculo das porcentagens de tempo para pontuar e obter o escore de dor final foi realizado após o término do procedimento.

Posterior à observação não participante, no mês de abril de 2015, procedeu-se à realização das entrevistas com os enfermeiros de ambas as unidades. Todos os enfermeiros foram abordados durante seu turno de trabalho e as entrevistas foram realizadas segundo horários e locais previamente agendados, totalizando 12 enfermeiros. Aqueles que estavam de atestado, férias ou se recusaram a participar foram excluídos da pesquisa.

O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi composto de duas partes, uma voltada à caracterização dos participantes da pesquisa, e a segunda, destinada à abordagem da temática central do estudo, tendo como questão disparadora: Como você define a dor? Para assegurar a maior fluidez das entrevistas e a fidedignidade das respostas, estas foram

gravadas e posteriormente transcritas. O tempo médio de entrevista foi de 20 min. No sentido de preservar o anonimato e confidencialidade das informações, os nomes dos participantes não foram divulgados.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os relatos foram analisados utilizando-se da análise temática de conteúdo, que segundo Bardin (2011), é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

A técnica conta com os seguintes passos: 1º) pré-análise dos dados: fase de organização dos dados brutos, cujo objetivo é sistematizar as ideias iniciais por meio de leituras flutuantes para estabelecer contato com os documentos. Tal etapa tem como regras principais a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; 2º) exploração do material e formação de categoriais: classificação dos dados por diferenciação, e em seguida, reagrupamento segundo critério semântico, para obtenção das categorias temáticas; 3º) tratamento das categorias obtidas e interpretação: seleção das categorias significativas juntamente com as inferências e a opinião de outros autores (BARDIN, 2011).

Os dados quantitativos foram tratados em termos de frequência absoluta e percentual, apresentando caráter complementar à análise qualitativa do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Primeiramente foi realizado contato prévio com as instituições e o encaminhamento do projeto de pesquisa para análise e solicitação de entrada na unidade para a realização do estudo. Posterior a isso, o projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética Permanente em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Copep-UEM) e após a aprovação com CAAE: 38822114.1.0000.0104 as instituições foram novamente contatadas, para a apresentação detalhada da proposta, e posterior início da pesquisa.

A anuência expressa dos participantes se deu mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Apêndice A). Foram excluídos do estudo os enfermeiros que se recusaram a participar e que estavam em férias ou atestado durante o período de coleta de dados.

Todos os preceitos éticos contidos na res. 466/2012-CNS foram respeitados, e a confidencialidade das informações foi observada por meio da codificação dos sujeitos e instituições participantes.

4 RESULTADOS

4.1 MANUSCRITO 1

MANEJO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: COMO ESTAMOS FAZENDO?¹

RESUMO

Objetivo: investigar o conhecimento de enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) acerca do manejo da dor do recém-nascido (RN). **Método:** pesquisa descritiva, exploratória, de abordagem qualitativa, na qual foram abordados 12 enfermeiros atuantes em duas UTIN de municípios do noroeste do Paraná. Os dados foram coletados por meio de entrevistas utilizando roteiro semiestruturado. Os relatos foram submetidos à análise categorial temática. **Resultados:** após análise originaram-se as seguintes categorias: 1) processo de avaliação da dor; 2) registro da dor: onde e como é realizado; 3) estratégias de alívio da dor do RN; e 4) consequências da dor no desenvolvimento do bebe internado em UTIN. **Considerações finais:** foi possível concluir que apesar de todos os avanços tecnológicos, a avaliação da dor se dá de forma assistemática e com base em interesses e experiências individuais dos profissionais e que os registros em relação à dor não são realizados de maneira adequada.

DESCRITORES: dor, unidades de terapia intensiva neonatal, cuidados de enfermagem.

¹ Manuscrito extraído da dissertação de mestrado “Manejo não farmacológico da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: considerações sobre a prática assistencial do enfermeiro”, apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Dor pode ser definida como uma experiência subjetiva e que está associada à lesão real ou potencial nos tecidos. Apresenta aspectos sensoriais, afetivos, autonômicos e comportamentais e, hoje, a dor já é descrita como o quinto sinal vital, fato que corrobora para que sua avaliação seja realizada pela equipe de enfermagem juntamente com a verificação dos demais sinais (CRUZ et al., 2015).

Quando pensamos na dor da clientela neonatal, em especial daqueles nascidos prematuros, notam-se algumas dificuldades, tanto na avaliação como no manejo e alívio da mesma. Por muito tempo, a dor do recém-nascido foi ignorada e não era motivo de preocupação, pois até então se acreditava que a imaturidade do sistema nervoso central mantinha-os protegidos deste estímulo nocivo. Somente no início da década de 60 é que se concluiu que a mielinização incompleta das fibras não impedia a transmissão dos impulsos, e que os elementos funcionais e neuroquímicos necessários estavam presentes tanto nos bebês a termo, como nos prematuros (BRUMMELLE et al., 2012).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), estima-se que, a cada ano, nasçam cerca de 15 milhões de bebês prematuros no mundo, sendo que o Brasil aparece na décima posição em números absolutos, com 279,3 mil partos de prematuros por ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012). Isso se reflete em maior número de recém-nascidos (RN) que necessitam de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), e que dependem de cuidados qualificados, individualizados e que demonstrem preocupação específica em relação à dor (CRUZ et al., 2015).

A hospitalização do bebê está fortemente associada a um número excessivo de procedimentos que causam dor aguda, tais como as punções venosas, punção de calcâneo, sondagem orogástrica e vesical, troca de curativos, aspiração de vias aéreas, passagem de cateter central e entubação orotraqueal, além da possibilidade de necessitarem de cirurgias e passarem a sentir dor crônica (SANTOS; RIBEIRO; SANTANA, 2012).

A minimização da dor no RN, principalmente aquele nascido prematuro, pode diminuir os prejuízos imediatos causados pela presença do desconforto, e também reduzir em longo prazo as sequelas causadas pelo excesso de estímulos dolorosos (ALVES et al., 2011).

Apesar dos avanços tecnológicos e no conhecimento da fisiologia da dor, do desenvolvimento de instrumentos de avaliação e da existência de medidas terapêuticas que gerem alívio da dor neonatal, ainda há um lapso entre a teoria e a prática, fazendo com que

a dor não seja adequadamente tratada, e sugerindo que às vezes, a falta de conhecimento pode não ser a única barreira a ser vencida (MARTINS et al., 2013).

O cuidado despendido ao RN internado em UTIN tem foco nas ações curativas visando garantir a sobrevivência do prematuro, entretanto essa é apenas uma das etapas do trabalho da equipe de enfermagem, pois por cuidar 24 h por dia desse bebê, tende a exercer papel fundamental em sua qualidade de vida durante a hospitalização e após a alta (SCHMIDT; HIGARASHI, 2012).

Para compreender as dificuldades dos profissionais que atuam diretamente na assistência, no caso a equipe de enfermagem, é preciso identificar os fatores que podem interferir na capacidade de decodificação da dor do neonato, compreender as interações complexas entre a dor do RN e a interpretação que o profissional de saúde tem de todo esse processo, pois isso pode interferir na decisão terapêutica (STEVENS et al., 2011).

Pensando na complexidade do assunto, na lacuna ainda existente entre teoria e prática e na necessidade de prevenção e manejo adequado da dor dentro da UTIN, justificamos o presente trabalho que teve como objetivo investigar o conhecimento dos enfermeiros que atuam em UTIN no manejo da dor do RN.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. Foram sujeitos do estudo 12 enfermeiros que atuam em duas unidades neonatais distintas de dois municípios do noroeste do Paraná, sendo um de caráter público e outro de caráter público e privado, que aceitaram participar da pesquisa mediante anuência registrada em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os participantes foram abordados no mês de abril de 2015, e aqueles que estavam de férias, atestado ou se recusaram a participar, foram excluídos do estudo.

Os profissionais foram abordados durante seu turno de trabalho e as entrevistas foram realizadas segundo horários e locais previamente agendados. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 20 min. O instrumento de entrevista constou de duas partes, uma para a caracterização dos participantes da pesquisa, e a segunda, destinada à abordagem da temática central do estudo, tendo como questão disparadora: ‘Como você define a dor?’

Para assegurar a maior fluidez das entrevistas e a fidedignidade das respostas, estas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. No sentido de preservar o anonimato e confidencialidade das informações, os nomes dos participantes não foram divulgados, sendo que para a identificação das falas utilizou-se da letra E de entrevista, seguida do número arábico de acordo com a sequência de realização das entrevistas.

Os relatos foram analisados por meio da técnica de análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011) a qual consiste das seguintes fases: pré-análise dos dados, exploração do material e formação de categorias e tratamento das categorias obtidas e interpretação. Na pré-análise dos dados foi realizado o primeiro contato com o material, fase que os dados brutos foram organizados para formulação das ideias iniciais, e para tanto procedemos à realização de leituras flutuantes, separando as informações seguindo as regras principais propostas pela autora de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Na fase 2, exploração do material e formação de categorias, os dados foram classificados, processo no qual as partes semelhantes do texto foram grifadas com diferentes cores, e posterior a isso, as frases semelhantes foram agrupadas em categorias temáticas iniciais. Na terceira e última fase, 'Tratamento das categorias obtidas e interpretação, após a seleção das categorias mais significativas e representativas aos objetivos do estudo', inferimos e comparamos com a opinião de outros autores relevantes na área.

Todos os preceitos éticos preconizados pela res. 466/2012-CNS foram respeitados, e a confidencialidade das informações foi assegurada por meio da codificação dos sujeitos e instituições participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Copep-UEM), conforme CAAE: 38822114.1.0000.0104 e parecer 919.268.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do estudo 12 enfermeiras com idades variando entre 28 e 54 anos, com média de 39 anos. Somente uma não apresentava pós-graduação, sendo que as demais se especializaram em enfermagem pediátrica e cuidados intensivos neonatais, enfermagem em neonatologia, fisiologia humana e fisiopatologia, enfermagem em saúde pública, educação para saúde, administração dos serviços de saúde, saúde coletiva e enfermagem do trabalho. Em relação ao tempo de atuação na unidade, o mesmo variou de 15 dias a 17 anos, com média de 11 anos e sete meses.

Os relatos das entrevistas levaram à configuração das seguintes categorias temáticas: 1) processo de avaliação da dor; 2) estratégias de alívio da dor do recém-nascido; 3) consequências da dor no desenvolvimento do bebê internado em UTIN.

1) Processo de avaliação da dor

Em relação à avaliação da dor, foi possível perceber que os profissionais sabem como avaliar a mesma, bem como os sinais manifestados pelo bebê na eventual presença de dor. Contudo, não seguem qualquer tipo de protocolo de avaliação, de modo que tal diagnóstico se dá de forma assistemática e com base em interesses e experiências individuais dos profissionais.

[...] Eu avalio muito a questão da dor pela face do bebê, mãozinha e pezinho, e taquicardia, né? [...] e pode até apresentar apneia também, se na hora do procedimento estiver com muita dor, podem apresentar apneia após um estresse muito grande [...] aumenta a frequência cardíaca, aumenta expressão [...] E1.

[...] através dos sinais vitais, da expressão facial, se tem alguma alteração, observo através do membro, se de repente a criança tá [...] contraída, né? Assim ... tensa, irritada, com choro E2.

[...] Acho que ela tem que ser muito bem avaliada, por que é uma criança, ele não fala, ele depende de mim, ele depende do meu cuidado e se eu não tiver esse olhar para avaliar a dor, ele vai sofrer [...] quando é uma criança mais grave, a gente percebe, vê frequência cardíaca alterada, frequência respiratória alterada, você percebe quando ela está entubada, às vezes ela fica mais agitada, a sedação não resolve e aí você faz as manobras, tenta resolver [...] para poder tentar amenizar essa dor [...] E4.

Pelos relatos pode se perceber que os profissionais são capazes de identificar que os sinais apresentados pelo bebê são sugestivos de dor. Da mesma forma, é perceptível nos relatos que a identificação destes sinais provoca nos profissionais uma reação de inquietude, estimulando-os a buscar meios para amenizar o sofrimento de seus pequenos pacientes e de proporcionar-lhes conforto.

O aumento da frequência cardíaca e respiratória, oscilações de pressão arterial e saturação de oxigênio, além das dosagens hormonais são os principais parâmetros fisiológicos utilizados na identificação da dor. Entre os parâmetros comportamentais encontram-se o choro, as mudanças das atividades motoras e da mímica facial (ARAÚJO et al., 2010).

O fato de os profissionais conhecerem os sinais sugestivos de dor é algo positivo, pois significa que estão atentos às características únicas que os bebês possuem, de tal modo

a se colocarem em estado de alerta frente a situações perante as quais uma pessoa não familiarizada com a neonatologia passaria sem dar a devida atenção.

Por outro lado, também foi relatado que a avaliação da dor não deve depender única e exclusivamente da enfermagem, ficando os outros profissionais da equipe também responsáveis por sua detecção.

[...] na realidade, eu às vezes não sinto tanta dificuldade de avaliar, eu acredito que outros profissionais têm que ser treinados e sensibilizados, acho que no geral, não só a enfermagem, mas a enfermagem, os médicos, os fisioterapeutas, né!? Acho que todos no geral, porque tudo isso, todos esses profissionais atuam diretamente com o bebê, mesmo a fisioterapia também, mesmo eles fazendo, todas as manobras, é desconfortável para o bebê [...] Falta uma sensibilização dos profissionais, de todos, né?!, pra começar a ter como regra a utilização da escala da dor dentro dos sinais vitais, como rotina mesmo[...] E1.

A falta de padronização e envolvimento da equipe multiprofissional na assistência integrada ao RN contribui para que o cuidado ocorra de maneira fragmentada. Talvez pelo fato da enfermagem estar mais próxima desse bebê durante a realização da maioria dos procedimentos, torna-se implícito que a responsabilidade pelo manejo da dor fique na sua responsabilidade, quando na verdade isso deveria ser do interesse e rotina de todos os profissionais que manipulam esse bebê.

Uma profissional pontuou que em alguns casos, dá-se mais importância às crianças que sabidamente estão mais graves, do que àquelas que apresentam patologias mais simples, ficando este último grupo sem receber o cuidado adequado.

[...] eu e a enfermagem, a gente observa mais quando é uma criança mais grave, por exemplo, ela está com dreno, está intubada, é um pós-operatório e por você ver, por você saber que ela tem tudo isso, então você se preocupa mais. Mas no dia a dia em si, eu acho que eu ainda observo bem pouco essa questão da dor, principalmente no RN, pois tudo o que você vai fazer se torna mais doloroso. Então, na verdade a visão da dor tinha que ser bem maior e não deveria ser só nos graves, porque quase tudo o que eu faço se torna doloroso pra ele [...] E11.

Nota-se que o bebê em estado grave, via de regra, mobiliza mais os profissionais. Por passar por diversas intervenções, procedimentos dolorosos e invasivos, esse tipo de bebê gera certo sentimento de compaixão na equipe, diferente daquele que não está com tantas limitações e sem correr risco de perder a vida. No primeiro caso, aliviar a dor é quase que uma prioridade, como forma de buscar redimir o sofrimento que, de maneira direta ou indireta, a equipe teve que infringir ao paciente com vistas a promover a saúde futura desse bebê.

Ainda no processo de avaliação da dor, encontramos que além da verificação da dor ocorrer de maneira subjetiva, como descrito anteriormente os registros da presença do desconforto também não ocorrem de maneira sistematizada e uniformizada. Apesar de ambas as instituições garantirem um campo específico do prontuário para a notação de tal atividade, todos os profissionais relataram não realizar o registro no local ou fazê-lo de forma inadequada. Quando questionados sobre o porquê de não procederem a tal registro, foi pontuada a sobrecarga de trabalho e a falta de capacitações acerca do tema. Alguns não souberam dizer o porquê de não realizarem tal atividade.

[...] Tem uma aluna que fez uma escala sobre a dor que tem atrás do nosso prontuário, mas nós não estamos executando como os sinais vitais [...] geralmente eu coloco na evolução de enfermagem, quando a criança está agitada, com dor, de difícil sedação [...]E1.

[...] Não existe uma escala sistematizada, existe um trabalho feito por uma aluna de enfermagem que colocou em alguns prontuários uma escala de dor, mas que não foi um trabalho difundido, não é de rotina, ninguém faz esse tipo de avaliação, tanto que nós temos um item da prescrição para avaliação da dor, e se você pegar todos os prontuários, não tem nenhuma avaliação de dor [...] existe o impresso feito pela aluna, mas não é utilizado por ninguém [...] E5.

[...] Aqui na UTI a gente tem a escala de dor, mas eu na verdade, eu não registro nada [...] na nossa evolução a gente pode até colocar, que apresentou expressão de dor, que foi feito algo pra dor, enfim, mas registrar, registrar mesmo, não [...] E8.

O processo de enfermagem é uma ferramenta muito difundida dentro da assistência, pois auxilia na elaboração do plano de cuidados, possibilita a avaliação da efetividade dos mesmos e propicia respaldo para o enfermeiro (TRINDADE et al., 2015).

O fato de os registros não serem realizados como preconizado impacta negativamente no manejo não farmacológico da dor, pois faz com que a avaliação e os cuidados sejam feitos de maneira individual e sem continuidade, alterando-se de acordo com a característica pessoal e o nível de interesse de cada enfermeiro.

Estudo realizado com enfermeiros de uma UTIN referente ao uso de escalas para avaliação da dor, concluiu que todos os profissionais entrevistados não conheciam as escalas e sua aplicabilidade prática, porém consideraram viável sua implantação dentro da unidade. Ainda nesse estudo, foi relatado que em uma unidade do norte do país, apenas uma, entre 15 enfermeiras que trabalhavam no local, aplicava a escala em sua prática. Os demais enfermeiros alegaram a falta de tempo atrelado à falta de conhecimento acerca da escala como motivador para sua não utilização (MONFRIN et al., 2015).

Talvez com a capacitação adequada e posterior avaliação do processo, feita em conjunto e com toda a equipe, mostrando os resultados e demonstrando a importância e o porquê de se utilizar a escala de avaliação da dor dentro da unidade, esta última se incorpore à rotina e passe a ser utilizada de maneira adequada, propiciando a melhoria da assistência.

Por não existir um protocolo formal que norteie a conduta da equipe nesse sentido, e pelo fato de os profissionais não utilizarem as escalas e tampouco registrarem a presença da dor de forma padronizada, a assistência no que tange a este quesito específico ainda é falha, dependendo exclusivamente da iniciativa dos profissionais que prestam atendimento a estes RN.

[...] mas tem ainda a dificuldade em relação aos medicamentos prescritos 'se necessário', e aí eu estou falando mesmo do profissional de enfermagem, a gente percebe que algumas pessoas relutam em ministrar ... eu não sei se é por descuido, ou se a avaliação é diferente [...] é complicado, porque é diferente de você fazer uma medicação, ah são tantas miligramas e todo mundo vai fazer igual... mas a dor não. Às vezes você acha que está (com dor) e eu acho que não, e na verdade, o que prevalece é o bom senso e o bom senso é uma coisa difícil de você dosar [...] E9.

Supõe-se que se houvesse um treinamento e um protocolo acerca, não só da temática dor, mas também enfatizando a importância dos registros para melhoria da qualidade da assistência, o manejo do desconforto dentro da UTIN poderia ser executado de maneira sistematizada, contribuindo para maior adesão de toda a equipe, refletindo em última instância para a qualidade de vida dos bebês internados.

Por meio do processo de enfermagem é possível organizar o trabalho dos membros da equipe e proporcionar uma comunicação efetiva entre os profissionais. Tal sistematização auxilia na elaboração de protocolos e do plano de cuidados, ao mesmo tempo em que diminui a fragmentação da assistência e possibilita mais segurança para o paciente (TRINDADE et al., 2015).

2) Estratégias de alívio da dor do recém-nascido

Em relação ao manejo da dor, foi possível identificar que em ambas as unidades as medidas não farmacológicas eram realizadas, visando não apenas o alívio da dor, mas também a promoção do conforto do RN.

[...] dependendo do que eu for fazer, eu utilizo glicose a 25%, aplico sempre umas ou duas gotinhas na boquinha um pouquinho antes, né!? Muitas vezes estímulo a sucção logo após, se eu

perceber que o bebe não ficou quietinho, e se for fazer um algum procedimento um pouco mais doloroso, eu faço o enrolamento [...]E1.

Eu tento fazer mudança de decúbito, e ultimamente estou fazendo o uso da glicose 25%, eu olho a fralda pra ver se é isso também que está causando o desconforto... observo a temperatura corporal, porque pode estar com desconforto por estar muito quente ou está sentindo frio [...] converso com o neném, acaricio, canto, e o neném que pode pegar, eu pego no colo [...] E2.

[...] uma forma bastante importante de amenizar a dor é através da sucção não nutritiva nas horas de procedimentos dolorosos [...] se a mãe estiver presente pode colocar no peito [...] E3.

Os relatos permitem verificar que as enfermeiras entrevistadas demonstram-se sensibilizadas em relação à dor do bebê internado. Ademais, tais profissionais enumeram medidas cientificamente comprovadas no quesito de alívio da dor, possibilitando e estimulando sempre que possível, a amamentação nos casos em que a mãe se encontra presente.

Desta forma, a adoção de medidas de alívio propiciam outros benefícios ao RN e ao processo terapêutico como, por exemplo, na medida em se promove o estreitamento do vínculo mãe-bebê no contexto da assistência neonatal.

Nesse sentido, destaca-se o papel da presença dos pais para confortar o RN durante a manipulação como algo indispensável, pois o toque e o aconchego, além de proporcionarem o alívio do desconforto físico e emocional provocado pela dor, aumentam o vínculo entre mãe-bebê (FIALHO et al., 2015).

Outro aspecto destacado nos relatos é a importância da participação de outros profissionais no contexto do manejo da dor. Assim, algumas enfermeiras relataram a dificuldade em fazer com que a equipe médica perceba a necessidade do método farmacológico para alívio da dor, quando todas as outras medidas de conforto não farmacológicas já foram utilizadas.

[...] esses dias eu passei PICC e não queriam fazer nada pra dor [...] a médica não queria que sedasse [...] daí questionei: 'mas doutora, vai fazer sem nada pra dor?!'... Daí que ela prescreveu [...] E8.

[...] até então eles não queriam nem prescrever, e de tanto a gente 'bater o pé', agora eles colocam se necessário [...] E9.

Deste modo, percebe-se que a falta de um processo de capacitação da equipe somada à ausência de protocolos específicos para o manejo da dor, contribui para que ainda existam lacunas na assistência prestada. Por estar mais próxima desse bebê, nota-se

que a enfermagem atua de forma mais contundente em prol do alívio do desconforto dentro da UTIN. No entanto, ainda persistem deficiências neste processo, pela falta de ações coordenadas e sistematizadas com o engajamento de todos os membros da equipe multidisciplinar, estabelecendo de forma mais clara a indicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas no manejo da dor.

3) Consequências da dor no desenvolvimento do bebê internado em UTIN.

Apesar de todas as dificuldades existentes, tanto na avaliação quanto no manejo da dor, foi possível identificar que alguns profissionais entendem a necessidade de controle dos efeitos da dor no período neonatal, visando amenizar as consequências futuras que podem advir desta experiência.

[...] a dor eleva os níveis de cortisol, então se eu tiver cortisol aumentado, eu vou ter uma dificuldade nesse desenvolvimento e, principalmente, sequelas neurológicas importantes ligadas ao acúmulo de cortisol [...] então, se eu controlo a dor, eu posso ter melhor desenvolvimento cognitivo motor no futuro [...]E5.

[...] A dor faz com que o RN desestabilize seus sinais vitais, dificultando a sua evolução dentro da patologia que possui. A dor pode ser responsável por hemorragia intracraniana, apneias, parada cardiorrespiratória [...]E6.

[...] a dor não acaba quando o procedimento acaba, e num sistema que já está desorganizado, ela perdura mais do que no adulto [...]E10.

As repercussões da dor em um cérebro em desenvolvimento como o dos prematuros internados na UTIN podem ser catastróficas. A liberação de cortisol na corrente sanguínea, as alterações fisiológicas, a memória que o RN adquire dos procedimentos dolorosos interferem de maneira significativa em seu organismo.

É preciso ter plena consciência das repercussões que o estímulo doloroso em repetição pode provocar nesses bebês e ao longo de suas vidas. Em virtude do desenvolvimento da plasticidade do cérebro imaturo, a dor no período neonatal pode causar alterações permanentes em longo prazo, como a diminuição do próprio limiar de dor durante o desenvolvimento (ARAÚJO et al., 2015).

A dor acaba sendo mais uma barreira a ser vencida durante o período de hospitalização. Ela soma-se ao fato do RN ter que lidar para manter seus sinais vitais estáveis, sua respiração funcionando de maneira adequada, seu processo de digestão dentro do esperado, e além de tudo lutar contra infecções oportunistas que podem ocorrer durante esse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do estudo permitiram constatar que a abordagem da dor dentro dos cenários assistenciais das UTIN ainda não é realizada de maneira adequada. Deste modo e, independentemente do tempo de atuação e formação específica na área, os enfermeiros ainda não executam tal assistência de maneira sistematizada, não havendo padronização de condutas entre os membros da equipe em prol de um manejo adequado da dor nestes pacientes.

O uso das escalas e a criação de um protocolo que abarque as características da unidade, bem como as especificidades da clientela atendida, com posterior treinamento e capacitações periódicas pode ser a estratégia mais adequada ao processo de aprimoramento desta prática nos cenários da terapia intensiva neonatal. É preciso diminuir a lacuna que existe entre a teoria e a real assistência. Assim, pode-se concluir que o maior desafio desta assistência na atualidade não é salvar a vida desses bebês, mas garantir que estes tenham qualidade de vida no futuro, e uma maneira de ajudar a garantir isso é tratando a dor com o devido destaque que ela merece neste contexto.

É preciso continuar buscando maneiras de agregar os conhecimentos da teoria à prática, de modo que as pesquisas científicas busquem não somente visualizar o problema, mas encontrar uma maneira viável de aplicar o conhecimento. O estudo corroborou para que a falta de manejo da dor em neonatologia ficasse mais explícita, e a partir desse diagnóstico inicial, pretende-se sensibilizar os enfermeiros entrevistados no estudo, a fim de propor um plano de ação realmente efetivo para minimizar o problema e suas consequências catastróficas.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 788-796, dez. 2011. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18143/14456>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

ARAÚJO, G. C. et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015.

Disponível em:

<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_9>. Acesso em: 9 nov. 2015.

ARAÚJO, M. C. et al. Aspiração traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-261, abr./jun. 2010. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8669>>. Acesso em: 9 nov. 2015. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.8669.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BRUMMELLE, S. et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. **Annals of Neurology**, Boston, v. 71, no. 3, p. 385-396, Mar. 2012. doi: 10.1002/ana.22267.

CRUZ, C. T. et al. Avaliação da dor de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 9, n. 7, p. 8504-8511, jul. 2015. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7651/pdf_8153>. Acesso em: 21 out. 2015.

FIALHO, F. A. et al. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2015.

Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/12309-42233-2-PB.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARTINS, S. W. et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

MONFRIN, X. M. et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 12-22, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15049/pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **15 milhões de bebês nascem muito cedo**. 2012. Disponível em:

<www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/>. Acesso em: 8 nov. 2015.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/542>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

STEVENS, B. J. et al. The influence of context in pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 21, no. 6, p. 757- 770, Jun. 2011. doi: 10.1177/1049732311400628.

TRINDADE, E. R. et al. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 267-277, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15923/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

4.2 MANUSCRITO 2

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATAL: SUBSÍDIOS PARA MELHORIA DA ASSISTÊNCIA¹****RESUMO**

A manipulação excessiva do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal é algo estressante para o neonato. A dor interfere no bem-estar do bebê, devendo, portanto, ser tratada e minimizada. A enfermagem, por estar próxima no processo assistencial, assume papel decisivo na detecção dos sinais de dor do pequeno cliente, para assim aplicar medidas para seu alívio. Nesse sentido, o objetivo do estudo foi observar e descrever as práticas do manejo da dor em UTIN. Este estudo de cunho descritivo e observacional foi realizado em duas UTIN do noroeste do Paraná, por meio de observação não participante ao longo de 45 dias, nos três turnos de trabalho. No total foram acompanhados 118 procedimentos, com intervenções de alívio em 34 deles. Ressalta-se a importância de sensibilizar e capacitar os profissionais de enfermagem quanto à avaliação e manejo da dor, a fim de minimizar o sofrimento do RN hospitalizados.

DESCRITORES: dor, unidades de terapia intensiva neonatal, cuidados de enfermagem, observação.

¹ Manuscrito extraído da dissertação de mestrado “Manejo não farmacológico da dor em unidade de terapia intensiva neonatal: considerações sobre a prática assistencial do enfermeiro”, apresentada ao Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

O nascimento de uma criança, principalmente quando ela nasce prematura e necessita de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), constitui-se uma experiência marcante na vida de uma família que tem que lidar com um processo inesperado de separação. Nessa situação, além da sensação de perder os sentimentos de alegria e esperança ocasionados pelo nascimento, os pais acabam por ceder lugar a uma realidade repleta de angústia, insegurança e medo (OLIVEIRA et al., 2013).

A prematuridade, a instabilidade hemodinâmica, presença de malformações e outras intercorrências que podem acontecer nesse período são situações que repercutem de maneira significativa no desenvolvimento desse bebê (CRUZ et al., 2010).

Dentro da UTIN, os recém-nascidos são altamente manipulados, em todos os períodos e por todos os profissionais, estimando-se que ele seja submetido a aproximadamente 14 procedimentos dolorosos por dia. Como exemplo de procedimentos dolorosos que acontecem durante a hospitalização temos a intubação orotraqueal, aspiração de vias aéreas, instalação de sonda orogástrica, retirada de adesivos, drenagem de tórax, inserção de acesso venoso central, punção lombar, punção venosa e arterial (PINHEIRO et al., 2015).

Ao mesmo tempo em que a tecnologia auxilia na manutenção da vida desses bebês, em alguns casos ela ajuda a colocar o lado profissional humano de lado, fazendo com que esse ambiente tecnicista da unidade torne-se mais frio e hostil, reduzindo o RN a um mero objeto de intervenções dolorosas da ação humana (SÁ NETO; RODRIGUES, 2015).

A dor decorrente dos procedimentos e da manipulação tem se tornado uma grande preocupação dentro da área da saúde, principalmente pelo fato do RN apresentar capacidade pouco limitada em expressá-la por um período prolongado de tempo, associado à não verbalização da dor, característica peculiar do bebê (COSTA et al., 2010).

Os estímulos dolorosos interferem significativamente no bem-estar e no desenvolvimento do RN, alterando parâmetros fisiológicos e de comportamento, fato que já é prejudicado pela sua própria condição fisiopatológica, e que é altamente influenciado pelo tratamento, ambiência, manuseio excessivo e cuidado recebido (MAGALHÃES et al., 2011).

A avaliação adequada da dor no contexto neonatal auxilia na aplicação do manejo adequado. Vale lembrar que a mensuração deve ser baseada em parâmetros

comportamentais e fisiológicos e realizada com instrumentos quantitativos que levem em consideração essas características (AMARAL et al., 2014).

Por estar próxima do bebê internado praticamente 24 h por dia, a enfermagem tem destaque na implementação de ações para reconhecimento e avaliação da dor, com consequente uso de medidas não farmacológicas de alívio do bebê (CAETANO et al., 2013).

Apesar dos avanços em relação ao uso de escalas de avaliação da dor, da expansão de conhecimento sobre a dor no período neonatal, e sobre a vasta gama de estudos que comprovam a eficácia das medidas não farmacológicas de alívio, como a oferta de glicose, sucção não nutritiva, contenção facilitada/enrolamento no alívio do desconforto, nota-se que o tratamento da dor do RN internado em UTIN ainda é insuficiente e inadequado (COSTA et al., 2010; SANTOS et al., 2012).

Diante do exposto acima, o estudo se justifica à medida em que propõe como objetivo observar e descrever as práticas do manejo da dor em UTIN, de tal modo a sensibilizar os profissionais acerca da necessidade de capacitação no processo de avaliação e tratamento da dor do RN internado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de cunho observacional, realizada em duas UTIN distintas de dois municípios do noroeste do Paraná, no período de janeiro a março de 2015. A primeira unidade faz parte de um hospital universitário, conta com seis leitos de UTIN e quatro leitos de cuidados intermediários. Possui dois enfermeiros por turno que atuam na assistência direta aos bebês e três técnicas de enfermagem, além de um enfermeiro responsável técnico.

Trata-se de uma unidade com estrutura compacta, que não comporta muitas pessoas, mas que por fazer parte de um hospital de ensino conta com a atuação de diversos profissionais em todos os turnos: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fonoaudióloga, fisioterapeuta, acadêmico de medicina e acadêmicos de enfermagem do terceiro e quarto anos da graduação.

A segunda unidade constitui-se em serviço novo que conta com um ano e oito meses de funcionamento. Composta por 12 leitos, a unidade apresentava capacidade para receber bebês e crianças de até 12 anos. Com estrutura ampla, o setor não possuía

separação por box. O corpo de enfermagem conta com um enfermeiro por turno, cinco técnicos de enfermagem, além da enfermeira coordenadora, com jornada de trabalho de 08 h diárias. Conta ainda com um plantonista por turno, uma fonoaudióloga que comparece diariamente ao serviço, sem horários fixos, e uma fisioterapeuta no período da manhã e outra no período da tarde.

Em relação à presença dos pais, na primeira unidade o período de permanência dos pais é das 10 às 22 h e na segunda unidade os mesmos podem visitar seus filhos em dois horários: das 10 h até às 12 h e das 20 às 21 h.

A observação não participante da unidade se iniciou após uma etapa piloto que durou aproximadamente 30 dias, e nela a observadora ia até a unidade e permanecia por um período mínimo de 1 h a fim de que os profissionais se acostumassem com a sua presença.

A etapa de observação de fato se deu após esse processo e teve duração de 45 dias, sendo que todos os turnos de ambas as unidades foram observados. Somado à observação, também foi utilizado um diário de campo, preenchido logo após a saída da unidade, para registrar dados importantes e que não estavam presentes no instrumento de coleta de dados.

Cada observação teve duração de aproximadamente 02 h e ocorria nos horários em que houvesse maior número de procedimentos e maior manipulação dos bebês, conforme identificação efetuada na etapa piloto. Para auxiliar no andamento da coleta dos dados, a observação passou a ser realizada por duas pesquisadoras, cada uma em uma determinada instituição, ambas treinadas em relação à pesquisa e ao instrumento de coleta.

Além da observação não participante sobre a dinâmica da unidade, o instrumento permitia a contabilização dos procedimentos dolorosos em relação ao turno e qual medida de alívio era utilizada. Considerou-se como medidas de alívio: oferta de glicose oral, sucção não nutritiva, sucção não nutritiva associada à glicose oral, contenção facilitada/enrolamento e administração de analgésico. Também foi aplicada pelas pesquisadoras uma escala de dor para calcular qual o escore de dor apresentado pelos RN durante cada um dos procedimentos acompanhados.

A escala escolhida para ser utilizada foi a Premature Infant Pain Profile (PIPP), em função de ser a mais recomendada para pesquisa. A escala é composta por parâmetros fisiológicos e comportamentais (idade gestacional, frequência cardíaca, estado de alerta, saturação de oxigênio, e expressão facial), e pode ser aplicada em RNPT e em bebês a termo (SILVA; SILVA, 2010).

Cada parâmetro da escala pode receber uma pontuação que vai de 0 a 3 e que, ao serem somados ao final da avaliação, fornecem o escore final. O escore máximo para prematuros com idade gestacional menor que 28 semanas é 21 e para os bebês a termo é 18. Considera-se ausência de dor ou presença de dor mínima, quando os escores apresentam-se menores ou iguais a 6, e dor moderada a intensa, quando estes alcançam valores maiores que 12. Os valores entre 7 e 11 também podem ser considerados como dor moderada ou intensa (STEVENS et al., 2014).

Na primeira etapa, o RN foi observado por 15 segundos, antes do início do procedimento. Em seguida, foi registrada a frequência cardíaca máxima e a saturação de oxigênio mínima acusada pelo monitor digital, além do estado de alerta basal. Durante o procedimento, o neonato foi observado por 30 segundos, utilizando-se os mesmos parâmetros já citados, somados ao tempo em que ele permaneceu com a testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial acentuado (COSTA et al., 2010).

Quando o bebê não estava monitorizado, perdia-se o sensor durante o procedimento, ou o monitor deixava de funcionar, o escore não era calculado e o cálculo das porcentagens de tempo para pontuar e obter o escore de dor final foi realizado após o término do procedimento.

Todos os preceitos éticos preconizados pela res. 466/2012-CNS foram respeitados, e a confidencialidade das informações foi assegurada por meio da codificação dos sujeitos e instituições participantes. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (Copep-UEM) conforme CAAE: 38822114.1.0000.0104 e parecer 919.268.

RESULTADOS

As duas unidades neonatais selecionadas fazem parte de um grupo de quatro hospitais que no âmbito da 15ª Regional de Saúde do Paraná, contam com serviço de terapia intensiva neonatal. As duas outras instituições não aceitaram participar do estudo. As unidades investigadas apresentavam portes e tempo de funcionamentos diferentes, o que conduziu as pesquisadoras a acreditarem, em princípio, em diferenças significativas entre as práticas relacionadas ao manejo da dor. Contudo, como não foram constatadas discrepâncias nas observações, optou-se por apresentar e discutir os dados das duas unidades de forma conjunta.

O período total de observação teve duração de 45 dias, sendo dez dias no período da manhã, dez dias no período da tarde e 15 dias no período da noite. Durante esses 45 dias foi possível observar 130 procedimentos dolorosos. Desse valor, 12 não tiveram seu escore de dor calculado pela perda da monitorização durante o procedimento, totalizando 118 procedimentos e 34 medidas de alívio.

A idade gestacional ao nascimento dos bebês internados durante o período de observação variou de 26 a 39 semanas, e o tempo de internação durante a coleta de dados foi de dois a 65 dias, com média de 15 dias.

No período da manhã, foram observados 56 procedimentos, dos quais 14 (25%) receberam alguma medida de alívio, sendo 38% oferta de sucção não nutritiva associada à glicose, 14% oferta de sucção não nutritiva e 48% administração de analgésico. Durante os dez dias de observação, sete bebês estavam sob ventilação mecânica e, portanto em uso de sedação contínua.

No período da tarde, ocorreram 26 procedimentos e, destes, nove (35%) receberam medidas de alívio: 44% sucção não nutritiva junto com oferta de glicose, 22% receberam apenas a sucção não nutritiva, 22% receberam analgésico endovenoso e 12% receberam contenção facilitada. Nove bebês fizeram uso da sedação.

Em relação ao período noturno, foram acompanhados 36 procedimentos, dos quais 11 (30%) receberam medidas farmacológicas e não farmacológicas de alívio: em 27% dos casos foi ofertada sucção não nutritiva, 54% receberam sucção não nutritiva associada à glicose e 19% receberam medicamentos. Em relação à sedação, sete estavam entubados e, portanto sedados.

Durante os 45 dias observaram-se os seguintes procedimentos: punção calcânea para glicemia capilar, instalação de sonda orogástrica (SOG), inserção de cateter central de inserção periférica (PICC), inserção de cateter venoso central (CVC), intubação orotraqueal, aspiração oral/nasal, aspiração traqueal, punção venosa periférica, punção arterial para coleta de exames, passagem de sonda vesical de demora e para coleta de urina, e troca de curativo de cateter central.

Para descrever melhor os procedimentos e seus respectivos escores, os mesmos estão discriminados na Tabela 1:

Tabela 1 – Procedimentos observados e seus respectivos escores de dor.

Procedimento	Número de procedimentos observados	Escore mínimo	Escore máximo	Moda
Punção calcânea	14	2	7	5
Instalação de SOG	15	4	13	9
Inserção de CVC	2	9	10	-
Inserção de PICC	5	12	15	12
Intubação orotraqueal	6	4	10	7
Aspiração oral/nasal	18	4	15	7
Aspiração traqueal	15	5	15	9
Punção venosa periférica	21	8	16	19
Punção arterial	17	7	15	8
Passagem de sonda vesical	3	12	13	12
Troca de curativo de cateter	2	13	15	-
Total	118	-	-	-

Fonte: Coleta de dados, 2015.

Em relação às medidas de alívio mais utilizadas para cada tipo de procedimento, as mesmas estão descritas no Quadro 1:

Quadro 1 – Medidas de alívio por procedimento.

Procedimento	Medida de alívio utilizada	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Punção calcânea (14)	Glicose	1	7%
	Nenhuma	13	93%
Instalação de SOG (15)	Nenhuma	15	100%
Inserção de CVC (2)	Administração de analgésico + sedativo	2	100%
Inserção de PICC (5)	Administração de analgésico	2	60%
	Sucção não nutritiva + glicose	1	20%
	Glicose	1	20%
Intubação orotraqueal (6)	Administração de analgésico	4	67%
	Nenhuma	2	33%
Aspiração oral/nasal (18)	Contenção facilitada/enrolamento	1	5%
	Nenhuma	17	95%
Aspiração traqueal (15)	Nenhuma	15	100%
Punção venosa periférica (21)	Glicose	2	9%
	Sucção não nutritiva + glicose	5	24%
	Sucção não nutritiva	2	9%
	Nenhuma	12	58%
Punção arterial (17)	Glicose	2	12%
	Sucção não nutritiva + glicose	5	30%
	Sucção não nutritiva	4	23%
	Nenhuma	6	35%
Passagem de sonda vesical (3)	Sucção não nutritiva	1	33%
	Nenhuma	2	67%
Troca de curativo de cateter (2)	Sucção não nutritiva	2	100%
Total	-	118	100%

Fonte: Coleta de dados, 2015.

DISCUSSÃO

Foi possível observar uma grande quantidade de procedimentos durante os 45 dias de coleta de dados. Ressalta-se que se totalizaram 12 perdas, pelas dificuldades de monitorização do bebê e, por se tratar de observação não participante, as pesquisadoras não interferiram na dinâmica da unidade, abstendo-se de solicitar a recolocação do sensor.

Destaca-se que, apesar de os profissionais de enfermagem realizar algumas medidas de alívio durante os procedimentos dolorosos, tais intervenções se dão em frequência abaixo do que deveria ser. Assim, como a redução de procedimentos dolorosos nesta realidade assistencial parece ser algo ainda distante, há que se envidarem todos os esforços no sentido de promover a minimização da dor e do desconforto decorrentes dos mesmos.

Sobre o uso de sedação contínua, observou-se que aqueles bebês entubados, fizeram uso desse recurso, pois ao lado da incubadora/berço aquecido era possível verificar a bomba de infusão e o medicamento que o RN estava recebendo. A ventilação mecânica é algo que gera grande desconforto, e se o neonato estiver acordado, agitado ou com dor, isso causará interferências diretas em seu tratamento, evoluindo para quedas de saturação, desconforto respiratório importante e até mesmo extubação acidental.

Estudo retrospectivo que avaliou o uso de opioides em neonatos que estavam em uso de ventilação mecânica concluiu que, em muitos casos, a escolha da analgesia sistêmica não levou em consideração a dor propriamente dita e avaliada, mas a instabilidade clínica que o RN intubado apresentava (CASTRO et al., 2003).

Na aspiração orotraqueal não se observou nenhuma medida de alívio adicional, cabendo destacar que alguns desses bebês estavam em uso de sedativos e outros não. Entretanto, é sabido que analgésicos opioides e sedativos benzodiazepínicos causam tolerância após um tempo de uso, sendo necessário aumentar a dosagem. A ocorrência de tal situação, no entanto, não foi passível de aferição. Supõe-se que os escores de dor para aspiração traqueal tenham sido altos, mesmo em uso de sedação contínua também por esse motivo.

Ainda existem dificuldades na indicação e prescrição de opioides para o RN internado em UTIN. Supõe-se que pelo medo dos efeitos colaterais dos medicamentos, a analgesia no momento da intubação e durante o uso de ventilação mecânica ainda é falha (PORTER; ANAND, 1998).

A aspiração orotraqueal é um procedimento extremamente doloroso e invasivo. Estudo realizado com dez bebês prematuros, submetidos à avaliação da dor durante a

aspiração, concluiu que 95% deles apresentaram alterações comportamentais e fisiológicas sugestivas de dor (ARAÚJO et al., 2010).

Assim como a aspiração oro-traqueal, a intubação traqueal também gera grande desconforto no RN. Quando realizada sem analgesia, a intubação pode inclusive causar complicações hemodinâmicas como hipoxemia, bradicardia, hipertensão intracraniana e hemorragia peri-intra-ventricular (BADIEE; VAKILIAMINI; MOHAMMADIZADEH, 2013).

A aspiração oral/nasal foi realizada em bebês que estavam em uso de CPAP/BIPAP nasal e que, portanto, não estavam em sedação. Como esse procedimento interfere no uso da sucção não nutritiva, sugere-se que a oferta de glicose oral juntamente com a contenção facilitada/enrolamento poderia ter ajudado a diminuir o desconforto durante o procedimento.

A aspiração das vias aéreas superiores é um cuidado de enfermagem muito importante dentro da UTIN e que deve ser realizado rotineiramente pelo acúmulo de secreções na naso e orofaringe, decorrente da dificuldade de deglutição. A não aspiração também pode levar à obstrução nasal e, conseqüentemente, a apneias, prejudicando a função respiratória do RN (SANTOS; COSTA; GOMES, 2015).

Apesar do Ministério da Saúde preconizar que a aspiração das narinas deve ser evitada pelo risco de lesões internas e sangramentos, pensando na relação risco-benefício, a aspiração causa mais bem do que danos (BRASIL, 2011).

Entretanto, ressaltamos que por ser um procedimento agressivo, ele deve ser realizado com cuidado adequado, com contenção facilitada, glicose oral anterior ao procedimento e umidificação das narinas para diminuir o atrito, pois o oxigênio causa ressecamento da mucosa nasal. Vale lembrar que os cuidados com a colocação e manutenção da pronga de CPAP também são importantes, pois ajudam a proteger o septo nasal e a pele ao redor (SANTOS; COSTA; GOMES, 2015).

A punção periférica, punção calcânea e a punção arterial foram procedimentos realizados praticamente todos os dias, em todos os períodos. Entretanto, as medidas de alívio não farmacológicas foram minimamente utilizadas. Nesta perspectiva, e sabendo-se que esses procedimentos nem sempre são bem sucedidos numa primeira tentativa, ressalta-se a importância de diminuir o desconforto prévio à manipulação, fato que garante maiores chances de sucesso ao realizá-lo. Ademais, e diante de um insucesso na realização do

procedimento, deve-se respeitar o tempo do bebê em retornar ao seu estado basal, para somente então tentar novamente, fato que também não foi observado.

Estudo realizado com o objetivo de avaliar a prática de enfermagem na punção venosa evidenciou que todas as enfermeiras entrevistadas souberam evidenciar quais cuidados devem ser realizados previamente ao procedimento, como promover conforto, acalento, oferecer sucção não nutritiva e glicose oral, diminuir o número de procedimentos e avaliar os parâmetros fisiológicos e comportamentais do RN frente ao estresse da manipulação. Entretanto, não houve registro de que na dor prolongada e no estado de passividade do RN, os sinais de estresse expressados pelo RN como abrir os dedos das mãos, desviar o olhar e bocejar tivessem sido considerados como sinais para mudança de procedimento, posto que o cuidado não foi efetivo (SENA et al., 2015).

Saber respeitar o tempo do bebê ainda é uma das principais dificuldades na assistência neonatal. O neonato depende única e exclusivamente dos profissionais que o assistem para sentir-se confortável e seguro, protegido contra o excesso de situações estressoras que marcam a rotina da atenção intensiva neonatal. Portanto, cabe aos profissionais de enfermagem, sensibilizarem-se para a prática de medidas de alívio e conforto, pensando sempre no bem-estar do RN.

Em relação à inserção de CVC e de PICC, notaram-se diferenças significativas entre os dois procedimentos. O CVC foi inserido pelo cirurgião pediátrico ou pelo médico pediatra plantonista da unidade, e o analgésico/sedativo era sempre solicitado, independente de o bebê possuir um acesso periférico ou não, pois em um dos casos, foi administrado um sedativo intramuscular, com a justificativa de que o bebê não poderia se mexer no momento da punção, pois isso prejudicaria o procedimento.

Na inserção do PICC, tal cuidado não era realizado. Por se tratar de uma punção periférica, persiste entre os profissionais uma percepção de que as fases de degermação, punção, inserção do cateter e curativo final não causem tanta dor. Somado a isso, e pelo fato de muitos bebês se encontrarem em ar ambiente, ou em uso de ventilação não invasiva, algo que gerava dúvida na equipe era se os mesmos poderiam evoluir para uma parada respiratória ou rigidez torácica, pela administração do medicamento.

Estudo que teve como objetivo avaliar a dor durante a inserção do PICC concluiu que a dor durante a inserção comparado ao momento da punção, progressão do cateter dentro do vaso e curativo variou de moderada a intensa (COSTA et al., 2010). Este fato

justifica a administração de um medicamento que diminua a dor, associado às medidas de alívio não farmacológicas durante a inserção do cateter.

Em relação à instalação de SOG, procedimento altamente rotineiro dentro da unidade, observou-se que nenhum cuidado como o enrolamento, ou o uso de soluções adocicadas foi utilizado, fato que facilitaria e até mesmo tornaria o procedimento mais rápido. As passagens de sonda vesical, tanto de demora como para coleta de urina, também foram menosprezadas no quesito alívio do desconforto. Notou-se ainda a existência de uma premissa de que, por tratar-se de um procedimento “rápido”, não haver necessidade de cuidados adicionais no sentido de alívio da dor ou desconforto.

Em uma pesquisa na qual foi aplicada uma escala para avaliar a dor do RN antes, durante e depois do procedimento de sondagem orogástrica concluiu que todos os bebês avaliados apresentaram dor intensa durante a realização do procedimento, da mesma maneira que sentem dor intensa durante uma punção venosa. O mesmo é válido para passagem de sonda vesical de demora ou de alívio, e sondagem para coleta de urina (SANTOS et al., 2001).

Foram realizadas as duas trocas de curativo de cateter com o cuidado mínimo necessário. O uso de adesivos em uma pele ainda não totalmente epitelizada, e que já sofre com todas as intervenções realizadas é algo que merece muito cuidado, pois apesar de todos os avanços na área neonatal, os adesivos ainda machucam a pele dos bebês e causam dor durante a manipulação.

As principais camadas da pele são a epiderme, derme e hipoderme. A camada mais superficial reside na epiderme e denomina-se extrato córneo, sendo a principal barreira para perda de água e entrada de agentes externos. A integridade do extrato córneo está diretamente relacionada à idade gestacional, sendo que seu desenvolvimento se inicia na 24^a semana e perdura até a 34^a. Dessa maneira, em bebês a termo, essa camada é semelhante a dos adultos, porém no recém-nascido prematuro, a epiderme é extremamente fina e o extrato córneo é mal formado, aumentando o risco de lesões, maior perda de água e mais exposição a agentes irritantes (SANTOS; COSTA, 2015).

Se a troca de curativo ou qualquer outro tipo de manipulação na pele do bebê não for realizado de maneira adequada, além de causar muita dor durante o procedimento, também pode gerar lesão de pele, que será mais um motivo de desconforto para o neonato.

CONCLUSÃO

Os resultados do presente estudo corroboram para o desvelamento da prática assistencial da enfermagem junto a RN internados em UTIN de duas instituições de portes e características distintas. No que tange ao objeto de investigação, qual seja o manejo da dor nestes contextos, verificou-se a contraposição entre a realização de um grande número de procedimentos dolorosos, frente à baixa adesão ao uso de medidas de alívio da dor nestas realidades. Ressalta-se que a maioria das medidas não farmacológicas de alívio não implica em alto custo e tampouco demandam tempo excessivo dentro da rotina de trabalho. Assim, e não obstante o fato de tratar-se de um trabalho descritivo, sem a pretensão de generalizar seus achados a outros contextos assistenciais, tem sua importância na medida de apontar lacunas assistenciais importantes na realidade investigada.

Deste modo, e considerando que a reversão deste cenário assistencial, em prol da qualificação crescente da atenção ao neonato, pode se processar sem a necessidade de grandes investimentos financeiros ou estruturais, e que ratificam para a importância de processos de educação permanente em saúde para a capacitação das equipes, o presente estudo possibilita apontar algumas perspectivas. A primeira delas diz respeito à importância das avaliações periódicas da prática assistencial em neonatologia, como fomentador das transformações necessárias para a qualificação crescente das equipes. A segunda se refere à utilização destes diagnósticos, pautados no conhecimento científico e em evidências da realidade, como elementos que norteiem a proposição de protocolos e rotinas em UTIN, para incorporação gradual e em consonância com as especificidades de cada cenário assistencial.

REFERÊNCIAS

AMARAL, J. B. et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 241-246, abr./jun. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

ARAÚJO, M. C. et al. Aspiração traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-261, abr./jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8669>>. Acesso em: 9 nov. 2015. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.8669.

BADIEE, Z.; VAKILIAMINI, M.; MOHAMMADIZADEH, M. Remifentanil for endotracheal intubation in premature infants: a randomized controlled trial. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, Mumbai, v. 2, n. 2, p. 75-82, Apr. 2013. doi: 10.4103/2279-042X.117387.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde – Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v3.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CAETANO, E. A. et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

CASTRO, M. C. F. Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 41-48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a08>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

COSTA, P. et al. Dimensionamento da dor durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 35-40, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CRUZ, A. R. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

MAGALHÃES, F. J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/135>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015

PINHEIRO, I. O. et al. Avaliação da dor do recém-nascido através da escala Codificação da Atividade Facial Neonatal durante o exame da gasometria arterial. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 176-180, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0176.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

PORTER, F. L.; ANAND, K. J. S. Epidemiology of pain in neonates. In: ANAND, K. J. S, editor. **Pain and pain management during infancy**. Kent: Wells Medical, 1998. p. 31-41.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do RN em UTI Neonatal. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1237-1244, jul./set. 2015. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22320/15383>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SANTOS, J. A. et al. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 374-380, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a07.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3510>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 731-739, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, T. N.; COSTA, A. A. G.; GOMES, C. S. Pronga nasal em recém-nascidos prematuros: a perspectiva no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 9, p. 8071-8078, maio 2015. Supl. 4. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7244/pdf_7913>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SENA, E. M. A. B. et al. Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: manejo do procedimento e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 10, p. 9431-9439, out. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8068/pdf_8665>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, T. P. D.; SILVA, L. J. D. Escalas de avaliação da dor usadas no recém-nascido: revisão sistemática. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 437-454, 2010. Disponível em: <<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/635/319>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

STEVENS, B. J. et al. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. **Clinical Journal of Pain**, New York, v. 30, no. 3, p. 238-343, Mar. 2014. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182906aed.

5 CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ESTUDO

Por meio da abordagem qualitativa com utilização da técnica de análise de conteúdo de Bardin, foi possível apreender a percepção dos enfermeiros em relação à dor e à importância desta temática dentro do contexto da assistência neonatal. Por atrelar dois momentos de pesquisa, a observação não participante e, posteriormente, a entrevista foi possível desvelar de forma detalhada a prática da equipe neonatal no manejo da dor dentro das duas unidades.

Este processo permitiu levantar fortalezas e fragilidades deste aspecto específico da assistência, enquanto subsídios fundamentais a serem considerados visando à qualificação e crescente atenção dispensada a esta clientela em particular. Fortalezas no sentido de que os enfermeiros conseguem identificar a dor e entendem sua importância dentro do contexto assistencial, e fragilidades quando percebemos que na prática grande parte dos procedimentos foi realizada sem o cuidado adequado, e na falta de sistemática de registro e controle adequado do desconforto.

Foi possível perceber nas entrevistas certa insatisfação por parte dos enfermeiros, no concernente aos percalços ainda enfrentados no trabalho conjunto com outros profissionais de saúde. Assim, a falta de uma interação adequada e de um processo de comunicação mais efetivos entre os membros da equipe ainda se constitui obstáculo importante para o alcance de uma assistência multidisciplinar e holística.

A fase de observação não participante foi de suma importância, na medida em que permitiu a complementação dos dados qualitativos coletados por meio da entrevista, bem como a contextualização dos cenários da atenção neonatal. Com auxílio dela, foi possível delinear de que forma o manejo da dor se processa no cotidiano da assistência das realidades investigadas.

Cabe ressaltar-se que a observação não se deu no intuito de expor os profissionais e/ou instituições envolvidas nesta pesquisa, mas no sentido de viabilizar um diagnóstico sistematizado acerca deste aspecto da atenção e, assim, angariar subsídios pautados na realidade que permitam a criação de um bundle para manejo da dor dentro de UTIN.

Um ponto merecedor de destaque é o fato de muitas vezes, a tecnologia e o espaço adequados não se traduzirem em sinônimos de excelência na qualidade da assistência. Isto porque, independentemente das vantagens estruturais de uma realidade assistencial sobre a

outra, ou da maior amplitude de estrutura física, a prática observada não apresentou diferenças significativas, tendo em comum o fato de que em ambos os serviços analisados, o RN permanece à mercê das iniciativas individuais e do discernimento particular dos profissionais que o assistem.

Assim, e não obstante os limites estabelecidos, seja pelo delineamento qualitativo da pesquisa, seja pelo recorte geográfico do estudo, o que inviabiliza a generalização dos achados e conclusões desta investigação, ratifica-se a importância de implementar pesquisas que permitam o diagnóstico sistematizado dos aspectos que compõem o processo assistencial, como subsídios para a transformação das práticas e para a qualificação crescente do "fazer" em enfermagem.

A partir dessa reflexão, espera-se contribuir para a melhoria global da assistência prestada aos neonatos internados em UTIN, de maneira a extrapolar o cuidado automatizado e tecnológico, mas propor estratégias que considerem as características específicas desta clientela, em especial dos bebês prematuros, para assim contribuir para melhor qualidade de vida futura destes seres em desenvolvimento.

6 IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA O ENSINO, A PESQUISA E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM

A discussão sobre o manejo da dor e seus impactos no contexto da UTIN foi ratificada nesse estudo. A discussão de tal temática no cenário da terapia intensiva neonatal estimula a necessidade de estender tais reflexões a todos os campos da atenção neonatal, destacando o papel importantíssimo dos profissionais que rotineiramente lidam com esta clientela, cuja característica primordial é a incapacidade de expressar/manifestar de forma mais contundente, suas demandas de cuidado e atenção.

Depreende-se que o problema presente nestes serviços não está na busca e na criação de novas medidas para o alívio da dor, já que tais métodos já vêm sendo amplamente investigados e divulgados. No entanto, e não obstante o fato de os profissionais terem acesso a tais conhecimentos, persistem hiatos importantes entre a teoria e a prática cotidiana deste cuidado.

Há que se admitir que muito já se tem avançado, mas como justificar a persistência de percentuais ainda hoje tão elevados como os encontrados no presente estudo (50%) de procedimentos realizados sem a implementação de qualquer medida de alívio da dor?

Reforça-se, deste modo, a necessidade de se considerar os resultados encontrados nesta pesquisa, sem perder de vista o crescente número de prematuros que nascem todos os dias, e as inúmeras intervenções que essa população recebe durante a hospitalização. Isto torna premente a necessidade de se investir na educação permanente, buscando sensibilizar os profissionais que lidam com esses bebês todos os dias, capacitando-os a olhar o neonato, não apenas como mais um bebê internado, mas como um ser vulnerável, que sente, chora, está em processo de desenvolvimento inserido em um ambiente hostil e que, principalmente, sente dor e depende inteiramente da atenção, sensibilidade e bom senso dos profissionais que o assistem para conseguir alívio e conforto para esta condição.

É fundamental, portanto, que a discussão desta temática seja inserida ainda na graduação, vislumbrando-se a formação de um profissional que valorize sua atuação dentro da unidade e reconheça sua importância como agente transformador da realidade. Ao aprimorar seus conhecimentos, esse profissional se coloca em constante inquietação com aquilo que não está adequado, e isso pode ser considerado motivação suficiente para a

realização de novas pesquisas que contribuam cada vez mais para o aprimoramento do cuidado.

Nesta perspectiva, o cuidado de enfermagem passa a ser entendida como muito mais que a mera realização de procedimentos, mas como uma atitude de transformação do saber fazer em enfermagem, como uma ponte entre o conhecimento teórico e a prática, entre o empirismo e a ciência, contribuindo assim para a valorização da profissão e refletindo na qualificação da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, A. J. C. O recém-nascido sente dor? **Revista Saúde da Criança e Adolescente**, Fortaleza, v. 2, n.1, p. 50-52, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/user/Downloads/o%20recem-nascido%20sente%20dor%20(1).pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- ALVES, C. O. et al. Emprego de soluções adocicadas no alívio da dor neonatal em recém-nascido prematuro: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 788-796, dez. 2011. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/18143/14456>. Acesso em: 24 nov. 2015.
- AMARAL, J. B. et al. Equipe de enfermagem diante da dor do recém-nascido pré-termo. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 241-246, abr./jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n2/1414-8145-ean-18-02-0241.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Prevention and Management of pain in the Neonate: an Update. **Pediatrics**, Springfield, v. 118, no. 5, p. 2231-2241, 2006.
- ANAND, K. J. S. Effects of perinatal pain and stress. **Progress in Brain Research**, Arkansas, v.112, p.117-125, 2000.
- ANAND, K. J. S.; SCALZO, F. M. Can Adverse Neonatal Experiences Alter Brain Development and Subsequent Behavior? **Biology of Neonate**, Basel, v. 77, no. 2, p. 69-82, Feb. 2000.
- ARAÚJO, G. C. et al. Dor em recém-nascidos: identificação, avaliação e intervenções. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 3, p. 261-270, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/13695/pdf_9>. Acesso em: 9 nov. 2015.
- ARAÚJO, M. C. et al. Aspiração traqueal e dor: reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. **Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 9, n. 2, p. 255-261, abr./jun. 2010. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8669>. Acesso em: 9 nov. 2015. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v9i2.8669.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.
- BADIEE, Z.; VAKILIAMINI, M.; MOHAMMADIZADEH, M. Remifentanil for endotracheal intubation in premature infants: a randomized controlled trial. **Journal of Research in Pharmacy Practice**, Mumbai, v. 2, n. 2, p. 75-82, Apr. 2013. doi: 10.4103/2279-042X.117387.

BADR, L. K. Pain in premature infants: what's is conclusive evidence and what is not. **Newborn & Infant Nursin Reviews**, New York, n. 13, p. 82-86, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual do curso de atenção individualizada ao RN baixo peso**. Brasília, DF, 2001.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método Canguru**. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde – Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v3.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

BRUMMELLE, S. et al. Procedural pain and brain development in premature newborns. **Annals of Neurology**, Boston, v. 71, no. 3, p. 385-396, Mar. 2012. doi: 10.1002/ana.22267.

BUENO, M. Dor no período neonatal. In: LEÃO, E. R.; CHAVE, L. D. (Ed.). **Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Livraria Martinari, 2007. p. 228-249.

BUENO, M. et al. Breast milk and glucose for pain relief in preterm infants: a noninferiority randomized controlled trial. **Pediatrics**, Springfield, v. 129, no. 4, p. 664-670, Apr. 2012. doi: 10.1542/peds.2011-2024.

BUENO, M. et al. Tradução e adaptação do *Premature Infant Pain Profile* para a língua portuguesa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 29-35, jan./mar. 2013.

CAETANO, E. A. et al. O recém-nascido com dor: atuação da equipe de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 439-445, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0439.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

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, no. 4, p. 464-471, May 2008.

CASTRO, F. S. F. et al. Avaliação da interação estudante-tecnologia educacional digital em enfermagem neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 114-121, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/pt_0080-6234-reeusp-49-01-0114.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2015.

CASTRO, M. C. F. Z. et al. Perfil da indicação de analgésicos opióides em recém-nascidos em ventilação pulmonar mecânica. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 79, n. 1, p. 41-48, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n1/v79n1a08>>. Acesso em: 12 nov. 2015.

COSTA, P. et al. Dimensionamento da dor durante a instalação do cateter central de inserção periférica em neonatos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n.1, p. 35-40, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n1/06.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

CRUZ, A. R. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 133-139, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a16.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

CRUZ, C. T. et al. Avaliação da dor de recém-nascidos internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Pernambuco, v. 9, n. 7, p. 8504-8511, jul. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7651/pdf_8153>. Acesso em: 21 out. 2015.

DITZ, E; MALLOY-DINIZ, L. F. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 3, p. 266-270, jul./set. 2006. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/417>>. Acesso em: 21 out. 2015.

FIALHO, F. A. et al. Tecnologias aplicadas pela enfermagem no cuidado neonatal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 29, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2015. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/12309-42233-2-PB.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

FREITAS, Z. M. P.; PEREIRA, C. U.; OLIVEIRA, D. M. P. Escalas para avaliação da dor em neonatologia e sua relevância para a prática de enfermagem. **Pediatria Moderna**, São Paulo, v. 68, n. 1, p. 18-24, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4923>. Acesso em: 22 out. 2015.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2006.

HOLSTI, L.; OBERLANDER, T. F.; BRANT, R. Does breastfeeding reduce acute procedural pain in preterm infants in the neonatal intensive care unit? A randomized clinical trial. **Pain**, Amsterdam, v. 152, no. 11, p. 2575-2581, Nov. 2011. doi: 10.1016/j.pain.2011.07.022.

LAGO, P. et al. Sucrose for procedural pain control in infants: should we change our practice? **Acta Paediatrica**, Oslo, v. 103, no. 2, p. e88-e90, Feb. 2013. doi: 10.1111/apa.12459.

LEFRAK, L. et al. Sucrose analgesia: identifying potentially better practices. **Pediatrics**, Springfield, v. 118, p. S197-S202, Nov. 2006. Suppl. 2.

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**, Brasília, DF, v. 59, n. 4, p. 538- 542, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a12v59n4.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2015.

LIMA, J. D.; CARMO, K. B. Practical pain management in the neonate. **Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology**, United Kingdom, v. 24, p. 291-307, 2010.

MAGALHÃES, F. J. et al. Respostas fisiológicas e comportamentais de recém-nascidos durante o manuseio em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 1, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/135>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

MARCATTO, J. O.; TAVARES, E. C.; SILVA, Y. P. Benefícios e limitações da utilização da glicose no tratamento da dor em neonatos: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 228-237, 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v23n2/a17v23n2.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

MARTINS, S. W. et al. Avaliação e controle da dor por enfermeiras de uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Dor**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 21-26, jan./mar. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v14n1/v14n1a06.pdf>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONFRIN, X. M. et al. Escala de avaliação da dor: percepção dos enfermeiros em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 1, p. 12-22, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15049/pdf>>. Acesso em: 9 nov. 2015.

MOREIRA, D. A. Pesquisa em administração: origens, usos e variantes do método fenomenológico. **RAI: Revista de Administração e Inovação**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 1-16, 2004. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2002/EPA/2002_EPA468.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

MOTTA, G. C. P.; CUNHA, M. L. C. Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 1, p. 131-135, jan./fev. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0131.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

OLIVEIRA, K. et al. Vivências de familiares no processo de nascimento e internação de seus filhos em UTI neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 46-53, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n1/07.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **15 milhões de bebês nascem muito cedo.** 2012. Disponível em: <www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/es/>. Acesso em: 8 nov. 2015.

PINHEIRO, I. O. et al. Avaliação da dor do recém-nascido através da escala Codificação da Atividade Facial Neonatal durante o exame da gasometria arterial. **Revista Dor**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 176-180, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rdor/v16n3/pt_1806-0013-rdor-16-03-0176.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2015.

POLLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artemed, 2011.

PORTER, F. L.; ANAND, K. J. S. Epidemiology of pain in neonates. In: ANAND, K. J. S, editor. **Pain and pain management during infancy.** Kent: Wells Medical, 1998. p. 31-41.

ROCHA, M. C. P. et al. Avaliação da dor por enfermeiros em unidade de terapia intensiva neonatal. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 4, p. 624-632, out./dez. 2013. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/20011/pdf_56>. Acesso em: 1 out. 2015.

ROOFTHOOFT, D. W. et al. Eight Years Later, Are We Still Hurting Newborn Infants? **Neonatology**, Basel, v. 105, no. 3, p. 218-226, 2014. doi: 10.1159/000357207.

ROSSETO, E. G.; SOUZA, S. N. D. H. Analgesia na criança. In: MARTINS, C. B. G.; FERRARI, R. A. P. **Medicação Infantil:** uma abordagem multiprofissional. 1. ed. Londrina: EdUEL, 2005.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. A ação intencional da equipe de enfermagem ao cuidar do RN em UTI Neonatal. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 3, p. 1237-1244, jul./set. 2015. Disponível em <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/22320/15383>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SANTOS, J. A. et al. Os recém-nascidos sentem dor quando submetidos à sondagem gástrica? **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, p. 374-380, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/jped/v77n5/v77n5a07.pdf>. Acesso em: 9 nov. 2015.

SANTOS, L. M. et al. Sinais sugestivos de dor durante a punção venosa periférica em prematuros. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 1, jan./abr. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3510>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, L. M.; RIBEIRO, I. S.; SANTANA, R. C. B. Identificação e tratamento da dor no recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 65, n. 2, p. 269-275, mar./abr. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n2/v65n2a11.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2015.

SANTOS, S. V.; COSTA, R. Prevenção de lesões de pele em recém-nascidos: o conhecimento da equipe de enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 731-739, jul./set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n3/pt_0104-0707-tce-24-03-00731.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SANTOS, T. N.; COSTA, A. A. G.; GOMES, C. S. Pronga nasal em recém-nascidos prematuros: a perspectiva no cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE**, Pernambuco, v. 9, p. 8071-8078, maio 2015. Supl. 4. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/7244/pdf_7913>. Acesso em: 12 nov. 2015.

SCHERMAN, E. et al. Procedural pain in neonates: do nurses follow national guidelines? A survey to Swedish neonatal units. **Journal of Neonatal Nursing**, Oxford, v. 20, no. 1, p. 31-36, 2014. Disponível em: <[http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841\(13\)00072-0/abstract](http://www.journalofneonatalnursing.com/article/S1355-1841(13)00072-0/abstract)>. Acesso em: 15 out. 2015.

SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. H. Experiência materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p. 391-399, jul./set. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/542>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SENA, E. M. A. B. et al. Venopunção periférica em recém-nascidos prematuros: manejo do procedimento e segurança do paciente. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 9, n. 10, p. 9431-9439, out. 2015. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/8068/pdf_8665>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, T. P. D.; SILVA, L. J. D. Escalas de avaliação da dor usadas no recém-nascido: revisão sistemática. **Acta Medica Portuguesa**, Lisboa, v. 23, n. 3, p. 437-454, 2010. Disponível em: <<http://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/635/319>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

SILVA, Y. P. et al. Avaliação da dor em neonatologia. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, Botafogo, v. 57, n. 5, p. 565-574, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rba/v57n5/12.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2015.

STEVENS, B. J. et al. The influence of context in pain practices in the NICU: perceptions of health care professionals. **Qualitative Health Research**, Newbury Park, v. 21, no. 6, p. 757- 770, Jun. 2011. doi: 10.1177/1049732311400628.

STEVENS, B. J. et al. The premature infant pain profile-revised (PIPP-R): initial validation and feasibility. **Clinical Journal of Pain**, New York, v. 30, no. 3, p. 238-343, Mar. 2014. doi: 10.1097/AJP.0b013e3182906aed.

STORM, H. The development of a software program for analyzing skin conductance changes in preterm infants. **Clinical Neurophysiology**, Ireland, v. 112, no. 8, p. 1562-1567, Aug. 2001.

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

TAVARES; L. A. M. **Uma Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro**. 2008/2009. Disponível em: <http://www.aleitamento.com/upload%5Carquivos%5Carquivo1_2044.pdf>. Acesso em: 1 out. 2015.

TRINDADE, E. R. et al. Compreensão do processo de enfermagem por enfermeiros de um hospital geral do sul do Brasil. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 5, n. 2, p. 267-277, abr./jun. 2015. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/15923/pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 15, n. 2, p. 263-270, abr./jun. 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/user/Downloads/17859-63271-2-PB.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada **“Avaliação e manejo não farmacológico da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: desvelando a prática assistencial de enfermagem”** pesquisa de dissertação de mestrado do **Programa de Pós- Graduação em Enfermagem**, e que é orientada pelo **Profª Drª Ieda Harumi Hiragashi**, da **Universidade Estadual de Maringá**. **O objetivo da pesquisa é analisar a prática assistencial de enfermeiros no manejo da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Para isto a sua participação é muito importante, e ela se dará da seguinte forma: realização de entrevistas, com auxílio de um instrumento contendo questões relativas ao objetivo da pesquisa. As falas serão gravadas, posteriormente transcritas na íntegra e após análise e término da pesquisa, serão destruídas. Para preservar sua identidade, serão utilizados códigos para identificação das falas.** Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. **Os benefícios esperados são compreender como o enfermeiro que atua diretamente na assistência em UTIN define a dor, quais estratégias são utilizadas para minimizar o desconforto do RN e quais as dificuldades e facilidades na utilização e implementação de instrumentos que auxiliem nesse processo. Com este trabalho, pretendemos contribuir de maneira significativa para a prática assistencial da enfermagem, uma vez que o enfermeiro atua diretamente não só na assistencial neonatal, mas também na educação permanente incentivando a utilização de novas práticas que ajudem a melhorar o cuidado a esses bebês. Os malefícios que podem ocorrer durante a pesquisa é o constrangimento para responder alguma pergunta.** Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser completado em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, (nome por extenso do sujeito de pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pela Prof^a. Dr^a. Ieda Harumi Higarashi

_____ Data:.....

Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, (nome do pesquisador ou do membro da equipe que aplicou o TCLE), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

_____ Data:.....

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B
ROTEIRO DE ENTREVISTA

Iniciais:

Idade:

Tempo de atuação na unidade:

Curso de especialização:

Qual?

- ✓ Conte-me como você define a dor.
- ✓ Conte-me como você mensura a dor e se existem escalas para sua avaliação. Quais?
- ✓ Fale-me onde são realizados os registros da presença da dor.
- ✓ Conte-me quais estratégias você utiliza para alívio do desconforto do bebê. Você tem preferência por algum deles? Por quê?
- ✓ Conte-me como você age frente a prescrição médica de analgésicos “se necessário”.
- ✓ Conte-me sobre as dificuldades em avaliar a dor no bebê internado.
- ✓ Fale-me sobre protocolos para manejo da dor. Existe algum deles na unidade? Quais as dificuldades e facilidades em utilizá-los?

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL METROPOLITANO

**DECLARAÇÃO DE PERMISSÃO PARA A UTILIZAÇÃO DE DADOS E
AUTORIZAÇÃO PARA A COLETA DE DADOS**

**Pesquisa: Avaliação e manejo não farmacológico da dor em Unidade de Terapia
Intensiva Neonatal: desvelando a prática assistencial de enfermagem**

Pesquisador	Assinatura
Roberta Tognollo Borotta	<i>Roberta Tognollo Borotta</i>

A pesquisadora do presente estudo compromete-se a cumprir todos os preceitos éticos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e a preservar a privacidade dos participantes, cujos dados serão coletados:

1. Por meio de entrevistas com os enfermeiros da UII Neonatal que atuam nos três turnos de trabalho da unidade, utilizando questões norteadoras referentes à caracterização dos entrevistados e ao manejo não farmacológico da dor no recém-nascido internado.

Concorda, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto e que as informações somente serão divulgadas de forma anônima. Diante disso, a unidade/órgão que responde pelos participantes dessa pesquisa e pelos documentos que serão analisados autoriza a coleta de dados acima descrita.

Maringá, 15/10/2014

Dr. Carlos Alberto Ferri
SUPERINTENDENTE

Nome e identificação do responsável pela autorização

Hospital Metropolitano de Sarandi

05.550.451/0001-16
REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE
METROPOLITANA
AV. D. PEDRO 1,65
JD. LDMAR - CEP 87113-280
SARANDI - PR

ANEXO B
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE
MARINGÁ

 **Universidade Estadual de Maringá**
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ
CENTRO DE ASSESSORIA TÉCNICA-CIENTÍFICA 

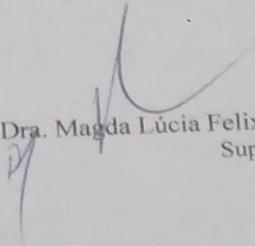
Solicitação nº 132/2014

Requerente/Proponente: **Roberta Tognollo Borotta**

Solicitação: **Projeto de Pesquisa**
Avaliação e manejo não farmacológico da dor em UTI Neonatal: desvelando a prática assistencial de enfermagem.

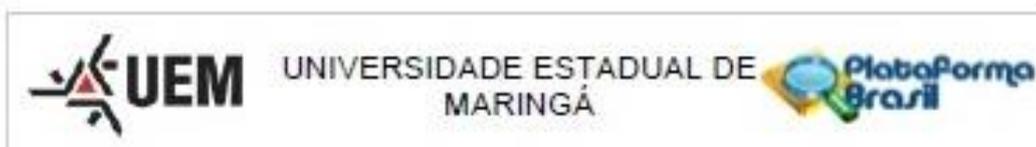
Docente Orientador: **Ieda Harumi Higarashi**

PARECER FAVORÁVEL: **SIM** **NÃO**


Prof. Dra. Magda Lúcia Felix de Oliveira
Superintendência

A solicitação será encaminhada a **COREA** e à **Superintendência do HUM**, e autorizado. O seu início está **condicionado** à aprovação do Comitê Permanente de Ética Envolvendo Seres Humanos. Após aprovação deverá retornar ao Centro de Assessoria Técnica Científica para liberação e agendamento prévio ao setor de interesse do requerente.

ANEXO C
PARECER DE APROVAÇÃO DO COPEP-UEM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO E MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA DOR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: DESVELANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

Pesquisador: Ieda Harumi Higarashi

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 38822114.1.0000.0104

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Maringá

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 919.268

Data da Relatoria: 14/12/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prática assistencial de enfermeiros no manejo da dor em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Propõe a realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa descritiva e exploratória, na qual serão abordados enfermeiros atuantes em dois serviços de terapia intensiva neonatal de dois municípios do noroeste do Paraná, sendo ambos de caráter público. A inclusão dos enfermeiros e a realização das entrevistas prosseguirão até que seja alcançada a profundidade e qualidade das informações, e que os objetivos do estudo sejam plenamente alcançados. Os profissionais serão

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
Bairro: Jardim Universitário **CEP:** 87.020-900
UF: PR **Município:** MARINGÁ
Telefone: (44)3011-4444 **Fax:** (44)3011-4518 **E-mail:** copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 019.268

abordados durante seu turno de trabalho e as entrevistas serão realizadas, segundo horários e locais previamente agendados. O instrumento de entrevista constará de duas partes, uma para a caracterização dos participantes da pesquisa, e a segunda, destinada à abordagem da temática central do estudo, tendo como questão disparadora: Como você define a dor? Para assegurar a maior fluidez das entrevistas e a fidedignidade das respostas, estas serão gravadas e posteriormente transcritas. No sentido de preservar o anonimato e confidencialidade das informações, os nomes dos participantes não serão divulgados. Para complementação dos dados de entrevista, estão previstos períodos de observação não participante, de acordo com a seguinte sistemática: observação da dinâmica da unidade, contabilização do número de procedimentos dolorosos realizados por período, bem como do uso de eventuais estratégias/medidas de alívio, e qual o escore de dor durante o procedimento. Para identificar, de forma mais fidedigna, em que períodos ou situações assistenciais os procedimentos se concentram mais, realizar-se-á uma observação prévia da unidade. Posterior a isso, proceder-se-á à observação de três turnos de trabalho por instituição (manhã, tarde e noite), totalizando nove períodos de observação, com duração de aproximadamente duas horas, de acordo com o horário previamente percebido como de maior atividade intervencionista. As informações serão registradas em fichas já formuladas para este fim, além de anotações em um diário de campo, proporcionando um melhor conhecimento da realidade. Os dados quantitativos serão tratados em termos da frequência absoluta e percentual, e terão caráter complementar à análise qualitativa do estudo. A escala escolhida a ser utilizada durante a fase de observação é a Premature Infant Pain Profile (PIPP), em função de ser a mais recomendada para investigações desta natureza. Sua adequação é justificada por ser composta de parâmetros fisiológicos e comportamentais (idade gestacional, frequência cardíaca, estado de alerta, saturação de oxigênio, e expressão facial), possibilitando sua aplicação em RNPT e em bebês a termo, o que demanda uma observação completa por parte do pesquisador (SILVA; SILVA, 2010). Na primeira etapa, o neonato será observado por 15 segundos, antes do início do procedimento. Em seguida, será registrada a frequência cardíaca máxima e a saturação de oxigênio mínima acusada pelo monitor digital, além do estado de alerta basal. Durante o procedimento, o neonato será observado por 30 segundos, utilizando-se os mesmos parâmetros já citados, somados ao tempo em que ele permaneceu com a testa franzida, olhos espremidos e sulco nasolabial acentuado (COSTA; et al, 2010). A observação será realizada pela pesquisadora e por um auxiliar de pesquisa previamente treinado quanto aos critérios de avaliação da escala e sua correta aplicação durante o procedimento. Vale ressaltar que para manutenção da confiabilidade dos dados, o mesmo procedimento será observado por ambos. O cálculo das porcentagens de

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 919.268

tempo para pontuar e obter o escore de dor final será realizado após o término do procedimento. Os relatos serão analisados utilizando-se da análise temática de conteúdo (BARDIN, 2011).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida e assinada pelo responsável Institucional. O cronograma de execução é compatível com a proposta enviada. Descreve gastos sob a responsabilidade do pesquisador. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contempla as garantias mínimas preconizadas. Apresenta as autorizações necessárias.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Faço ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

MARINGÁ, 17 de Dezembro de 2014

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo
(Coordenador)

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900
 UF: PR Município: MARINGÁ
 Telefone: (44)3011-4444 Fax: (44)3011-4518 E-mail: copep@uem.br